

I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica



Presentación

Costa Rica se encuentra inmersa en un proceso de crecimiento acelerado de su población adulta mayor. Los cambios asociados a este envejecimiento poblacional y los retos que conlleva son inéditos en la historia del país y deben ser enfrentados en un plazo relativamente corto, con el fin de propiciar un envejecimiento y una vejez con calidad.

Con el propósito de contribuir a la discusión y el análisis de los retos y desafíos que plantea el envejecimiento poblacional y de aportar insumos de utilidad para atender sus repercusiones en la sociedad costarricense, se elaboró el Primer Informe del Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, que permite iniciar un sistema de seguimiento a la situación de este grupo etario. En este Informe se examinan los derechos, la salud, la seguridad económica, la participación, el acceso a servicios y, en general, las condiciones de vida de las personas de 65 años y más, con el objetivo de reconocer la contribución de las personas adultas mayores al desarrollo del país, así como resaltar las oportunidades asociadas al envejecimiento demográfico.

Por medio de este informe, la Universidad de Costa Rica (UCR) y el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) participan activamente en el proceso de transformación social que los cambios en la población requieren, suministrando información relevante y oportuna para una deliberación responsable respecto de las políticas públicas que permitan la atención de las necesidades y los derechos de las personas adultas mayores de Costa Rica. Además, desean que esta investigación represente una valiosa oportunidad para reflexionar y comprender que el hecho de envejecer afecta a todos. El conocimiento de la situación de las personas adultas mayores debe servir para adquirir conciencia de que, al responder a las necesidades e inquietudes de las actuales personas adultas mayores, crearemos la cultura que permita una vida mejor en la edad adulta mayor para la mayoría de nosotros, que cada vez viviremos hasta una edad más avanzada.

Dra. Yamileth González García
Rectora
Universidad de Costa Rica

Dra. María Pérez Yglesias
Vicerrectora de Acción Social
Universidad de Costa Rica

MSc. Lideth Barrantes Murillo
Presidenta
Junta Rectora CONAPAM

Prólogo

Desde hace varios años, están cambiando las características de la población de Costa Rica y, con ello, las características de la sociedad. Otras iniciativas de seguimiento de la realidad del país han señalado ya la importancia de atender las consecuencias del cambio demográfico. Estas, que tienen múltiples expresiones, ocurren a los diversos grupos poblacionales en momentos diferentes. Se han documentado los cambios de la formación de la familia, del número y de las características de los y las jóvenes y otros de igual importancia. Uno de los cambios más acelerados es el envejecimiento de la población y, para conocer sus consecuencias sociales, económicas y políticas, aún se requiere mayor investigación.

Este informe se aboca al estudio del grupo poblacional que, en los próximos años, experimentará el crecimiento más explosivo e inédito: las personas adultas mayores. El *Informe de situación de la persona adulta mayor* se origina en la visión compartida de la Universidad de Costa Rica y del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor sobre la necesidad de conocer, de forma más exhaustiva, la situación de la población adulta mayor.

El desarrollo del proyecto es resultado de un esfuerzo conjunto del Centro Centroamericano de Población, la Escuela de Nutrición, y el *Programa integral para la persona adulta mayor* de la Vicerrectoría de Acción Social de la Universidad de Costa Rica. También ha colaborado la Escuela de Historia. Este esfuerzo llevado a cabo desde la Universidad, ha contado con el apoyo decidido del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, el cual ha acompañado de manera constructiva, respetuosa y alentadora el proceso de elaboración del Informe.

Desde su formulación original, el objetivo del Informe ha sido entender el proceso de envejecimiento de la población costarricense desde una perspectiva que, por un lado, abarque los distintos ámbitos de la situación de la persona adulta mayor y, por otro, muestre que la situación actual de las personas adultas mayores está inexorablemente vinculada a la realidad que deberán enfrentar las futuras generaciones de adultos y adultas mayores quienes ya forman parte de la población del país.

Poner en marcha un proceso de investigación que abarque todos aquellos aspectos relacionados con las condiciones de vida de la población adulta mayor fue la primera tarea que enfrentó el equipo coordinador del Informe. Para ello, se contó con el concurso de un consejo consultivo integrado por profesionales relacionados con la temática, a quienes, por su formación y experiencia, se les invitó a formar parte, de manera voluntaria, de este grupo. Las deliberaciones de los integrantes de este consejo, quienes aportaron su tiempo en distintas reuniones y para revisar varios documentos, alimentaron la toma de decisiones acerca del rumbo y el enfoque de Informe.

Además de varios invitados a título personal, por su trayectoria en el tema, el consejo consultivo estuvo constituido por representantes de las siguientes instituciones: Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor; Ministerio de Educación Pública –Educación de Adultos–; Centro Centroamericano de Población; Escuela de Nutrición, y Posgrado en Gerontología de la Universidad de Costa Rica; Caja Costarricense de Seguro Social, Asociación Gerontológica Costarricense, Despacho Apoyo Social del Ministerio de la Presidencia, Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes; Universidad Estatal a Distancia, Dirección Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos.

Una primera tarea solicitada a este consejo fue identificar y priorizar los temas del informe, el enfoque y su estructura. A partir de esta definición, el equipo coordinador procedió a elaborar los términos de referencia para cada capítulo y la búsqueda de profesionales quienes pudieran desarrollarlos de la mejor manera.

Esta búsqueda significó un proceso complejo y constituyó, en sí misma, un hallazgo importante. Si bien existe un conjunto de profesionales que han dedicado esfuerzos al estudio de este grupo poblacional, también hay vacíos importantes respecto a varios temas. Estos se producen, por un lado, porque la investigación es reciente y no se ha avanzado aún lo suficiente; por otro, porque la información que se produce en el país no permite profundizar ciertos aspectos específicos. Ejemplo de lo primero es lo poco que conocemos de manera sistemática de lo que ocurre en el seno de las comunidades con respecto a la población adulta mayor; ejemplo de lo segundo es la capacidad limitada de documentar las ocasiones en que se lesionan los derechos de las personas adultas mayores o de describir adecuadamente el cuadro completo de su estado de salud.

En algunos casos se requieren mayores esfuerzos de investigación desde la academia, en otros, de sistematización más detallada de información que ya existe en los registros de las instituciones, y aun, en otros, el poner en práctica y, por ende, financiar instrumentos adecuados para recopilar la información que permita el diseño de intervenciones específicas.

De esta forma, el proceso de identificación y de consolidación de la participación de los colaboradores de este estudio fue una muestra de que en nuestro país el tema del envejecimiento poblacional y de todas las temáticas relacionadas con la persona adulta mayor es aún incipiente. A este respecto, hay algunos esfuerzos en marcha que han permitido el tratamiento de ciertos temas, por ejemplo, CRELES, el estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable que lleva a cabo el Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica por medio de un seguimiento sistemático de la población adulta mayor del país.

Cada tema desarrollado se puso en discusión ante el consejo consultivo y ante grupos de expertos en las distintas temáticas con el fin de validar sus contenidos y mejorar sus enfoques. De esta manera, entre mayo de 2007 y agosto de 2008 se realizaron diez talleres y un número importante de consultas a distintos profesionales. Al final de cada capítulo, se enumeran las personas quienes colaboraron de distinta forma con su elaboración. Pero como esto siempre implica el riesgo de omitir, en general manifestamos nuestro agradecimiento a todas y cada una de las personas quienes, de una u otra manera, tuvieron que ver con el Informe.

La estructura final del Informe quedó constituida por diez capítulos distribuidos en cuatro secciones y un capítulo adicional de indicadores para el seguimiento de la situación de las personas adultas mayores, que incluye un conjunto de indicadores adoptados por distintas agencias y foros internacionales.

La primera sección sobre envejecimiento poblacional y persona adulta mayor, contiene capítulos que informan sobre el cambio demográfico que implica el envejecimiento, y permite la caracterización de esta población y su ubicación geográfica. Concluye con una reflexión sobre los aportes de las personas mayores desde la cotidianidad.

La segunda sección enfatiza los aspectos relacionados con la seguridad económica y el apoyo social; se examina la relación de la población adulta mayor con respecto a pobreza, ingreso, empleo y pensiones. Además, se analiza la naturaleza de las redes sociales de apoyo con que cuentan las personas adultas mayores en el país.

La tercera sección incluye la descripción del estado de salud de las personas adultas mayores y se evalúa el acceso y el uso de los servicios de salud desde su perspectiva y la del principal prestatario público de servicios de salud.

La sección denominada "Derechos y ciudadanía plena", desarrolla el tema de las oportunidades de participación social de las personas adultas mayores. Además, realiza un recorrido por la legislación vigente que pretende garantizar el cumplimiento de los derechos que amparan a este grupo. Finalmente, se hace evidente un problema creciente pero aún insuficientemente documentado, como es el maltrato, la negligencia y el abandono hacia la población adulta mayor.

La investigación es siempre falible y, como tal, el Informe no pretende contener todas las respuestas y tiene aun un espacio importante para superarse. Pero, quizá, lo más valioso es que contiene preguntas. Preguntas que se originan en el conocimiento incompleto de un grupo poblacional al que el país debe mirar con cuidado. Las interrogantes que nos hagamos hoy acerca de la población adulta mayor son, en realidad, preguntas sobre nuestro propio futuro y el de nuestra sociedad.

Al final de un camino que resultó más lleno de novedades y complejidades que las que originalmente se habían vislumbrado, se tiene en este Informe un primer peldaño sobre el cual se pueden visualizar ahora las distintas realidades en que vive la población adulta mayor. Algunas partes son eminentemente informativas, otras proporcionan una mirada más exhaustiva y otras reflejan el conocimiento que nos falta. Pero más importante todavía es ofrecer un primer instrumento de deliberación sobre las acciones necesarias para mejorar la calidad de vida de quienes pertenecen hoy a este grupo poblacional y de quienes pertenecerán en el futuro.



Xinia Fernández



Arodys Robles

Sinopsis del informe

El examen detallado de las condiciones de vida de las personas adultas mayores permite enlazar la historia de los logros o los desaciertos del país evidenciada por la situación de quienes tienen 65 años y más con las tareas pendientes para el futuro. La situación actual y las características que se describen en el Informe se formaron durante décadas del pasado siglo y son el resultado de la forma en que se entretajeron las vidas de las personas y los cambios en la sociedad. Atestiguan también las posibilidades futuras al identificar aquellos cambios necesarios o procesos en marcha cuyo conocimiento identifica acciones específicas que deben tomarse.

El crecimiento mismo del número de personas adultas mayores y el explosivo aumento que estamos presenciando, dan cuenta de algunos de los aciertos del país. Durante las últimas cuatro décadas del siglo pasado se amplió la cobertura de servicios de salud y se pusieron en práctica intervenciones que condujeron a una disminución considerable de la mortalidad. Así la esperanza de vida al nacer pasó de algo más de 65 años en la década de los sesentas a la actual de 79.2 años en el 2007. Este proceso, y la disminución del número de hijos por mujer que tuvo lugar paralelamente, modificaron la estructura por edad del país. La consecuencia fue la mayor importancia de los adultos mayores en la población total, que será todavía aún más.

El cambio en la estructura por edad entrelaza el desarrollo del país y las características de la población. El crecimiento de la población en edad de trabajar produjo una primera ventana de oportunidad en la que en las familias se hicieron más pequeñas pero con un mayor número de perceptores potenciales de ingreso. Una segunda ventana o bono demográfico tiene lugar a medida que esas generaciones de gran tamaño empiecen a salir de la fuerza de trabajo. Las condiciones en que esto ocurra tienen importantes implicaciones para el desarrollo. La oportunidad de una mayor densidad de capital por trabajador que produce el segundo bono demográfico solo se puede aprovechar si estas generaciones han acumulado ahorros a lo largo de su vida.

Las condiciones para ello fueron diferentes en el pasado. Así lo muestra la baja escolaridad promedio de las personas adultas mayores del país y la proporción de ellos que no tuvo educación alguna porque les tocó asistir a la escuela cuando la cobertura de la educación era mucho menor.

Ello implica que muchos tuvieron una vinculación desventajosa con el mercado de trabajo y, por ende, fueron menores sus posibilidades de ahorro. Solo un 41% de los adultos mayores tiene una pensión contributiva y esta proporción es aún menor en las mujeres. Junto con la vivienda propia, el tener una pensión contributiva es uno de los factores de protección ante la pobreza de mayor importancia. La importancia de esta previsión para la vejez subraya, por un lado, la baja incidencia de la pobreza entre quienes tienen pensión contributiva y también la alta incidencia de la pobreza entre quienes reciben una pensión no contributiva, transferencias o del todo no tienen ingreso.

La situación actual de los adultos mayores debe ser también una llamada de atención hacia el futuro. El análisis que explica por qué los hogares en que viven adultos mayores tienen una incidencia más elevada de la pobreza muestra, como se señaló antes, la importancia de que la población tenga abierta las posibilidades de tener una vivienda propia y de mantener la solidez del sistema de pensiones.

El país ha sido también exitoso en la ampliación de su sistema de salud. Una alta proporción de las personas adultas mayores son usuarias de los servicios

de salud de la CCSS y manifiestan un alto grado de satisfacción. Igualmente hay un elevado uso de los EBAIS. Además, cuando se comparan algunos indicadores de salud de las personas adultas mayores de Costa Rica con los de otros países latinoamericanos, se revela que las condiciones de salud de los adultos mayores son en general buenas. Pero es también una llamada de atención de cierta urgencia ya que quiere decir que estamos ante un crecimiento acelerado de la demanda de servicios para adultos mayores.

La atención de esta demanda debe preocupar por la baja cotización al seguro de salud que existe actualmente. Otros informes en el país han analizado esto y mostrado que el aumento de la cotización al seguro de salud es parte clave de su sostenibilidad en el futuro. Es, además, un reto complejo, dado el crecimiento del sector informal que experimentó el país en las últimas décadas.

El fortalecimiento del seguro de salud es tanto más importante en virtud de la complejidad de la atención de la salud de la población adulta mayor. Una proporción importante informa padecer más de una enfermedad crónica. El examen de biomarcadores asociados a factores de riesgo muestra que hay un amplio margen para mejorar los servicios preventivos. Y si bien la diabetes y la hipertensión arterial son predominantes en la morbilidad y mortalidad, la información no muestra la verdadera complejidad de la atención de la salud de la persona adulta mayor. El diagnóstico y los protocolos de atención del adulto mayor debe considerar también los problemas de funcionalidad y todos aquellos asociados a las edades más avanzadas.

El crecimiento de la población adulta mayor también implica un crecimiento de la población mayor de 80 años. O sea, implica el crecimiento de la población que con mayor frecuencia requiere ayuda y apoyo en sus actividades. Actualmente este apoyo proviene fundamentalmente de las redes informales y en especial de la familia inmediata y casi exclusivamente de las mujeres. Este es otro aspecto que se debe atender. Un 10% de adultos mayores declararon necesitar de ayuda en actividades diarias pero no recibirla. En el futuro no solo serán más los adultos mayores de edades avanzadas sino que las familias serán más pequeñas. Hay un conjunto de cuidados y apoyos que siempre deben ser provistos por la familia pero hay otros de carácter más especializado que requieren apoyo formal. Las posibilidades actuales de contar con redes de apoyo formales son muy limitadas.

Esta limitación se hace evidente también cuando las personas adultas mayores se organizan en distintos grupos participativos o de apoyo. La mayoría de los que funcionan son autofinanciados y, por lo tanto, en estos puede participar una proporción reducida de la población. Una mirada a la vida de un conjunto de personas adultas mayores muestra que la participación y el involucramiento social son muy importantes para reafirmar sus redes y fortalecer su autonomía.

La vida de las personas adultas mayores no tiene porqué ser pasiva o carente de participación en distintos ámbitos de la sociedad. Más aún, debe ser una preocupación general que el conjunto de cambios individuales asociados al envejecimiento no impliquen una pérdida de oportunidades y mucho menos de derechos. Para ello el país debe contar con un conjunto de instrumentos de protección e instituciones que la garanticen.

Este envejecimiento con calidad es posible si las oportunidades y las acciones del pasado conducen al bienestar en las edades más avanzadas. La mirada a las personas adultas mayores muestra que eso no fue siempre así para un sector importante de esta población. También revela las previsiones que deben tomarse para el futuro y las acciones que el país puede decidir ejecutar para ayudar a construir un envejecimiento con bienestar. Lo que las personas hayan tejido en el pasado es lo que les permite disfrutar un envejecimiento con bienestar.

CAPÍTULO 1

Envejecimiento poblacional y desarrollo

Los cambios demográficos ocurridos en Costa Rica en las últimas décadas han tenido y tendrán en el futuro cercano importantes implicaciones que el país debe tomar en cuenta. El descenso del número de hijos que tienen las mujeres y el aumento en la esperanza de vida modificaron de manera importante la estructura por edad de la población. Este paso de altos a bajos niveles de mortalidad y natalidad tiene repercusiones sobre el peso relativo de los distintos grupos de edad. Al disminuir la mortalidad un mayor número de personas sobrevive hasta edades adultas y un mayor número de personas sobrevive hasta edades avanzadas.

Este período de tiempo en que aumenta la población en edad de trabajar es lo que se ha denominado bono demográfico y tiene importantes implicaciones en las posibilidades de desarrollo del país. La relación entre quienes están en edad de trabajar y quienes están en edades dependientes cambia favorablemente. Así por ejemplo en 1970 por cada 100 personas en edad de trabajar había otras cien en edades dependientes. Actualmente esta relación es de 48 dependientes por cada cien personas en edad de trabajar.

Este primer bono demográfico tiene su origen en que mientras esté aumentando la población en edad de trabajar, lo que ocurre es que hay un mayor aumento de productores efectivos que de consumidores efectivos. Este primer bono produce por un lado beneficios a los hogares: hay más perceptores de ingresos y las familias son en general más

pequeñas. Estos beneficios son los que disfrutamos desde hace casi dos décadas.

El segundo bono o dividendo demográfico se origina en el aumento de capital por trabajador que resulta de la acumulación en previsión de las necesidades de consumo en la vejez y la caída de los ingresos laborales. Para que ello ocurra sin embargo, la materialización del segundo dividendo demográfico depende aun más que el primero de ciertas políticas. Requiere, que las tasas de ahorro se mantengan por lo menos constantes o, que la propensión a ahorrar para la vejez se incremente ante la percepción de mejoras en la esperanza de vida.

La vinculación del proceso de envejecimiento con las posibilidades de desarrollo del país se basa en consideraciones posibles pero requiere de políticas públicas. Estas políticas, por acertadas que sean, no bastan por sí solas, pues su éxito depende del logro de las personas durante sus años de preparación y de participación en el sistema productivo. En otras palabras, son políticas que estimulan y hacen posible la previsión a largo plazo de las personas y de las familias.

Desde el punto de vista del comportamiento, ante la mayor esperanza de vida y el aumento del número de años que se viven después del retiro de la fuerza de trabajo, es de esperar que las personas tomen provisiones y aumenten su ahorro. Es difícil que eso ocurra, sin embargo, en ausencia de un sistema de pensiones sólido o de incentivos para mantenerse en la fuerza de trabajo, particularmente en el caso de las mujeres.

¿Por qué está aumentando la población de personas adultas mayores?

¿Por qué el 6 por ciento o casi 280 mil personas de la población de Costa Rica tienen 65 años y más? Y ¿por qué en el 2025 las personas de estas edades serán 600 mil y el 11,5 % de la población? La respuesta a estas preguntas equivale a explicar el proceso de envejecimiento poblacional que vive el país desde hace unas décadas y que se intensificará en el futuro (gráfico 1.1).

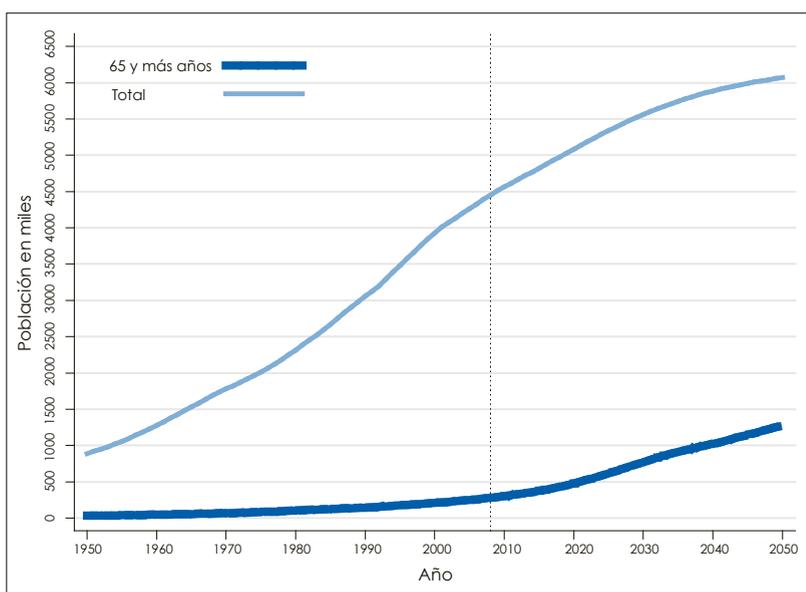
En primer lugar, quienes pertenecen hoy a la población de personas adultas mayores nacieron en 1943 o antes y debieron sobrevivir como mínimo 65 años para pertenecer a la población adulta mayor.

Al disminuir la mortalidad un mayor número de personas sobrevive hasta edades adultas y un mayor número de personas sobrevive hasta edades avanzadas. La esperanza de vida aumentó durante el siglo pasado desde 46,9 años en 1930 hasta 77,7 años en 2000 y, actualmente, es de 79,2 años. Esta mayor sobrevivencia de las personas tiene que ver con el aumento de la población de 65 y más años. En primer lugar, más personas llegan a cumplir 65 años porque aumenta la proporción de personas que sobreviven desde el nacimiento hasta los 65 años, es decir, en 1950, 53% de los hombres y 56 % de las mujeres sobrevivían desde el nacimiento hasta los 65 años. En 1980, 75% de los hombres y 85% de las mujeres llegaban al cumpleaños 65. Actualmente esa misma proporción es de 83% para los hombres y de 90% para las mujeres. El cambio se debe al cambio de la mortalidad de las edades jóvenes y en particular al cambio de la mortalidad infantil. Esta se redujo desde 137 muertes de menores de un año por cada mil nacidos vivos en 1940 hasta 68,4 en 1970, a 19,9 en 1980 y actualmente es de 10 por cada mil nacidos vivos.

Pero también ha aumentado la esperanza de vida de las personas mayores de 65 años (gráfico 1.2): una vez que las personas cumplen 65 años, viven más años, lo que también aumenta

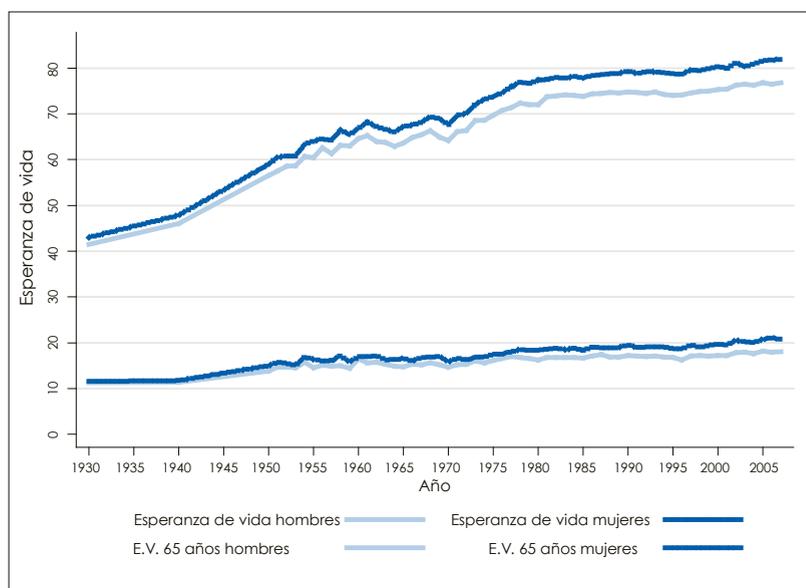
el número de personas de 65 años y más en la población. Así, por ejemplo, en 1950, dadas las condiciones de mortalidad, de cada cien hombres que cumplían 65 años, 24 sobrevivían hasta los 85, y de cada 100 mujeres, sobrevivían 28. Treinta años más tarde, en 1980, de cada 100 hombres que cumplían 65 años, 35 llegaban a cumplir 85, y 45 de cada 100 mujeres. Hoy, de cada cien hombres de 65 años, 43 pueden esperar vivir hasta los 85, y 56

Gráfico 1.1: Población total del país y población de 65 años y más (1950-2050)



Fuente: elaboración propia con base en las proyecciones de población CCP-INEC

Gráfico 1.2: Esperanza de vida (1930- 2007)



Fuente: elaboración propia con base en CCP <http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/>

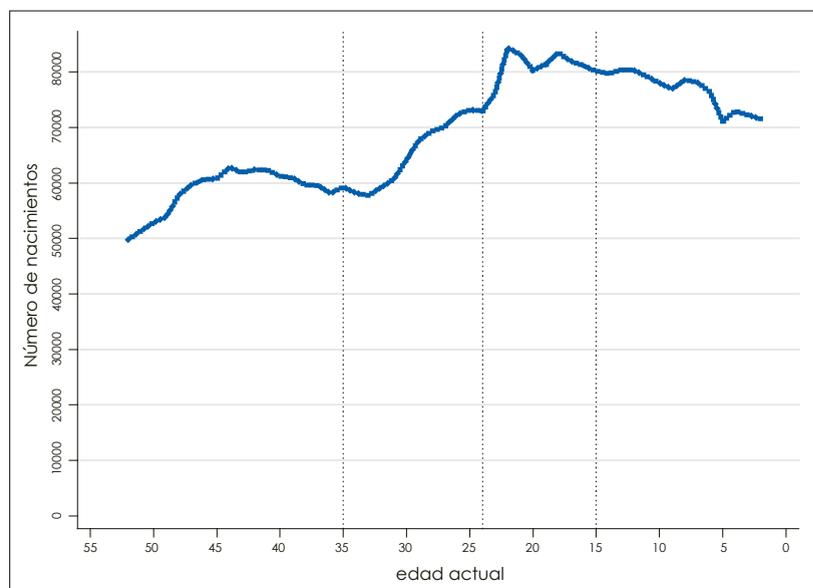
de cada 100 mujeres. Esto quiere decir que, así como se acelera el número de personas de 65 y más años, aumenta la proporción de personas adultas mayores de edades avanzadas.

Una segunda razón del aumento de la población de personas adultas mayores y en particular del que tendrá lugar en los próximos años, obedece a la natalidad que tuvo el país en décadas pasadas. En la década de 1950, cuando nacieron una proporción importante de quienes cumplirán 65 años en los próximos veinte años, hubo un aumento de la natalidad. La tasa bruta de natalidad o el número de nacimientos por cada mil personas durante toda la década estuvo por encima de los 45 por mil. Este aumento de la natalidad se originaba en un aumento considerable del número promedio de hijos por mujer que llegó a alcanzar los 7,1 hijos por mujer a principios de la década de los sesenta. A su vez, cuando estas personas que pertenecían a generaciones más grandes empezaron a tener hijos se produjo otra expansión del número de nacimientos. Esta vez eran menos hijos por mujer pero un número mucho mayor de mujeres con hijos. Esto quiere decir que quienes empezarán a cumplir 65 años, dentro de 30 años pertenecerán a generaciones cada vez más grandes. El gráfico 1.3

muestra el cambio en el número de nacimientos que tuvo lugar en el país desde 1955.

Un tercer aspecto del envejecimiento poblacional explica por qué hay un porcentaje creciente de personas adultas mayores en la población total. Por un lado, por las razones explicadas, hay un número mayor de personas de 65 y más años. Pero también porque, como consecuencia de la reducción del número de hijos que tienen las mujeres en promedio, el número de nacimientos anuales ha empezado a disminuir desde hace más de una década. La tasa global de fecundidad, o el número de hijos que en promedio tienen las mujeres, disminuyó desde 7,1 en 1961 hasta 3,6 en 1976. Después de un periodo sin cambios significativos, disminuyó desde 3,5 hijos por mujer en 1986 hasta la actual de 1,96 hijos por mujer. Esta es una tasa por debajo del nivel de reemplazo pero ello no quiere decir que la población dejará de aumentar aunque lo hará cada vez menos. En otras palabras, el porcentaje de personas adultas mayores aumenta porque se suman más personas a quienes tienen 65 y más años pero menos personas al total de la población (los nacimientos). Esta disminución tiene como resultado que las edades adultas y las personas adultas mayores aumenten su importancia relativa en la población.

Gráfico 1.3: Número de nacimientos ocurridos en el país (1955 - 2007)



Fuente: elaboración propia con base en <http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/>

Las implicaciones de los cambios en la estructura por edad

El descenso del número de hijos que tienen las mujeres y el aumento en la esperanza de vida modificaron de manera importante la estructura por edad de la población. Este paso de altos a bajos niveles de mortalidad y natalidad tiene repercusiones sobre el peso relativo de los distintos grupos de edad (gráfico 1.4).

Durante mucho tiempo la preocupación sobre la población se centró en las tasas de crecimiento, con la idea de que constituía un aumento de la presión sobre los recursos.

La preocupación se centraba en el aumento de población que se producía al bajar la mortalidad cuando la natalidad era todavía alta.

No obstante, a medida que en muchos países se ha completado el paso de altas a bajas tasas de natalidad y mortalidad, y ha disminuido el crecimiento, se ha visto que, después de una disminución de la fecundidad, el cambio en la estructura por edad de la población puede tener beneficios importantes para la economía.

Los cambios de la estructura por edad se relacionan con la proporción de personas en grupos de edad que tienen distinta vinculación con la economía. Se puede distinguir tres grupos que influyen en las posibilidades de desarrollo del país: la población de menores, la población en edad de trabajar y la población de personas adultas mayores, que se representan en el gráfico 1.4. Se pueden distinguir tres momentos: en un primer período, ocurrió un incremento importante de la población de menores, producto de un aumento de la fecundidad ocurrida en la década de 1950. En un segundo momento, empieza a aumentar la población en edad de trabajar, y en un tercer momento empieza a aumentar aceleradamente la población de personas adultas mayores.

Esos tres momentos se pueden ver también en términos de la relación de dependencia demográfica. La medida relaciona la población en edad de trabajar con la población en edades en que hay una alta proporción de dependientes: primero aumentó hasta llegar a una relación de 100 personas dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar. Eso empezó a disminuir a medida que empezaron a disminuir la fecundidad y la mortalidad. Actualmente existen en la población aproximadamente 48 personas en edades dependientes por cada 100 en edad de trabajar. Ese aumento del número de personas en edad de trabajar potencialmente tiene consecuencias importantes para la economía, y es lo que se conoce como

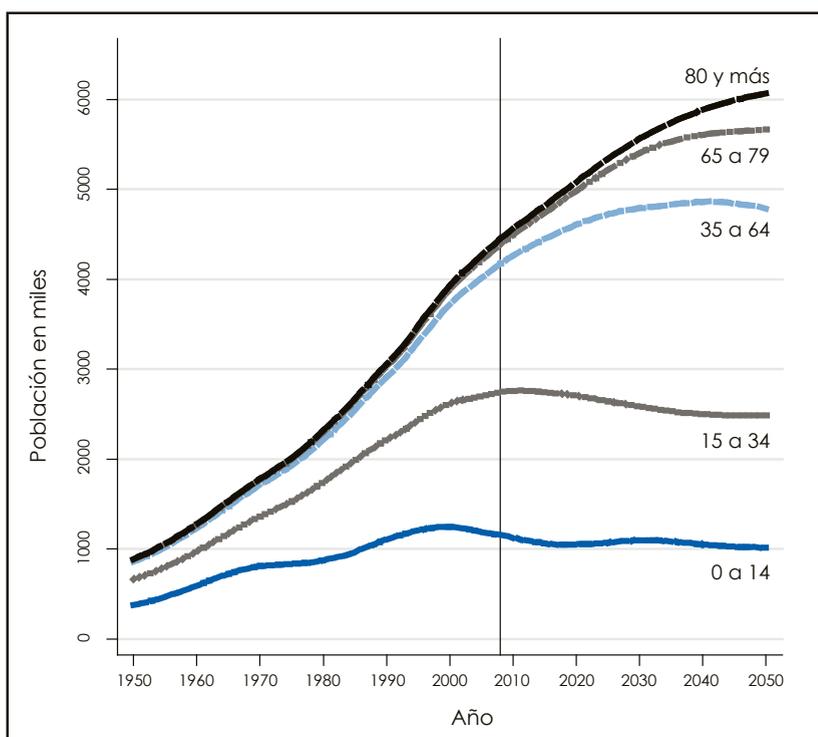
primer bono demográfico, el cual se describe más adelante.

A medida que disminuye la fecundidad, deja de aumentar la población en edad de trabajar. El origen de eso está en que menos personas están cumpliendo 15 años y más personas están cumpliendo 65 o están saliendo de la población en edad de trabajar, de manera que el número de dependientes vuelve a aumentar. En esta etapa los dependientes son cada vez más los de 65 y más años y menos los menores de 15. La población adulta mayor tiene en esta etapa un crecimiento acelerado, tal como se muestra en el gráfico 1.5.

Una de las consecuencias importantes del cambio de la relación del tamaño de las generaciones tiene que ver con las posibilidades de apoyo a la población adulta mayor. Actualmente hay aproximadamente 10 personas en edad de trabajar por cada persona adulta mayor.

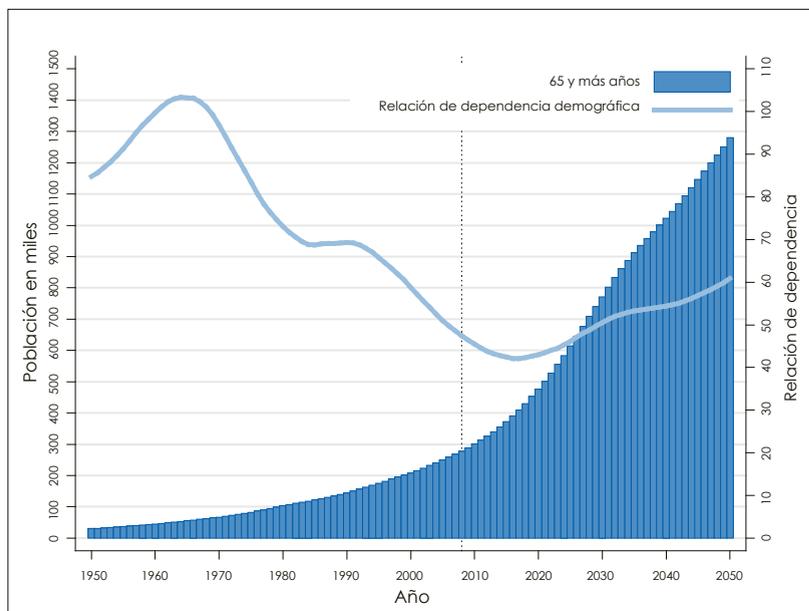
Una forma más directa de ver esto es mirar la relación entre la población adulta mayor y la población 25 años

Gráfico 1.4: Cambio en los distintos grupos de edad (1950- 2050)



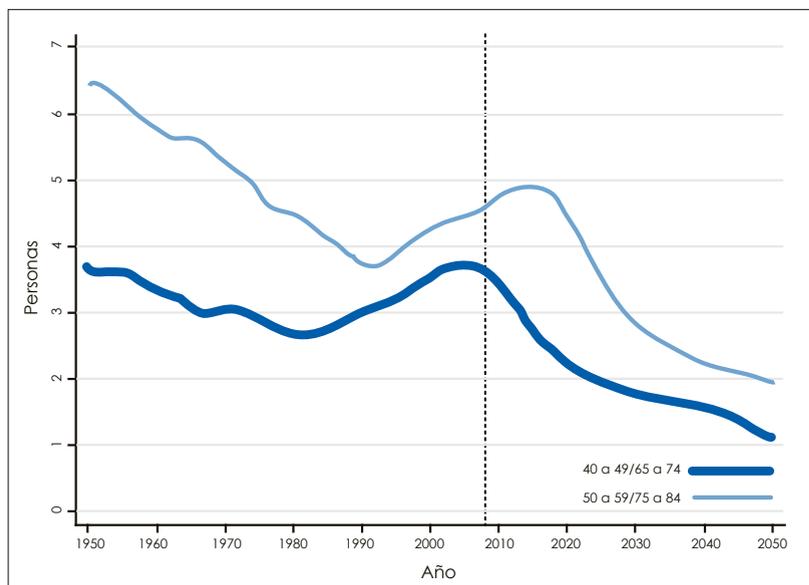
Fuente: elaboración propia con base en las proyecciones de población CCP-INEC

Gráfico 1.5: Relación de dependencia y aumento de la población de personas adultas mayores



Fuente: elaboración propia con base en las proyecciones de población CCP-INEC

Gráfico 1.6: Cambio de la relación entre la población adulta mayor y las generaciones más jóvenes



Fuente: elaboración propia con base en las proyecciones de población CCP-INEC

menor. Tal como se puede ver en el gráfico 1.6, esta relación disminuirá rápidamente en el futuro. Ello se debe, por un lado, a que las familias son cada vez más pequeñas y también a la diferencia en el tamaño de las generaciones. En virtud de que el apoyo a las personas adultas mayores proviene sobre todo de la familia inmediata y de las hijas (véase capítulo 5), la relación que se muestra

en el gráfico implica posibilidades de recibir apoyo directo cada vez menor para las futuras generaciones de adultos mayores.

Los bonos demográficos: una oportunidad para el desarrollo

El período en que aumenta la población en edad de trabajar es lo que se ha denominado bono demográfico. El primer bono demográfico se origina en que, mientras esté aumentando la población en edad de trabajar, hay un mayor número de productores efectivos que de consumidores efectivos. Esto, a su vez obedece a lo que se denomina la economía del ciclo vital, o sea, las etapas por las que atraviesan las personas y las diferencias de su vinculación con la producción y el consumo. En este ciclo, básicamente hay tres etapas: una en que las personas crecen y, generalmente, estudian, viven con sus padres, y dependen económicamente de otros miembros del hogar. Otra, en que las personas se integran al sistema productivo del país, cubren el consumo de los otros miembros del hogar que no tienen fuentes de ingreso y, en el caso ideal, toman provisiones para la edad adulta mayor por medio de la cotización a un fondo de pensiones, acumulan activos o ahorran de alguna manera. En una última etapa, las personas salen del sistema productivo e, idealmente, viven del ahorro logrado durante sus años de trabajo.

El siguiente gráfico provee una estimación de estas tres etapas para Costa Rica. Las estimaciones muestran que el período en que las personas producen un superávit entre lo que producen y lo que consumen, es de aproximadamente 33 años y abarca desde los 24 hasta los 57 años (gráfico 1.7).

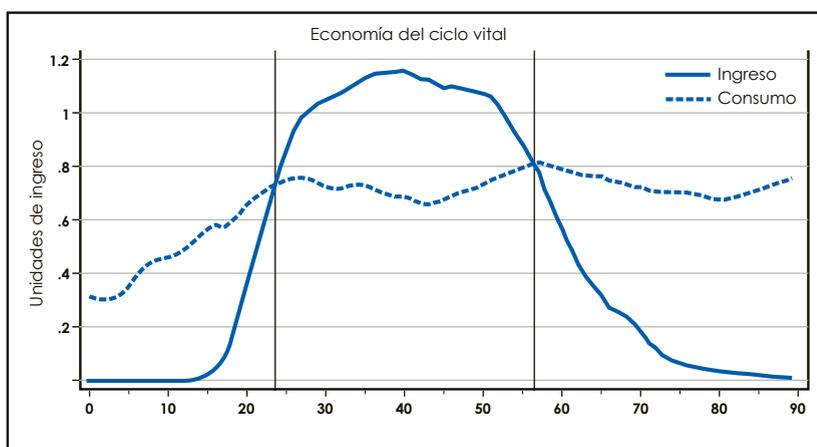
El primer bono es el que se produce cuando aumenta la población en edad de trabajar, es decir, en las edades en que hay un superávit (gráfico 1.8). Por un lado, se producen beneficios para los hogares: hay más perceptores de ingresos y las familias son, en general,

más pequeñas. Así se amplían las posibilidades de una mayor educación y una permanencia más prolongada en las edades todavía no productivas. Por otro lado, hay también un beneficio fiscal, ya que se amplía la base de contribuyentes efectivos con respecto a los receptores efectivos de transferencias del gobierno. Estos beneficios son los que disfrutamos desde hace casi dos décadas y se empezarán a acabar después de los próximos 15 años. El dividendo familiar ha sido y es mayor que el fiscal y también será más prolongado. Los hogares costarricenses actuales deberían estar aumentando su bienestar por efecto del dividendo o bono demográfico exclusivamente. El dividendo familiar se extinguirá aproximadamente dentro de diez años, cuando en los hogares dejará de aumentar el número de perceptores y aumentarán las personas que salen de la fuerza de trabajo. El segundo bono se asocia con el momento en que empieza a aumentar la población adulta mayor, la cual comienza a disponer de sus ahorros o a recibir transferencias ante la disminución de sus ingresos laborales para hacer frente a los gastos propios de la edad adulta mayor. Si una alta proporción de las personas adultas mayores ha tomado provisiones, en la economía se produce un aumento del capital por trabajador y, por ende, mejores posibilidades de crecimiento.

Buena parte del perfil por edad de la economía del ciclo vital depende de las condiciones macroeconómicas de un país, la existencia de programas públicos de pensiones y de salud y educación, así como de la estabilidad institucional de estos programas. Aún cuando las familias se hacen más pequeñas y tienen mayores perceptores, la ausencia de programas públicos adecuados puede disminuir la potencialidad de los beneficios. Un ejemplo de eso se vio en el país la década de 1980, cuando se experimentó un aumento considerable de las personas en edades escolares. Esas generaciones muy grandes originaron una gran presión sobre el sistema educativo, que no pudo ampliar la cobertura al ritmo necesario. Los años coincidieron,

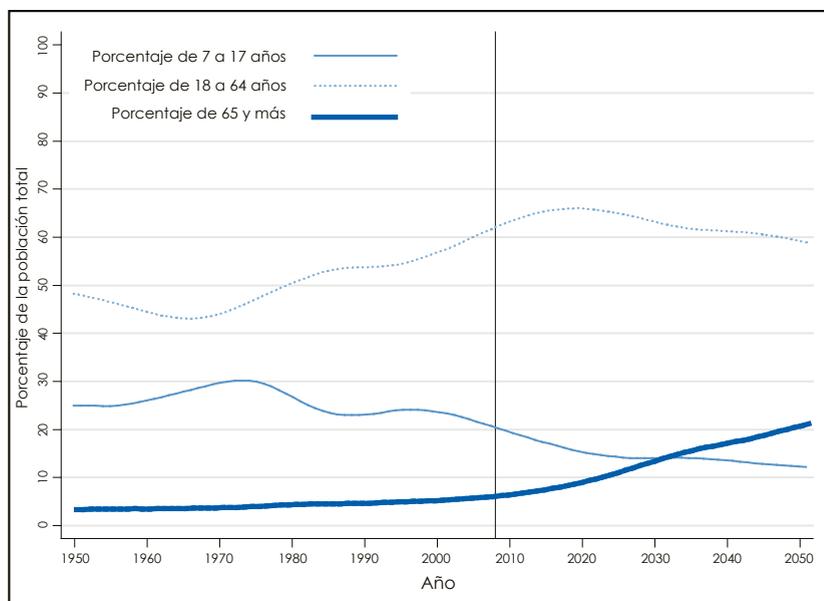
además, con un estancamiento del gasto público en educación. Como consecuencia, el aumento de la escolaridad promedio de la población se interrumpió. Hasta la generación de los nacidos alrededor de 1960, todas las generaciones anteriores tenían en promedio una escolaridad más alta que sus mayores. Este aumento se produjo porque, aun cuando había bajado el número promedio de hijos por mujer y continuaba bajando, las mujeres en edades reproductivas eran parte de la generación nacida en los años de mayor fecundidad en el país y, por lo tanto, sumamente numerosas.

Gráfico 1.7: La economía del ciclo vital



Fuente: Rosero y Robles, 2008

Gráfico 1.8: Proporción de personas en edad escolar, de 18 a 64 años y de personas adultas mayores



Fuente: elaboración propia con base en las proyecciones de población CCP-INEC.

El segundo dividendo tiene que ver con la productividad de la fuerza de trabajo y, por ende, con lo que ocurra con empresas y productores; en esto hay una posibilidad de aprovecharlo, si bien el rezago de la inversión en capital humano que acumuló el país puede pesar en los años futuros. La importancia relativa de los más jóvenes en la fuerza de trabajo está disminuyendo y lo hará aún más en el futuro, por lo que las posibilidades de renovar rápidamente las características de la fuerza de trabajos son muy limitadas. La vinculación del proceso de envejecimiento con las posibilidades de desarrollo del país se basa en consideraciones posibles. Su materialización requiere un conjunto de políticas públicas que permita que la propensión a ahorrar, como mínimo, se mantenga constante, o que aumente ante la percepción de mejoras en la esperanza de vida. Algunas de estas políticas tienen que ver con la solidez de los sistemas de pensiones, los mercados de capitales que posibiliten los ahorros, y la existencia de programas de vivienda o de mercados de bienes raíces que no discriminen a los pequeños ahorrantes. Estas políticas, por acertadas que sean, no bastan por sí solas, pues su éxito depende del logro que en realidad puedan obtener las personas durante sus

años de preparación y de participación en el sistema productivo. En otras palabras, son políticas que estimulan y hacen posible la previsión a largo plazo de las personas y de las familias.

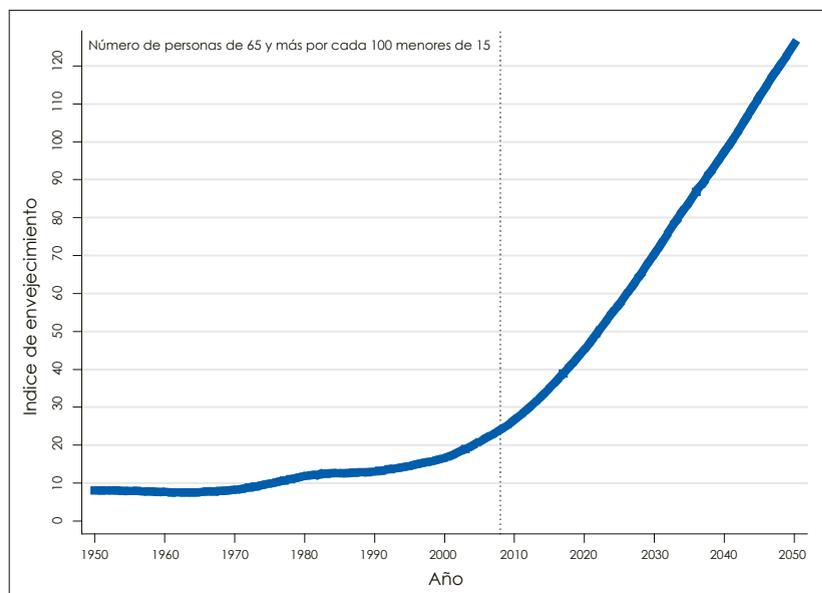
Los cambios que se pueden esperar

Los cambios antes descritos ocurrirán de manera muy rápida en el país, tal como lo muestra el índice de envejecimiento poblacional (gráfico 1.9). Esta situación es inédita por cuanto hay pocas experiencias históricas hacia las cuales mirar. Por un lado, en los países desarrollados este proceso de envejecimiento ocurrió a lo largo de varias décadas. Por otro lado, los países en desarrollo aún no llegan a igualar la importancia relativa de la población de personas adultas mayores de los países desarrollados.

Algunas consecuencias son evidentes. Una es el aumento de las personas de mayor edad en la población adulta mayor. Las personas de 80 y más años tienen mayores necesidades de atención de salud y tienden a usar más los servicios de salud. Igualmente, estas personas ya han dejado de trabajar y, por lo tanto, dependen de sus ahorros (pensiones contributivas u otra forma), del apoyo de la familia o de las transferencias del gobierno. Hasta ahora, en el caso de Costa Rica, estas últimas han sido generosas, y los recientes aumentos en el régimen de pensiones no contributivas tuvieron un impacto importante sobre la condición de los hogares con personas adultas mayores. En virtud del aumento de la población de personas adultas mayores, en los próximos años no se puede pensar en soluciones similares o, por lo menos, no en gran escala.

Otra consecuencia conocida es la disminución del número de personas que entra a la fuerza de trabajo. La productividad de estas personas resulta clave para el crecimiento futuro y es una forma de mitigar los posibles impactos del envejecimiento

Gráfico 1.9: Velocidad del envejecimiento poblacional



Fuente: elaboración propia con base en las proyecciones de población CCP-INEC.

poblacional y de una gran cantidad de personas en proceso de salida de la fuerza de trabajo. El capital por trabajador aumentará, por un lado, por el solo efecto de un menor ritmo de crecimiento de la población en edad de trabajar. Otro incremento, tal como se señaló, proviene del uso de los ahorros por parte de la población adulta mayor.

Este último cambio en la fuerza de trabajo también produce una disminución de la cantidad de población que paga impuestos, cotiza al seguro social y un sistema de pensiones. En otras palabras, los ingresos del gobierno pueden reducirse en momentos en que se requiere una ampliación de servicios. Una forma de prevenir este cambio, por un lado, es mejorar las características de la fuerza de trabajo, de tal manera que una gran proporción tenga acceso a empleos formales y bien remunerados. Adicionalmente, también se puede ampliar la entrada a la fuerza de trabajo. Es posible lograrlo por medio de un aumento de la participación de las mujeres. Para ello, sin embargo, se requiere solucionar las causas por las cuales las mujeres no entran a la fuerza de trabajo. Una, por ejemplo, es la ausencia de redes formales y el cuidado de otros miembros

del hogar, ya sea de menores o personas adultas mayores.

No obstante lo señalado, no hay, en realidad, razón para pensar que el envejecimiento poblacional se trata únicamente de consecuencias negativas para el futuro desarrollo del país. Todo depende tanto de políticas como de comportamiento de las personas. En lo que respecta a las políticas, ya se señaló la importancia de una política fiscal que permita a las personas el ahorro. Desde el punto de vista del comportamiento, ante la mayor esperanza de vida y el aumento del número de años que se viven después del retiro de la fuerza de trabajo, es de esperar que las personas tomen provisiones y aumenten su ahorro. Es difícil que eso ocurra, sin embargo, en ausencia de un sistema de pensiones sólido o de incentivos para mantenerse en la fuerza de trabajo, particularmente en el caso de las mujeres. Igualmente, la ausencia de crecimiento de los empleos formales atenta contra cualquier cambio de comportamiento que genere más ahorro. En general, el país todavía tiene amplias oportunidades de beneficiarse del cambio demográfico si las políticas toman en cuenta los cambios producidos por el envejecimiento poblacional.



Este capítulo se basa en partes de los siguientes estudios:

- Rosero Bixby, Luis y Robles, Arodys. (2008). Los dividendos demográficos y la economía del ciclo vital en Costa Rica. Papeles de Población 14(55): 9-34.
- Robles, Arodys. (2008). Cambio demográfico, inversión social y diferencias generacionales en Costa Rica. En. Notas de Población N. 82. Pp.69-94 2007

La información utilizada proviene de

- Centro Centroamericano de Población, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad (cifras actualizadas) 1950-2050. San José, C.R.: Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2008
- Centro Centroamericano de Población. Indicadores Demográficos. En <http://www.ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/index.htm>

Se agradecen los comentarios de

- Gilbert Brenes.

Se agradece la colaboración de

- Bertha Mora Jiménez en la preparación de información.

La edición del capítulo estuvo a cargo de

- Arodys Robles.

Capítulo 2

¿Quiénes son y dónde están las personas adultas mayores?

El número absoluto y la proporción de personas de 65 años y más se han incrementado en las últimas décadas y continuarán haciéndolo en los próximos años. De acuerdo con las proyecciones de población vigentes, a mitad del 2008 hay aproximadamente 278 mil adultos mayores en el país y constituyen el 6 % de la población.

El número de adultos mayores es diferente en la población de hombres y de mujeres. Entre los hombres a mitad del 2008 hay 129 mil personas de 65 y más años que representan un 5.7% de la población masculina. Estas mismas cifras para las mujeres son 148 mil y 6.7 % de la población femenina. También existe una variación importante según la edad de las personas adultas mayores. Uno de cada tres adultos mayores se encuentra entre las edades 65 a 69 años mientras que uno de cada cinco tiene 80 años y más.

Una diferencia importante entre hombres y mujeres de 65 años y más es el estado conyugal. Dado que las mujeres tienen una esperanza de vida que es cinco años mayor que la de los hombres, la condición de viudez es más frecuente. Una de cada cinco mujeres entre las edades de 65 a 69 es viuda, mientras en los hombres solo uno de cada veinte se encuentra en esa condición.

Geográficamente los adultos mayores se concentran en el área metropolitana y en pocos cantones. Aproximadamente dos tercios de la población de 65 años y más vive en la región central y la mitad vive en la zona urbana de esta región. También existe concentración en unos pocos cantones. La mitad de los adultos mayores del país reside en tan solo quince cantones.

Las personas adultas mayores tuvieron oportunidad de educarse hace muchos años; la gran mayoría estuvo en edades escolares antes de 1950

cuando las posibilidades de asistir a la escuela eran diferentes y mucho más limitadas. Por esta razón la escolaridad de las personas adultas mayores es menor a la del resto de la población.

Otra diferencia importante de los adultos mayores con respecto a la población más joven es la actividad que realizan, la participación en la fuerza de trabajo disminuye rápidamente con la edad, mientras a los 65 años el 58% de los hombres y 16% de las mujeres se encuentran activos, a los 75 años lo están solo 23% de los hombres y 3% de las mujeres.

En unos 230 mil hogares o un 19 por ciento de los hogares del país vive una persona adulta mayor. La composición de estos hogares es diferente a la de los hogares donde no viven adultos mayores ya que están empezando a perder miembros o, bien, solo vive la pareja. Esta es la situación de casi dos tercios de los hogares donde viven adultos mayores, en comparación con solo 22% de los hogares sin adultos mayores.

Una característica del proceso de envejecimiento poblacional es que las generaciones se han hecho cada vez más grandes, pero el número de hijos que tienen las mujeres ha descendido y, por ende, las familias son más pequeñas. Las mujeres de 65 años y más en el 2000 tenían aproximadamente dos hijos más que las mujeres menores de 45 pero mayores de 35.

De acuerdo con las proyecciones de población vigentes en el país, aumentará el número de personas que cada año cumplan 65 años. En consecuencia, en el 2025 habrá aproximadamente 600 mil personas adultas mayores y en el 2050 serán algo más de un millón 200 mil.

¿A qué edad se es persona adulta mayor?

No obstante la multiplicación reciente de estudios sobre el envejecimiento y las personas adultas mayores, no existe consenso sobre la edad a la cual se es parte de este grupo etario. Naciones Unidas considera que a los 60 años mientras que en los países desarrollados la diferencia se marca a los 65 años de edad. No hay evidentemente una edad inequívoca a partir de la cual se deba considerar a una persona adulta mayor, por lo que considerar persona adulta mayor a quienes tienen 60 años y más o a quienes tienen 65 años y más depende de condiciones específicas del país.

Al envejecer, las personas deben enfrentar cambios como el retiro de la fuerza laboral, el cambio de roles en la familia o la sociedad, los mayores riesgos de enfermedades crónicas y la pérdida de funcionalidad, entre otros. Estos ocurren a distintas edades de acuerdo con las características individuales de las personas y tienen distinta connotación según las condiciones sociales y económicas en que se encuentren. También difieren entre distintas generaciones tanto en las edades a las que ocurren como en la significación para la vida de las personas. Estas diferencias son las que hacen difícil señalar de forma inequívoca la edad a la cual empieza el envejecimiento y la razón por la cual las edades difieren según el grado de desarrollo de los países.

En Costa Rica, la legislación señala los 65 años como la edad a partir de la cual una persona se considera adulta mayor y la edad de la jubilación en el sistema que comprende la mayor cantidad de personas es de 65 años. Además de lo legal, hay distintas medidas que pueden tomarse en cuenta para trazar esta línea divisoria entre las edades. Algunas de las más usadas son la esperanza de vida, la edad promedio de jubilación y los cambios de las posibilidades de vida autónoma. Antes de esa edad, las personas tienen más características en común con los

más jóvenes que con los mayores. Por ejemplo, la tasa de participación económica de acuerdo con la última encuesta de hogares es de 87, 73 y 47% para los hombres de edad 55 a 59, de 60 a 64 y de 65 a 69 años respectivamente (INEC, 2007). En lo que respecta a los problemas de funcionalidad, de acuerdo con una encuesta reciente, un 30, 35 y 40 por ciento manifestó problemas de funcionalidad a las edades 60 a 64, 65 a 69 y 70 a 74 años respectivamente (CCP, 2008). Por otro lado, la esperanza de vida ha aumentado desde los 65,7 años en 1970 hasta 79,2 años en el 2007. La esperanza de vida a los 65 años pasó de 15,1 a 19,1 en el mismo período. De tal manera que, dadas las condiciones actuales del país, los 65 años de edad parece una edad adecuada para distinguir a las personas adultas mayores del resto de la población.

¿Cuántas personas adultas mayores hay en el país?

De acuerdo con las proyecciones de población vigentes, a mitad del 2008 hay aproximadamente 278 mil personas adultas mayores en el país y constituyen el 6 % de la población. El número absoluto y la proporción de personas de 65 años y más se han incrementado en las últimas décadas y continuarán haciéndolo en los próximos años. Las mismas cifras en el año 1970 eran de 66 mil personas adultas mayores y alrededor de un 3,8 por ciento de la población. La cantidad de adultos mayores es distinta a la cantidad de adultas mayores. A mitad del 2008 hay 128.460 hombres de 65 y más años, que representan un 5,6% de la población masculina. Estas mismas cifras para las mujeres son 147.517 y 6,6 % de la población femenina. Como cabría esperar, además, también existe una variación importante según la edad de las personas adultas mayores. Uno de cada tres personas adultas mayores tiene entre 65 y 69 años, mientras que uno de cada cinco tiene 80 años y más.

Las personas adultas mayores: el grupo de edad de mayor crecimiento en el futuro

En los próximos años la población de personas adultas mayores estará entre las poblaciones de mayor crecimiento. Especialmente a partir del 2015, la tasa de crecimiento de la población de 65 años y más será muy elevada, por encima de 4%. Ello equivale a que la población se duplique aproximadamente cada 15 años.

Este aumento se debe a que en los próximos años, y, en especial a partir del 2015, empezarán a cumplir 65 años las generaciones nacidas en la década de 1950, cuando el número de hijos por mujer aumentó considerablemente. Así, por ejemplo, mientras en 2008 hay algo más de 92 mil personas de edades entre 65 y 69 años, se estima que en 2025 habrá casi 225 mil.

De la misma manera como irán aumentando el número de personas que entren a la edad adulta mayor, aumentarán los de edades más avanzadas. El número de personas de 80 y más años se duplicará entre 2008 y 2025 en la población total. Si bien actualmente son solo el 1,4% de la población total del país y en 2025 serán aproximadamente 2,3%, alrededor de 1 de cada cinco personas adultas mayores tiene más de 80 años. Esta población entre este grupo etario es la que requiere mayor atención de servicios formales y redes de apoyo informales (véanse los capítulos 5 y 7), por lo que su aumento numérico tiene consecuencias importantes para el resto de la sociedad. Se trata de las personas que actualmente tienen entre 63 y 78 años y de los cuales ya se conocen algunas características, por ejemplo, cuántos tienen pensión o derecho a pensión. Se sabe que una alta proporción no tiene pensión y no ha cotizado a un sistema de pensiones (véase capítulo 4).

Una población cada vez más longeva

El aumento de las personas de 65 años y más y, en general, de personas

de edad avanzada, ocurre porque la esperanza de vida en el país ha aumentado en las últimas décadas. Mientras que en 1970 una persona que cumplía 65 años podía esperar vivir en promedio algo más de 15 años, actualmente, de acuerdo con las estimaciones para 2007, puede esperar vivir en promedio casi 19 años más después de los 65.

Otra forma de expresar esta mayor longevidad es que en 1970, de cada cien personas que cumplían 65 años, 49 llegarían a cumplir 80 años. Actualmente 68 personas de 100 que cumplan 65 años pueden esperar llegar a los 80.

En virtud de los aumentos en la esperanza de vida ya alcanzados, no se puede esperar que ocurran cambios de la magnitud de los que se dieron en el pasado. Aún así, la disminución en la mortalidad de las personas adultas mayores sigue pesando sobre el aumento de la esperanza de vida. Por otro lado, investigaciones específicas (Rosero, L., 2005) han mostrado que la esperanza de vida de la población costarricense de 80 años es excepcionalmente alta en el caso de los hombres y alta en el caso de las mujeres. Esta esperanza de vida a los 80 años es superior a la de países desarrollados en el caso de los hombres y similar a la de muchos países desarrollados en el caso de las mujeres.

Alta concentración geográfica de la población de personas adultas mayores

La distribución de la población adulta mayor en el país se puede ver de dos formas. Por un lado, la población total de personas adultas mayores se concentra en unos pocos cantones de la región Central. Por otro lado, existen cantones donde la importancia relativa de las personas adultas mayores es más alta que en otros.

Con respecto a la primera, hay más personas adultas mayores en los cantones de San José, Alajuela, Desamparados, y Cartago, de acuerdo con

el Censo de 2000, y según la distribución de la población total de adultos mayores en el país. Allí, se concentra el 25% de la población del país y en tan solo 15 de los 81 cantones se concentra la mitad de la población de personas adultas mayores. Se trata en su mayoría de los cantones principales de las provincias (excepto de Guanacaste) y de cantones de la región Central.

Las personas adultas mayores tienen más peso en la población de los cantones fuera de la Región Central. Varios cantones de Guanacaste, en particular, tienen una proporción de personas adultas mayores por encima del promedio del país.

Si se examina por región, la concentración geográfica es aún más evidente (cuadro 2.1). Más de dos tercios de la población adulta mayor vive en la región Central y aproximadamente la mitad de ésta vive en el área urbana de esta región. La población de personas adultas mayores es eminentemente rural en todas las demás regiones, con excepción del Pacífico Central. Esto es particularmente cierto en las regiones Chorotega, Brunca y Huetar Norte, donde más de dos tercios de la población de adultos mayores están en las zonas rurales.

Distribución geográfica del envejecimiento poblacional

El envejecimiento poblacional depende no solo de la creciente importancia numérica y relativa de la población de personas adultas mayores sino también de la relación con otros grupos de edad. El envejecimiento poblacional ha avanzado de distintos modos en las diversas regiones del país. Si se examina el índice de envejecimiento por región y zona de residencia (cuadro 2.2), se puede ver que hay una diferencia notoria entre el área urbana de la Región Central y el resto del país. En esa región, existen 33 personas adultas mayores por cada 100 menores de 15 años. Por otro lado, la población envejece menos en

las áreas rurales de las regiones (con excepción de las regiones Chorotega y Central), particularmente en la región Huetar Atlántica.

Si bien ese es un indicador útil para observar cómo está cambiando la relación entre los distintos grupos de edad en la población, su interpretación no es igual a la que se hace con respecto a un país. En el caso de distintas regiones geográficas, el índice puede aumentar debido a la migración de personas más jóvenes para educarse o al entrar a la fuerza de trabajo. Por otro lado, se puede generar un índice de envejecimiento menor debido al traslado de las personas de edades avanzadas. Este es probablemente el caso de las diferencias que se observan entre las áreas urbanas y rurales. No obstante, aún teniendo esto en cuenta, las estimaciones muestran que hay un proceso mucho más acelerado de cambio en la estructura por edad de la población en las áreas urbanas que en las rurales.

Cuadro 2.1: Distribución de la población adulta mayor por región

| Región | Porcentaje del total de personas adultas mayores del país que vive en la región | Porcentaje de personas adultas mayores en la población de la región | Porcentaje de personas adultas mayores de la región que viven en la zona urbana |
|------------------|---|---|---|
| Central | 68,1 | 7,1 | 76,5 |
| Chorotega | 8,3 | 7,4 | 37,0 |
| Pacífico central | 4,9 | 6,3 | 61,9 |
| Brunca | 6,7 | 6,0 | 28,4 |
| Huetar atlántica | 7,0 | 4,6 | 43,2 |
| Huetar norte | 5,0 | 6,1 | 23,0 |

Fuente: elaboración propia con base en la encuesta de hogares de propósitos múltiples del INEC, 2007

Cuadro 2.2: Índice de envejecimiento por región según zona (2007)

| | Zona | | |
|------------------|--------|-------|-------------|
| | Urbana | Rural | Total |
| Central | 32,7 | 22,2 | 29,4 |
| Chorotega | 27,1 | 24,2 | 25,2 |
| Pacífico Central | 28,0 | 17,0 | 22,4 |
| Brunca | 24,0 | 18,7 | 19,9 |
| Huetar Atlántica | 19,5 | 11,8 | 14,2 |
| Huetar Norte | 28,4 | 17,0 | 18,7 |

Fuente: elaboración propia con base en la encuesta de hogares de propósitos múltiples del INEC, 2007

Lo anterior no quiere decir, sin embargo, que no esté aumentando el número de personas adultas mayores también en la población rural. De hecho, la proporción de personas de 80 años y más entre la población adulta mayor, muestra que, con excepción de la región Central y de la Huetar Atlántica, esta proporción es mayor en las áreas rurales que en las urbanas (cuadro 2.3).

Arreglos residenciales

En unos 230 mil hogares o un 19% de los hogares del país vive una persona adulta mayor. La composición de estos hogares es diferente a la de los hogares donde no viven adultos mayores. En primer lugar, un 26% de los

hogares con adultos mayores son hogares no familiares, o sea, compuestos por solo una persona o por personas que no son parientes. En el resto de los hogares solo algo menos del 10% es no familiar. Hay una diferencia también porque la mayoría de los hogares en que viven personas adultas mayores están empezando a perder miembros o, bien, solo vive la pareja, ya que los hijos u otros parientes han dejado el hogar, generalmente para formar otro propio. Esta es la situación de casi dos tercios de los hogares donde viven personas adultas mayores, en comparación con solo 22% de los hogares sin personas de este grupo etario (Trejos, 2008).

Del total de personas adultas mayores, aproximadamente un 12% vive en un hogar unipersonal. Esta proporción es mayor entre las mujeres (14%). Del total de personas adultas mayores que viven en hogares unipersonales un 42% son mujeres del área urbana.

Cuadro 2.3: Porcentaje de mayores de 80 años entre la población adulta mayor por región, según zona de residencia

| Región de planificación | Zona | | |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | Urbana | Rural | Total |
| Central | 23,7 | 23,3 | 23,6 |
| Chorotega | 20,8 | 22,1 | 21,6 |
| Pacífico Central | 20,2 | 29,3 | 23,7 |
| Brunca | 20,0 | 28,4 | 26,0 |
| Huetar Atlántica | 22,4 | 19,7 | 20,9 |
| Huetar Norte | 24,5 | 26,2 | 25,8 |
| Total | 23,2 | 24,0 | 23,5 |

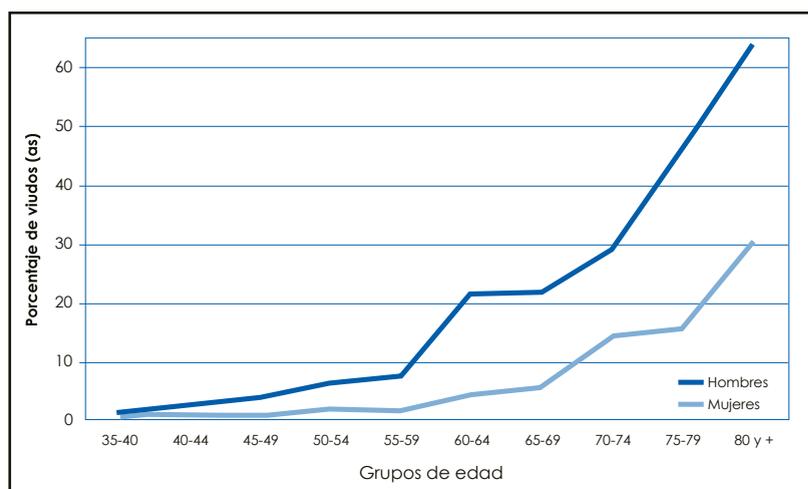
Fuente: elaboración propia con base en la encuesta de hogares de propósitos múltiples del INEC, 2007

La viudez y las diferencias de género

Una diferencia importante entre hombres y mujeres de 65 años y más es el estado conyugal. Dado que las mujeres tienen una esperanza de vida que es cinco años mayor que la de los hombres, la condición de viudez es más frecuente. Una de cada cinco mujeres entre las edades de 65 a 69 es viuda, mientras en los hombres, solo uno de cada veinte se encuentra en esa condición. Después de los 80 años, aproximadamente dos tercios de las mujeres son viudas. Entre los hombres, solo un tercio está viudo después de los 80 años (gráfico 2.1).

Mientras a los 65 años menos de la mitad de las mujeres está casada o unida, más de tres cuartas partes de los hombres lo están. A los 80 años, más de la mitad de los hombres se encuentra viviendo con su cónyuge pero solo una quinta parte de las mujeres se encuentra en la misma condición. En general, para los hombres de todas las edades predomina la condición de casados o unidos. Para las mujeres esto ocurre hasta los 75 años y después predomina la condición de viudas (cuadro 2.4).

Gráfico 2.1: Porcentaje de viudez por sexo según grupos de edad (2007)



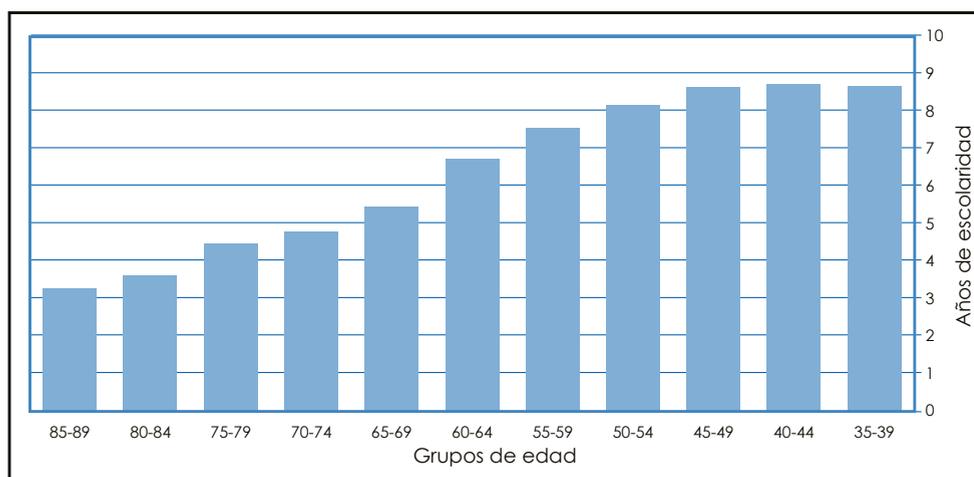
Fuente: elaboración propia con base en la encuesta de hogares de propósitos múltiples del INEC, 2007

Cuadro 2.4: Estado civil de las personas adultas mayores por sexo según grupos de edad

| Edad | Casado o unido | | Divorciado o separado | | Viudo | | Soltero | |
|--------------|----------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| 65 a 69 | 76,9 | 47,1 | 10,8 | 18,0 | 5,1 | 21,4 | 7,2 | 13,5 |
| 70 a 74 | 70,8 | 46,7 | 9,6 | 10,3 | 13,9 | 28,8 | 5,6 | 14,1 |
| 75 a 79 | 69,9 | 35,3 | 9,1 | 6,6 | 15,2 | 45,7 | 5,8 | 12,5 |
| 80 a 84 | 58,4 | 22,9 | 9,3 | 5,6 | 24,4 | 63,6 | 7,9 | 7,8 |
| 85 y más | 46,5 | 11,4 | 6,9 | 6,2 | 37,4 | 63,1 | 9,2 | 19,3 |
| Total | 68,9 | 37,0 | 9,6 | 10,9 | 14,8 | 38,7 | 6,7 | 13,4 |

Fuente: elaboración propia con base en la encuesta de hogares de propósitos múltiples del INEC, 2007

Gráfico 2.2: Años promedio de escolaridad de la población mayor de 35 años por grupos de edad

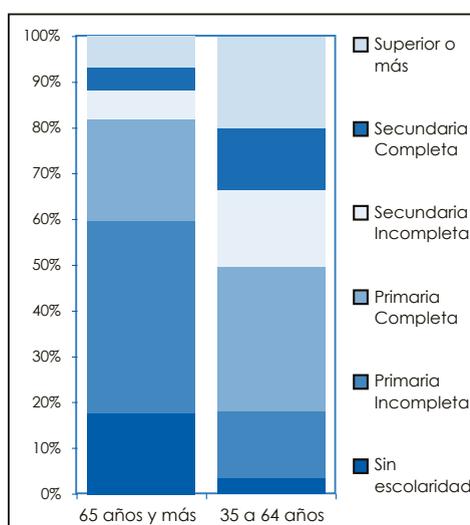


Fuente: elaboración propia con base en la encuesta de hogares de propósitos múltiples del INEC, 2007

Menos oportunidades de educación en el pasado

Las personas adultas mayores tuvieron la oportunidad de educarse hace muchos años; la gran mayoría estuvo en edades escolares antes de 1950 cuando las posibilidades de asistir a la escuela eran diferentes y mucho más limitadas. Por esta razón, la escolaridad de las personas adultas mayores es menor a la del resto de la población. El promedio de los años de escolaridad de los mayores de 65 años es 4,8. Ello quiere decir que muy pocos completaron la educación primaria. El gráfico 2.2 da indicios además de que las posibilidades de educación mejoraron sustancialmente en el país después de que la mayoría de quienes hoy tienen 65 y más años ya no estaban en edades escolares.

Gráfico 2.3: Nivel de educación de las personas adultas mayores y las personas de 35 a 64 años



Fuente: elaboración propia con base en la encuesta de hogares de propósitos múltiples del INEC, 2007

La comparación de las personas adultas mayores con las personas de 35 a 64 años muestra que, para quienes se educaron antes de la década de 1950, cursar algunos años de primaria era el logro educativo más accesible. Muy pocas personas adultas mayores tienen una educación más allá de la primaria. De hecho, un 16% de los hombres y un 20% de las mujeres no asistió a la escuela (gráfico 2.3).

Cuando se examina la distribución de quienes no tienen educación, los logros parecen restringidos al área urbana de la región Central (cuadro 2.5). Esto puede ser producto de dos procesos que ocurrieron años atrás. Por un lado, las posibilidades de educación eran sustancialmente mayores en las áreas urbanas que en las áreas rurales. Por otro lado, es probable que quienes tuvieron mejor educación se trasladaran a las áreas urbanas en el momento de entrar a la fuerza de trabajo.

Fuera de la región central, la diferencia entre área urbana y área rural no es tan grande, probablemente por las mismas razones señaladas antes. En las áreas rurales llama la atención el alto porcentaje de personas adultos mayores sin educación en las regiones Brunca y Huetar Norte.

¿Qué hacen las personas adultas mayores que no trabajan?

Entre quienes declaran no estar trabajando o buscando trabajo hay

personas ocupadas en actividades de autoconsumo o en actividades no remuneradas, los que dejaron de buscar trabajo, los que están dispuestos y quisieran trabajar, y los que están inactivos y no quieren o no pueden trabajar. La gran mayoría de personas adultas mayores que no está en la fuerza de trabajo pertenece a esta última categoría.

Esta distribución cambia a medida que avanza la edad. Entre los hombres de 65 a 74 años del área urbana, un 8% está inactivo pero ocupado en alguna actividad o desearía trabajar. Entre los de 75 y más no disminuyen los que se encuentran dedicados a alguna actividad pero si quienes quisieran trabajar y en consecuencia aumenta la proporción de inactivos no disponibles. Lo mismo ocurre con las mujeres del área urbana (cuadro 2.6).

En el área rural llama la atención que, tanto los hombres como las mujeres, una alta proporción de los inactivos está realizando alguna actividad. En este grupo de personas adultas mayores del área rural, un 42% de los hombres son pensionados por alguno de los regímenes existentes y una proporción parecida no tiene rentas ni pensión. Entre las mujeres más de dos tercios declaran estar ocupadas en oficios domésticos. En los dos últimos grupos que no tienen pensión la incidencia de la pobreza es muy elevada, lo cual puede ser la razón de que, a pesar de no estar formalmente en la fuerza de trabajo, deban mantenerse ocupados en actividades de autoconsumo o no remuneradas.

Cuadro 2.5: Adultos mayores sin educación según región de planificación y zona (2007)

| Región | Urbana | Rural |
|------------------|-------------|-------------|
| Central | 8,8 | 21,4 |
| Chorotega | 17,3 | 32,0 |
| Pacífico Central | 21,0 | 31,1 |
| Brunca | 27,0 | 36,8 |
| Huetar Atlántica | 23,8 | 31,5 |
| Huetar Norte | 31,4 | 42,6 |
| Total | 11,4 | 28,9 |

¿Con cuál ingreso cuentan?

Tal como se describe más adelante en el capítulo sobre seguridad económica, el ingreso de las personas adultas mayores proviene de un ingreso no autónomo, por ejemplo, pensiones no contributivas u otro tipo de transferencia (22,5%), pensiones contributivas (41,5%), ingresos laborales (11,2%) y otros ingresos autónomos (2,7%). Un 22,1% no recibe ingreso.

Fuente: elaboración propia con base en la encuesta de hogares de propósitos múltiples del INEC, 2007

Al igual que ocurre con otras características de este grupo etario, la mayor diferencia se encuentra entre el ingreso promedio de los hombres que viven en el área urbana de la región Central y los que habitan en otras regiones. En todas, los ingresos del área urbana son mayores y más altos los de los hombres que de las mujeres (cuadro 2.7).

En algunas regiones, es mayor la diferencia que existe entre los hombres y las mujeres que entre quienes viven en el área urbana y quienes viven en el área rural. Esto ocurre en las áreas donde los ingresos de las mujeres son particularmente bajos. Si se toma en cuenta que en el cuadro solo se incluyen aquellos que efectivamente reciben algún ingreso, se muestra una desventaja de las mujeres adultas mayores que se encuentran trabajando, tal como se describe más adelante (véase capítulo 5).

Seguro de salud de las personas adultas mayores

Al igual que ocurre con el resto de la población del país, una alta proporción de personas adultas mayores cuenta con seguro de salud. El acceso a servicios resulta importante para la prevención de enfermedades crónicas y, en general, para la atención de la salud de las personas adultas mayores. Tal como se muestra en el capítulo sobre acceso a servicios de salud, hay una alta utilización de estos servicios por parte de la población adulta mayor. Sin embargo, las investigaciones que utilizaron la encuesta CRELES del Centro Centroamericano de Población, han mostrado que la posibilidad de adquirir bienes y servicios de salud en instituciones públicas como la CCSS, disminuye el gasto de bolsillo de los hogares con adultos mayores. Esto mitiga de manera importante las posibles consecuencias de los problemas de salud de las personas adultas mayores sobre el bienestar socioeconómico de los hogares (véase el capítulo 7).

Cuando se examina la ausencia de seguro según la edad, el sexo y

la zona de residencia, esta última resulta más alta entre los hombres menores de 75 años (cuadro 2.8). Los no asegurados se componen de un grupo de altos ingresos y otro de ingresos muy bajo o falta de ellos. Es probable que algunos no tengan seguro por poder costear la atención de salud en forma privada y otros porque la falta de ingreso les impide el acceso.

La ausencia de seguro disminuye marcadamente con la edad, particularmente en el área urbana. En todas las edades el porcentaje de personas adultas mayores sin seguro es más alto en el área rural. Es probable que a medida que avanza la

Cuadro 2.6: Condición de inactividad entre las personas adultas mayores por edad, según sexo y zona de residencia (2007)

| Zona | | | | |
|---------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Edad y condición de inactividad | Urbana | | Rural | |
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| 65 a 74 años | | | | |
| Inactivo ocupado | 3,2 | 3,9 | 24,2 | 18,6 |
| Inactivo desalentado | 2,8 | 1,6 | 0,9 | 2,0 |
| Con deseos de trabajar | 5,3 | 5,1 | 2,4 | 0,0 |
| Inactivo no disponible | 88,7 | 89,5 | 72,5 | 79,5 |
| Inactivos | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 75 y más años | | | | |
| Inactivo ocupado | 4,6 | 2,8 | 16,8 | 13,9 |
| Inactivo desalentado | 1,3 | 0,0 | 0,0 | 0,5 |
| Con deseos de trabajar | 1,5 | 0,3 | 0,5 | 0,3 |
| Inactivo no disponible | 92,7 | 96,9 | 82,7 | 85,2 |
| Inactivos | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta de hogares de propósitos múltiples del INEC, 2007

Cuadro 2.7: Ingreso promedio de los adultos mayores según región de planificación y sexo (2007) (en miles de colones)

| Región | Urbano | | Rural | |
|------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| | Hombre | Mujer | Hombre | Mujer |
| Central | 242,9 | 135,9 | 124,0 | 68,9 |
| Chorotega | 131,2 | 107,3 | 94,8 | 50,6 |
| Pacífico Central | 157,1 | 84,9 | 132,3 | 97,7 |
| Brunca | 193,8 | 60,8 | 102,4 | 56,0 |
| Huetar Atlántica | 122,2 | 85,8 | 99,6 | 70,7 |
| Huetar Norte | 146,2 | 114,5 | 114,9 | 84,7 |
| Total | 221,1 | 126,9 | 112,2 | 69,1 |

Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta de hogares de propósitos múltiples del INEC, 2007

edad y las personas requieran con mayor frecuencia de servicios de salud adquieran alguna condición de aseguramiento en forma propia o por medio de parientes.

Muchas de las personas adultas mayores, en especial las mujeres, tienen derecho al seguro de salud por medio de un familiar. En todas las edades, tanto en el área urbana como rural, un tercio o más de las mujeres tiene seguro por medio de un familiar. Esta condición es significativamente menor entre los hombres (cuadro 2.9).

En general, se pueden ver tres casos distintos al examinar la distribución por edad de quienes tienen acceso al seguro de salud por medio de un familiar. Uno, entre las mujeres tanto del área urbana como del área rural, el aseguramiento por medio de un familiar disminuye con la edad. Es probable que se asocie con la viudez de las mujeres descrita antes. Segundo, entre los hombres del área urbana el porcentaje asegurado por un familiar aumenta con

la edad. Dado que ocurre después de los 75 años y en especial después de los 80, probablemente se asocie con una mayor frecuencia de uso de los servicios de salud que genera el aseguramiento por este medio o la residencia con algún familiar. Y tercero, en el área rural este tipo de seguro disminuye con la edad.

Generaciones más grandes y familias más pequeñas

Una característica del proceso de envejecimiento poblacional es que las generaciones se han hecho cada vez más grandes, pero el número de hijos que tienen las mujeres ha disminuido y, por ende, las familias son más pequeñas.

El Censo del 2000 permite comparar el número de hijos vivos que declararon las mujeres y el número de mujeres. Tal como se muestra (gráfico 2.4), existen dos tendencias contrarias: aumentará el número de mujeres que en los próximos años cumpla 65 años, y disminuirá el número promedio de hijos e hijas de esas mujeres.

Las mujeres de 65 años y más en el 2000 tenían aproximadamente dos hijos más que las mujeres menores de 45 pero mayores de 35. Dado que la fecundidad disminuyó primero en el área urbana que en la rural, actualmente las adultas mayores del área rural tienen más hijos. Esta diferencia disminuirá en los próximos años, lo cual quiere decir que disminuirá la base de las posibles redes de apoyo de las personas adultas mayores. Dada la relevancia de la familia inmediata para las redes de apoyo social, la disminución del tamaño de las familias de las personas adultas mayores es una consecuencia importante del envejecimiento poblacional.

¿Cuántas serán y cómo serán en el futuro las personas adultas mayores?

Todas las personas que cumplan 65 años en los próximos 65 años ya forman parte de la población del país.

Cuadro 2.8: Porcentaje de personas adultas mayores no aseguradas por edad según sexo y zona de residencia (2007)

| Edad | Urbano | | Rural | |
|-------------------|--------|-------|--------|-------|
| | Hombre | Mujer | Hombre | Mujer |
| 65 a 69 | 9,1 | 3,0 | 11,9 | 8,8 |
| 70 a 74 | 5,7 | 2,9 | 8,5 | 5,3 |
| 75 a 79 | 3,3 | 2,3 | 5,7 | 8,0 |
| 80 o más | 2,4 | 5,7 | 4,9 | 4,2 |
| Total de 65 y más | 5,5 | 3,6 | 8,2 | 6,8 |

Fuente: elaboración propia con base en la encuesta de hogares de propósitos múltiples del INEC, 2007

Cuadro 2.9: Porcentaje de personas adultas mayores asegurados por medio de un familiar por edad, según sexo y zona de residencia (2007)

| Edad | Urbana | | Rural | |
|-------------------|--------|-------|--------|-------|
| | Hombre | Mujer | Hombre | Mujer |
| 65 a 69 | 7,0 | 46,3 | 13,4 | 44,2 |
| 70 a 74 | 6,5 | 36,2 | 9,6 | 38,4 |
| 75 a 79 | 10,3 | 37,6 | 8,0 | 35,0 |
| 80 o más | 15,0 | 27,6 | 5,2 | 21,8 |
| Total de 65 y más | 9,2 | 37,4 | 9,5 | 35,7 |

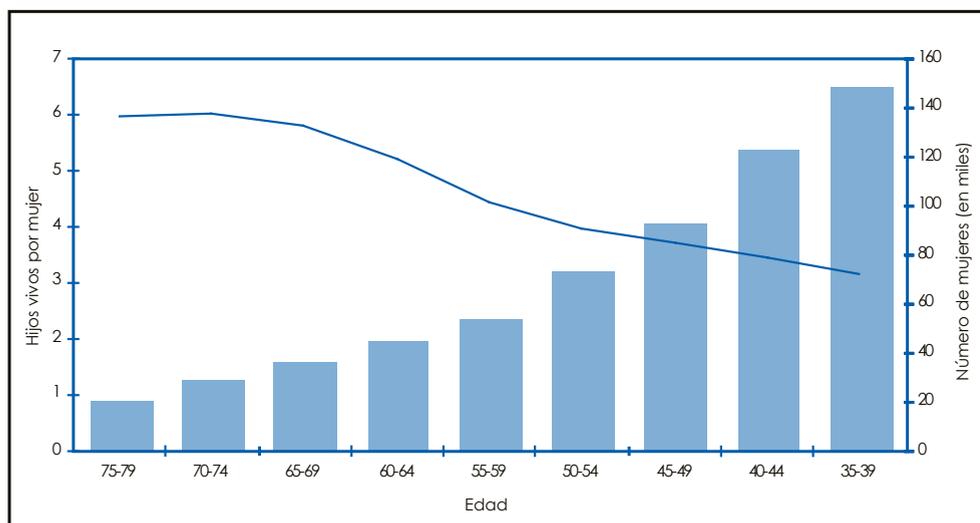
Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta de hogares de propósitos múltiples del INEC, 2007

Evidentemente, las características sociodemográficas de muchas de ellas cambiarán en los próximos años, pero una parte de la población menor de 65 años ya ha vivido un conjunto de experiencias que marcarán las condiciones en que vivirán cuando sean personas adultas mayores. Algunas de estas son la educación, la inserción en la fuerza de trabajo, la tenencia o no de vivienda propia y otras que, si bien aún pueden modificarse, no lo hacen de manera generalizada. Por otro lado, de acuerdo con las condiciones de mortalidad del país, aproximadamente un 92 % de las mujeres y un 88% de los hombres que en el 2007 tenían 45 años llegarán a cumplir 65. En otras palabras, se puede decir que una buena parte de las características que hoy predominan en la población de 45 a 64 años, determinarán las de quienes se convertirán en personas adultas mayores en los próximos 20 años. En primer lugar, de acuerdo con las proyecciones de población vigentes en el país, aumentará el número de personas que cada año cumplan 65 años. En el 2008 fueron alrededor de 20 mil, en el 2015 algo más de 30 mil y en el 2025 serán aproximadamente 50 mil. En otras palabras, si bien puede ser que no podamos prever las

características exactas de la población adulta mayor en el futuro, sí se puede saber cuál será su magnitud. Como se señaló antes, en el 2025 habrá aproximadamente 600 mil personas adultas mayores y en el 2050 serán algo más de un millón 200 mil.

Una de las características predecibles es que cambiará la escolaridad promedio. Actualmente los años de escolaridad promedio de las personas adultas mayores es 4.9 años para los hombres y 4.4 para las mujeres. La escolaridad promedio de la población de 40 a 64 años es de 8.3 años los hombres y 8.1 años las mujeres. Hay otras que pueden cambiar tal como la proporción de los que no cuentan con seguro de salud. Esta es actualmente un 16% entre la población de 40 a 64 años. Hay otras que cambian más lentamente tal como la vinculación de las mujeres con el mercado laboral. Actualmente, solo una de cada tres mujeres de 40 a 64 años es ocupada plena y un 54% se encuentra inactiva. En general, la forma como cambien las condiciones y oportunidades de estas personas es lo que irá en el futuro cercano dando las características de las personas adultas mayores.

Gráfico 2.4: Promedio de hijos vivos por mujer y número de mujeres por edad (2000)



Fuente: elaboración propia con base en el censo de población 2000.



Los siguientes estudios fueron preparados para este capítulo:

- Arodys Robles, Melissa Rodríguez. (2008). ¿Quiénes son y dónde están los adultos mayores?. Borrador preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.
- Trejos Solórzano, Juan Diego. (2008). La pobreza entre los adultos mayores. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.

En el taller sobre este tema participaron:

- Claudia Corrales (Casa Presidencial), Adrián Díaz Aguirre (EDJA-MEP), Zaida Esquivel (AGECO), Xinia Fernández Rojas (UCR), Giselle García (UPA-UCR), Vilma García (CCSS), Wei Wei Lu Chen (CONAPAM), Guido Miranda Gutiérrez (UNED), Cleidy Monge (Ministerio de Salud), Edgar Muñoz Salazar (CONAPAM), Arodys Robles (UCR), Melissa Rodríguez (CCP-UCR), Rodolfo Rojas Ramírez (CONAPAM), Luis Rosero Bixby (CCP-UCR), Adriana Sancho (PIAM-UCR), y Patricia Sedó (UCR)
- Se agradece la colaboración de Evelyn Molina y de Andrea Calderón en la preparación de información.

La edición del capítulo estuvo a cargo de

- Arodys Robles.

CAPÍTULO 3

Aportes desde la cotidianidad

Las personas adultas mayores brindan a la sociedad contribuciones variadas y trascendentales para el desarrollo de los grupos con los cuales interaccionan. Estos aportes son generalmente intercambios entre personas que implican ayuda, afecto y afirmación.

Las diversas contribuciones pueden generar un círculo virtuoso de aporte, reconocimiento social y ocupación productiva del tiempo libre, así como relaciones intergeneracionales positivas y apertura de nuevos espacios para la realización de proyectos de vida que permitan una mayor satisfacción y bienestar personal. Con este panorama se puede contribuir a sobrellevar los cambios drásticos que se presentan en la vejez, sobre todo los relacionados con el sentido de identidad, autonomía y pertenencia, donde se ven interpelados aspectos como la autoimagen, los roles sociales, la disminución de la iniciativa y el comienzo de nuevos proyectos de vida (Laforest, 1991).

En este capítulo se muestra un conjunto de historias de vida de personas adultas mayores en las cuales sobresale una gran capacidad para minimizar los efectos negativos de las situaciones difíciles para maximizar los positivos. Se logra percibir un proceso de envejecimiento colmado de actividad a nivel laboral, creativo y con iniciativas para desarrollar y

concluir proyectos personales y comunales. Se evidencian fortalezas como la seguridad y la confianza en sus propias habilidades, la iniciativa, la capacidad para el trabajo y la vida activa, la generatividad y la integridad en la vejez.

Las personas adultas mayores consultadas en este estudio reconocen la conveniencia de establecer redes de apoyo para que sus aportes a la familia y la comunidad formen parte de un proceso conjunto que reconozca sus talentos personales e involucre activamente a quienes están a su alrededor.

Al analizar la situación de las personas adultas mayores no solo se debe pensar en carencias y necesidades, pues en ciertas dimensiones de la cotidianidad sus contribuciones son necesarias e imprescindibles.

Lo anterior avala la trascendencia y el compromiso de la sociedad de promover espacios para el desarrollo de esas fortalezas de vida que hacen que las personas adultas mayores, aunque a lo largo de su vida se enfrentaron a limitaciones económicas, educativas, familiares o de otra índole, encuentren en sus aportes cotidianos una forma de autorrealización y de satisfacción personal.

Reconocer los aportes de las personas adultas mayores contribuye a superar las visiones estereotipadas

A lo largo de su ciclo de vida las personas desarrollan ciertas fortalezas vitales que les permiten resolver las crisis de una manera positiva (Erikson, 2000), pudiendo llegar a la etapa de la vejez y disfrutarla de manera plena. Se dice que cuando las personas resuelven de manera positiva sus crisis y cuentan con esas fortalezas vitales, logran superar las fuerzas negativas que les impiden desarrollarse de manera integral y aprovechan de forma óptima las oportunidades que se presentan día con día, dando ejemplo con su actitud a quienes les rodean y a las jóvenes generaciones.

Esas fortalezas vitales están relacionadas con la autoestima personal, la cual necesariamente está determinada por la seguridad y la confianza en cada quien y en los demás, lo que a su vez contribuye a la autonomía y la capacidad para decidir sobre su propio destino.

La iniciativa y la industriosisdad, asociadas a la curiosidad, el deseo de innovar, de proyectarse con su trabajo y de crear con sus propias manos, así como la fidelidad y la generatividad, relacionadas con la capacidad de las personas de crear y mantener relaciones interpersonales y afectivas provechosas, son algunas de las fortalezas identificadas en las personas adultas mayores que serán profundizadas en este capítulo.

Al analizar la situación actual de la población adulta mayor en nuestro país, resulta obligatorio hacer una reflexión general acerca de los aportes de las personas adultas mayores, desde su cotidianidad, pues para otras generaciones e incluso para este grupo etario se vive sin detenerse a pensar en que están construyendo historia mediante sus valiosos aportes.

Como las personas adultas mayores son tan diversas, sus aportes también lo son. Algunas se enfocan más en el ámbito público del trabajo comunitario, el

arte y la cultura en general. Otras están más relacionadas con la familia, hijos, hijas, parejas y amistades. Pero, sin duda, muchas de estas personas ocupan su tiempo en labores no remuneradas que contribuyen a la economía y a la sociedad.

Reflexionar sobre la cotidianidad de las personas adultas mayores y su participación activa en la construcción de la sociedad nos acerca a la posibilidad de cambiar la óptica de análisis de su situación en Costa Rica. Es un acercamiento denominado por Núñez (2002) como "inmediatez al mundo cotidiano", que implica preguntarse por la propia existencia, la existencia de otros y las relaciones que se establecen en la interacción diaria.

Así, lejos de pensar en las demandas sociales y económicas que tradicionalmente se asocian a la población adulta mayor, realizamos una lectura distinta de sus aportes cotidianos a la familia y la comunidad. Se trata, entonces, de tomar como ejemplo las historias de vida de algunas personas adultas mayores como fuente de reflexión y de autorreflexión.

El trabajo, la familia, la educación, el descubrimiento de los propios talentos, la alimentación, las maternidades y paternidades, la recreación, la reflexión, el rescate de la historia familiar y comunitaria, la expresión artística, el cuidado de la salud, la formación en valores, son algunas de las situaciones cotidianas en las que la mayoría de las personas adultas mayores juegan un papel protagónico.

Se pretende dar visibilidad a todas aquellas actividades a cargo de las personas adultas mayores que no necesariamente se traducen en términos económicos y que contribuyen en forma notoria en las dinámicas diarias de quienes les rodean: familiares, amistades y demás personas de las comunidades donde viven. De esta manera, el capítulo se centra en una dimensión más simbólica de las relaciones establecidas por las personas adultas mayores.

Recuadro 3.1: Las personas adultas mayores participantes y la metodología empleada

Se contó con la participación de 30 personas con un rango de edad entre los 60 y los 93 años, representantes de comunidades de todas las provincias del país, ubicadas en zonas urbanas y rurales, como San Ramón, Zarcero, Alfaro Ruiz, San Carlos, Paraíso, Turrialba, Santa Cruz, Guaitil, Fátima, Santa Bárbara, Cedar Crik, Guácimo, Puntarenas, Jicaral, Lomas de Ocloro, Barrio Luján, Los Guido, Barrio México, Sabanilla, Puriscal y Ciudad Colón.

La selección de las personas informantes se hizo a conveniencia del estudio. Se tomó como base la información proporcionada por algunas personas líderes de centros universitarios, municipalidades, Iglesia católica y miembros de las comunidades, quienes hicieron las referencias pertinentes con base en su conocimiento de la zona.

Entre las características personales para recomendar a las personas adultas mayores se destacan el trabajo, la proyección social, el liderazgo comunitario, alguna cualidad artística, miembros cabeza de familias conocidas del lugar, entre otros. De acuerdo con las personas referentes, estas características personales son fortalezas que hacen que la persona adulta mayor se destaque en el grupo.

De las 30 personas entrevistadas, 19 aún desempeñan alguna actividad remunerada como la agricultura, la costura, la confección de dulces y cajetas, la venta de comidas, la música, el cuidado de la niñez. Este detalle representa un 63% de las personas adultas mayores participantes.

Algunas de estas personas realizan actividades poco comunes, cuyo trabajo ejecutan de manera altruista y sin fines de lucro. Estas cualidades las han hecho merecedoras de reconocimientos en los ámbitos comunitario, provincial y nacional. Entre estas actividades se destacan la producción de la cerámica chorotega tradicional, la enseñanza y el desarrollo de la música, la medicina tradicional, la pintura con tierra y arena y la restauración de imágenes religiosas.

El estudio que se tomó como base para este capítulo es de tipo transversal con enfoque cualitativo. A cada una de las 30 personas (15 hombres y 15 mujeres) se les realizó una entrevista en profundidad de manera individual. La información se sistematizó y el análisis fue descriptivo, tomando como fundamento teórico los elementos gerontológicos sobre cómo enfrentan las personas el proceso de envejecimiento según Laforest (1991) y la Teoría de Continuidad en la Vida de Erikson (2000).

Los aportes de las personas adultas mayores son diversos y pueden distinguirse en los espacios familiares y comunitarios

Los tipos y las formas de contribución que brindan las personas adultas mayores son muy diversas y posibilitan identificar algunas diferencias según género, escolaridad y condición socioeconómica.

Hemos identificado cuatro conjuntos de aportes de las personas entrevistadas:

Los trabajos no remunerados en el ámbito familiar

Incluyen actividades como el mantenimiento y el embellecimiento de la casa, los oficios domésticos (preparación de alimentos, limpieza de la casa y lavado de la ropa), la realización de trámites fuera del hogar o "hacer los

mandados de la casa", como se dice popularmente, el cuidado regular de nietos, nietas o bisnietos y bisnietas, el resguardo de los bienes de la familia cuando esta no se encuentra presente en la casa, el cuidado de las mascotas y la enseñanza de un oficio a sus descendientes.

Los trabajos no remunerados en el ámbito comunitario

Son labores relacionadas con la participación en el sector político y social en favor del bienestar comunitario; la pertenencia a grupos organizados; el trabajo de voluntariado en la comunidad o instituciones de bienestar social con funciones específicas y responsabilidades; el cuidado de personas enfermas; la realización de talleres para la capacitación de generaciones más jóvenes en artes manuales, dramáticas y musicales. Igualmente el liderazgo y la creación de actividades de superación, de capacitación, y de emprendimiento en

beneficio de grupos del lugar, además de la consejería y la participación en procesos de resolución de conflictos en espacios comunitarios.

Las labores remuneradas

Son actividades que generan ingresos mediante la producción agrícola, la confección de ropa, la venta de comidas y dulces tradicionales; las actividades comerciales en venta de bienes y servicios; el cuidado de la niñez; la venta de obras de arte, bisutería y artesanías; la dirección de grupos musicales y enseñanza privada de la música; la oferta de tratamientos de la medicina tradicional y algunos proyectos productivos.

Puede constatar que por el tipo de actividades y los ingresos que generan las personas adultas mayores se ubican en el sector informal del mercado de trabajo, situación que vulnerabiliza el respeto de sus derechos.

Los aportes en el ámbito cultural y artístico

Las personas adultas mayores son depositarias del saber popular sobre medicina tradicional, comidas regionales, música autóctona y artesanía, y desempeñan papeles como capacitadoras y transmisoras de esas herencias ancestrales.

Las contribuciones descritas anteriormente reflejan una gran riqueza en términos de variedad, aporte y proyección social. Conviene indicar que "la dimensión del aporte" es una construcción a partir de los resultados de las entrevistas en profundidad; y que una misma persona puede brindarlos en una o varias de las dimensiones mencionadas.

Las contribuciones de las personas adultas mayores trascienden el ámbito familiar y constituyen pilares para la vida en comunidad

Las mujeres se han destacado en el ámbito doméstico durante siglos. Las actividades que realizan se suelen asumir como trabajos ordinarios

ejecutados durante sus vidas y, por lo tanto, no son reconocidos ni valorados como aportes, sino como obligaciones. Esta situación se ha visto reflejada en otros estudios con población femenina mayor en el entorno nacional y latinoamericano (Bonilla y Méndez, 1999; Hooyman y Gonyea 1999; Guzmán y otros, 2003).

Sobre este punto una de las entrevistadas mencionó lo siguiente: "desde que tenía diez años hago el oficio en mi casa, me casé y seguí con la cruz... yo eso no lo miro como un aporte, sino como algo que de por sí debo hacer, es una obligación" (doña Nelly, 2007).

En algunos casos, las actividades domésticas generan ingresos económicos a las mujeres mayores con baja escolaridad, los cuales son invertidos en el mantenimiento de la familia, constituyéndose en un aporte imprescindible.

En cuanto a los hombres, estos asumen tareas relacionadas con la atención de la casa, como el mantenimiento o embellecimiento de la infraestructura que se asocian con oficios de carpintería, albañilería, electricidad, pintura y jardinería. Pocos mencionaron contribuir en actividades domésticas como la preparación de la alimentación o la limpieza de la casa, dado que sus cónyuges, hijas o nueras atienden estas necesidades.

Otro tipo de contribuciones dadas por los hombres son la realización de trámites fuera de la casa, tales como "mandados". Además, acompañan a las esposas e hijas cuando salen de la casa. De manera muy ocasional asumen el papel de cuidadores de nietos y nietas o de recoger a las niñas y los niños cuando concluye su jornada escolar.

Entre las contribuciones extraordinarias que aportan las personas adultas mayores que pueden traspasar las fronteras del núcleo familiar, se destacan la realización de actividades en instituciones como hospitales, el trabajo voluntario para cuidar personas

enfermas, la enseñanza a las generaciones más jóvenes sobre los oficios y habilidades artísticas que ejecutan con destreza y la activa participación en la organización comunitaria.

En este grupo generacional, resalta la variable de participación social y proyección comunitaria, que tiene una especial referencia en las mujeres. Siete décadas atrás, o más, las condiciones sociales las limitaban a incorporarse, de manera activa, en otros escenarios que no fueran el doméstico o religioso.

A pesar de lo anterior, de las 15 mujeres entrevistadas, al menos seis de ellas se identificaron con una situación de lucha y validación de sus derechos desde la adolescencia. Estas mujeres entrevistadas pudieron abrirse espacio en condiciones adversas para desarrollarse en ciertos trabajos y, en algunos casos, optar por una mayor escolaridad o un trabajo remunerado.

Desde espacios como la cocina y el taller de artesanía, algunas de estas mujeres han validado sus conocimientos y habilidades heredadas de sus ancestros para dar el salto cualitativo de pasar de un desarrollo limitado en el ámbito familiar, a un escenario comunitario, nacional e incluso internacional.

Las personas adultas mayores que lograron superar barreras e iniciaron sus proyectos, algunas desde la juventud y otras después de los 60 años de vida, han sido objeto de merecidos reconocimientos por su dedicación, superación, espíritu luchador y solidario. Esta condición les ha motivado a seguir adelante en sus afanes, y en la vejez están disfrutando plenamente de sus luchas y recogiendo los frutos de su esfuerzo.

Estos rasgos positivos los conservan en su etapa de ancianidad y les permiten emprender nuevos planes y soñar con otras metas, actitudes fundamentales para

disfrutar a plenitud la vejez (Bonilla y Mata, 1998).

Para los hombres pertenecientes a este grupo etario, la incursión en otras esferas diferentes al mundo doméstico es una situación más común. Mencionaron que desde su juventud se desarrollaron en forma activa en el ámbito del trabajo remunerado, la participación política y social, la agricultura, el trabajo emprendedor para construir casas, carreteras e inclusive pueblos.

Se identificó un gran espíritu aventurero en edades tempranas, en la búsqueda de mejores condiciones de vida y trabajo. Para un participante, esta situación de cambio constante y de gran dedicación al trabajo disminuyó su capacidad de establecer relaciones filiales y afectivas sólidas.

La mayoría de los participantes refieren una baja escolaridad y aclaran que en tiempos pasados se dedicaron, con mayor empeño, a cultivar la tierra y a otros menesteres asociados con la agricultura. Es oportuno mencionar que para la mayoría de los hombres entrevistados, existe una tendencia a valorar el trabajo físico y el aporte económico.

Tanto en hombres como en mujeres, se encontraron contribuciones relacionadas con el cuidado de la casa durante el tiempo que otros miembros de la familia salen a trabajar, estudiar o pasear. Además, asumen el cuidado de mascotas, plantas ornamentales y hasta huertos para el consumo familiar.

Es loable la tarea relacionada con la enseñanza religiosa, los valores, la historia familiar y comunitaria impartida a las jóvenes generaciones. En dos casos se indicó que los aportes dados por las personas adultas mayores son imperceptibles por la familia, dado que desde siempre su trabajo no ha sido considerado como un "aporte", y existe la creencia que es su obligación hacerlo.

Esta es la situación que vive Nelly, quien se autodenomina "una hormiga

Nelly mantiene el hogar con su pensión del Régimen no contributivo de la Caja Costarricense de Seguro Social. Dedicó parte de su tiempo a la búsqueda de ayudas materiales para sus familiares y, cuando no tiene que cuidar a los niños y las niñas de la casa, debe limpiar y planchar en casas vecinas.

Recuadro 3.2: Las luchas de las adultas mayores

Doña Lelia Gamboa, entrevistada, comenta que luchó para optar por la educación secundaria y universitaria en un momento histórico que no privilegiaba la participación de las mujeres en este ámbito. Cuenta que fue muy duro para ella realizar los estudios secundarios, pues eran los hombres los más privilegiados al asistir al Colegio San Luis Gonzaga. Ella obtuvo una beca de la Municipalidad de Paraíso de Cartago para estudiar.

A partir de ese momento se sintió comprometida a retribuir a la sociedad la oportunidad que le había brindado y desde muy joven se dedicó a la educación primaria. Ha dado una gran lucha a favor del progreso de los pueblos de las zonas rurales. Con dedicación y vocación de servicio ha trabajado para obtener mejores oportunidades para las mujeres y la niñez.

Margarita Marchena, Dora Jaén, Bertilia Romero y Hortensia Romero han trabajado muy duro en espacios políticos comunitarios para crear tres cooperativas de mujeres. De esta

forma han logrado incursionar en la cocina tradicional, utilizando cocinas solares y elaborando cerámica chorotega. Fue después de cumplir 50 años de edad que Bertilia y Dora han dedicado su esfuerzo en la constitución de una cooperativa orientada a una actividad poco tradicional, en la que se reconoce la importancia de la conservación de la naturaleza y el aprovechamiento de la energía solar, promoviendo un cambio en la perspectiva de la vida y la forma en que las personas aprovechan la energía de la naturaleza para la atención de sus necesidades cotidianas.

Por otro lado, Edita Marín, después de los 65 años de edad, inició sus estudios secundarios y cumplió su sueño de incursionar en el teatro. Esa fuerza interna, que mantuvo por muchos años, la motivó con un proyecto de vida que la hizo retomar los estudios después de su jubilación, crear un grupo de teatro, escribir cuento y poesía, participar en certámenes nacionales e internacionales y convertirse en una "Abuela cuentacuentos".

zompopa", puesto que su vida ha sido de trabajo y sufrimiento. Con 85 años de edad su vida transcurre sin novedad, sin sueños, con la esperanza de que algún día sus hijos hombres se acuerden de ella y le ayuden económicamente.

En Los Guido de Desamparados, Nelly mantiene el hogar con su humilde pensión del régimen no contributivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, dedica parte de su tiempo a la búsqueda de ayudas materiales para sus familiares y, cuando no tiene que cuidar a los niños y las niñas de la casa, debe limpiar y planchar en casas vecinas.

La actividad permanente, la resiliencia y el establecimiento de redes de apoyo son esenciales para la realización de los proyectos personales y comunitarios

Son varios los elementos que dan sustento a la motivación de las personas para continuar brindando aportes, sean estos de índole económica, afectiva o cognitiva.

Es así que se destacan aspectos fundamentales como la vocación de servicio, el espíritu luchador, el deseo de instruirse, explorar cosas novedosas y la apertura para aprender de los demás. Muchas de las personas entrevistadas sienten la necesidad de emprender nuevos proyectos, lo que necesariamente las conduce a compartir y aportar nuevas ideas: "Desde siempre quise hacer lo que actualmente estoy haciendo. Me imaginé que con la tierra podía hacer lindas creaciones. Admiro la naturaleza y los colores que en la tierra se encuentran. Las vetas de tierra roja, verde, blanca, azulada se combinan y he logrado crear una técnica que sólo yo la hago y mis obras ya son reconocidas" (doña Dubi, 2007).

El liderazgo evidenciado refleja una historia de vida caracterizada por trabajo y solidaridad con un enfoque de respeto a los derechos y de lucha por la dignidad y el progreso. A pesar de las limitaciones materiales y las condiciones de salud y familiares, estas personas reconocen que la vida continúa

y cada día se aprenden cosas interesantes. Lo anterior demuestra una apertura a reflexionar y crecer como personas en medio de condiciones adversas. De igual manera se evidencia la necesidad de proponer proyectos colectivos para progresar en beneficio de las colectividades. En este sentido, la persona siente una fuerza interna que la mueve a colaborar y a trabajar por, con y para otras: "Yo siento que mi trabajo y el deseo de colaborar en la Cooperativa me nace desde muy adentro. Es una fuerza que me impulsa a trabajar y a sacar fuerzas de donde no las hay. Estar activa

me hace sentir bien, me olvido de las enfermedades, me mantengo sana" (doña Margarita, 2007).

La proyección que tienen estas personas en los diferentes escenarios sociales les ha permitido autorreconocer sus habilidades y fortalezas. De la misma forma, la familia ha notado en ellas cualidades dignas de imitar y contribuciones valiosas para el desarrollo del grupo como sistema familiar. Los aportes que puede dar la persona adulta mayor constituyen un ejemplo de desprendimiento; por lo tanto, no se busca retribución alguna: "Yo no quiero irme a la tumba

Recuadro 3.3: Las abuelas y sus aportes a la familia de hoy

Los significados del papel social de las abuelas y los aportes que, en forma directa o indirecta, brindan en el seno familiar fue el objetivo de un estudio de tipo cualitativo a cargo de la Escuela de Nutrición de la UCR en el 2004.

En el estudio participaron 75 abuelas de los cantones de La Unión y Montes de Oca, quienes tenían edades entre los 50 y los 85 años. Ellas pertenecían a familias con más de cinco miembros y de uno a cinco nietos en edades comprendidas entre los 3 y 42 años. La escolaridad de estas mujeres era baja y más del 85% señaló que se dedican a labores domésticas.

La experiencia personal y el rol desempeñado por sus propias abuelas, madres y suegras favorecieron la construcción de un significado diferenciado del papel de la abuela y de la expectativa de la familia sobre su función social. Al respecto, se destaca el esperado apoyo en finanzas del hogar, en las tareas domésticas, la crianza de los miembros más pequeños de la familia, el cuidado de la alimentación y la consejería. Se muestran mayores responsabilidades para las más jóvenes y sin trabajo fuera de la casa.

Aquellas que disfrutaban su papel como abuelas señalaron aspectos como la compañía, el sentirse útiles sirviendo a los más allegados, la ternura, el juego y la seguridad. La llegada de los nietos para muchas de ellas significó la oportunidad para revivir la experiencia de crianza y educación, pero sin la responsabilidad directa de crianza. La expectativa familiar respecto a la abuela se identifica con la

posición de esta de darse a la familia en una dimensión de cuidado y educación.

Los vínculos establecidos tienden a fortalecerse, como manifestación del apoyo solidario de las abuelas en crisis familiares, por lo que la consejería familiar se asume de manera activa por las mujeres mayores, lo mismo que su contribución a la economía familiar ya sea aportando dinero, contribuyendo a cuidar los nietos mientras otros miembros salen de la casa a trabajar, ayudando en las tareas domésticas, educando en valores y religión o acompañando a sus nietos y nietas a la escuela, citas médicas y juegos.

En este sentido, la edad es determinante pues cuanto más joven sea la abuela, más funciones de cuidado y apoyo económico e instrumental se esperan que pueda ofrecer a la familia. Esta situación se revierte conforme la abuela envejece y se recurre a ella más para consejería y compañía.

Los aportes evidenciados en el grupo de estudio están permeados indudablemente no solo por su misión de abuelas, sino también en sus papeles sociales como mujeres. En las relaciones intergeneracionales se presentan también contraposiciones respecto a los patrones de crianza y las formas de resolución de los conflictos familiares. Además, se evidenció insatisfacción en las mujeres mayores, cuando, por su condición de abuelas, se les obliga a contribuir en la familia, lo cual las priva de su libertad para decidir si desean o no compartir su dinero y su trabajo en un contexto en el que sus aportes no son valorados y, por el contrario, se truncan sueños y proyectos de vida por dedicarse a otros.

"Yo siento que mi trabajo y el deseo de colaborar en la Cooperativa me nace desde muy adentro. Es una fuerza que me impulsa a trabajar y a sacar fuerzas de donde no las hay. Estar activa me hace sentir bien, me olvido de las enfermedades, me mantengo sana" (doña Margarita, 2007).

y llevarme lo poco que yo sé, porque yo he tenido la facilidad de descubrir muchas cosas, y para que esto siga en las generaciones. Eso fue lo que me llevó a hacer la cooperativa, y a enseñarle a todo el pueblo" (doña Hortensia, 2007).

Lo anterior concuerda con la teoría que trata de dar una explicación al sentido de vida en los seres humanos. De acuerdo con Frankl (1994), el sentido de vida es la intencionalidad que las personas tienen que las hace mirar de una manera positiva hacia el futuro, cuyo impulso vital las mueve hacia la consecución de nuevos propósitos.

De acuerdo con Bonilla y Méndez (2001), la búsqueda del sentido de la vida tiene fundamentos emocionales y motivacionales que se expresan en espiritualidad, y ésta nutre la experiencia de conexión e integración, de unidad y trascendencia de lo cotidiano y ordinario a lo extraordinario.

La mayoría menciona una energía vital que les sale desde lo más adentro de sus entrañas, que las mueve a seguir adelante y a emprender nuevas cosas. Mediante el trabajo y las contribuciones que se brindan, logran una ocupación productiva del tiempo libre: "Yo me siento dueña y señora de mis cuentos, pero la poesía es mi fuerte. Actuar frente al público también se me hace fácil porque estuve en clases de teatro por varios años" (doña Edita, 2007).

Con una mirada sobre lo que se desea hacer, estas personas pudieron superar las barreras físicas e intangibles y avanzar con pasos firmes en propósitos individuales y colectivos. Superaron la visión de que la economía es la determinante de la felicidad, y que las contribuciones se centralizan únicamente en la fuerza física, que va disminuyendo, conforme aumenta la edad. Al respecto, se podría decir que estas personas lograron descubrir lo que Frankl (1994) denomina como la capacidad para descubrir lo esencial, sus propios intereses y valores, con un resultado positivo de sentimiento de bienestar.

Sin embargo, cuando las personas adultas mayores sienten que, a pesar de sus valiosos aportes, carecen de la libertad para decidir sobre su propio destino y el establecimiento de nuevas metas, les sobreviene la pérdida del interés por innovar, el aislamiento y la frustración paralizante, situación evidenciada en dos personas entrevistadas, pero que podrían ser las circunstancias de otras adultas mayores.

Cuando la persona no tiene opción para decidir si brinda algún tipo de contribución y se ve en la obligación de hacerlo, los sentimientos manifestados son de tristeza y de frustración: "Si no trabajo, mi familia se muere de hambre (...) Si no cuido a mis nietos, no entra dinero a la casa (...) Tengo que colaborar en algo y no ser una carga para la familia (...) La pensión es mía, pero debo dársela a ellas para que compren lo necesario para la casa" (doña Nelly, 2007).

Los rasgos identificados como altruistas, líderes, vocación de servicio y desprendimiento también han sido citados en otros estudios nacionales con población mayor; tal es el caso de Bonilla y Méndez (2001) y Bonilla y Rapso (1997).

Para continuar con propósitos de vida, las personas conforme envejecen deben redescubrir sus esperanzas y fortalezas, buscar nuevas aspiraciones y continuar soñando sin dejar que la fuerza interna se extinga. Asimismo, deben tener la convicción y el apoyo necesario para identificar que, lejos de hacer una sobrevaloración del apoyo basado en recursos económicos o fuerza física, cuando éstos se ven disminuidos, cobran fuerza los apoyos que las personas adultas mayores pueden ofrecer en las dimensiones cognitiva y afectiva.

Lo anterior implica necesariamente un replanteamiento constante de los intereses y motivaciones, ya que éstos pueden cambiar conforme avanzan los años. Ese cambio también conlleva la transformación en los tipos y las formas

"...yo he tenido la facilidad de descubrir muchas cosas, y para que esto siga en las generaciones. Eso fue lo que me llevó a hacer la cooperativa, y a enseñarle a todo el pueblo" (doña Hortensia, 2007).

en que las personas adultas mayores brindan sus colaboraciones en el mundo cotidiano.

Iniciativa, industriosidad, generatividad e integridad: las fortalezas de las personas adultas mayores

En el marco de análisis de las contribuciones que las personas adultas mayores hacen a la sociedad, vale la pena destacar las fortalezas identificadas en muchas de las personas participantes que, independientemente de las contribuciones aportadas y la condición de reciprocidad al brindar y recibir apoyo en su familia o comunidad, han podido llegar a una edad avanzada con una buena calidad de vida, un gran sentido de identidad, pertenencia y proyección social.

Tomando como referencia las fortalezas vitales propuestas por Erikson (2000), definitivamente en las personas adultas mayores participantes en el estudio se identifican varios elementos que han determinado en gran medida la manifestación de aspectos tan básicos como la confianza y seguridad en sí mismas, la iniciativa, la industriosidad o capacidad para el trabajo y mantener una vida activa, la fidelidad, la generatividad y la integridad en la vejez.

Estas fortalezas vitales se reflejan en las diversas formas mediante las cuales se manifiestan y aportan las personas adultas mayores en la cotidianidad. Desde aportes como el tiempo para escuchar y dar un consejo, hasta la dedicación y el trabajo que demanda la organización comunitaria y la integración de una cooperativa en beneficio de un grupo vulnerabilizado.

No resulta azarosa esta condición positiva de disponer de ciertas fortalezas que conducen a las personas adultas mayores a disfrutar del bienestar, derivado en gran parte de su satisfacción al brindar contribuciones en variadas dimensiones del quehacer humano. Al respecto se pudo identificar algunas situaciones que podrían haber influido directa o indirectamente en este estado, entre ellas:

- Una historia de vida que refleja el desarrollo personal con esfuerzo y aprovechamiento de las oportunidades en el momento oportuno para cumplir con propósitos claramente definidos.
- La capacidad para minimizar los efectos negativos de las situaciones difíciles y para maximizar los positivos (resiliencia).
- La capacidad para reconocer los propios talentos y la motivación para plantearse metas en su mundo cotidiano.
- La creatividad, iniciativa y autonomía para el desarrollo de proyectos personales y comunales.
- La solidaridad y un gran sentido de compromiso social.
- El reconocer la necesidad de buscar a los otros y de trabajar por el bienestar común.
- La búsqueda permanente de actividades para evitar el estancamiento existencial.
- La búsqueda permanente de enriquecer su espiritualidad.

Dicha afirmación se complementa con ciertas características familiares, comunitarias e históricas que contribuyen a que las personas adultas mayores se desenvuelvan. Son ejemplos, el respeto a la autonomía, la creación de espacios para el desarrollo de nuevas actividades, el ejercicio de tareas en que se brindan significativos aportes, el establecimiento de vínculos socioafectivos y de acompañamiento, la promoción de estilos de vida saludables y de preparación para el disfrute de una vejez con calidad de vida, todo lo cual contribuye a la valoración integral de los aportes que emanan de esta población.

Podría decirse que en estas historias de vida sobresalen al menos tres elementos en común:

"Yo me siento dueña y señora de mis cuentos, pero la poesía es mi fuerte" (doña Edita, 2007).

- el trabajo y la actividad permanente a lo largo del ciclo de vida,
- la resiliencia
- el establecimiento de redes de apoyo para la realización de los proyectos personales y comunitarios.

Para las personas participantes, el trabajo es visualizado como uno de los aspectos fundamentales para lograr una vejez exitosa y activa. De esta manera, el trabajo además de haberles propiciado sobrevivir, favoreció el desarrollo y el reconocimiento de sus talentos y capacidades.

Esta concepción de trabajo como actividad productiva, en términos económicos y como un medio de realización, le permite a la persona crear, tal y como lo afirman Bonilla y Mata (1998), nos brinda la posibilidad de promover estilos de vida activos que orienten a la población en general a comprender el envejecimiento como un proceso que no se inicia a los 60 ó 65 años de edad, sino que forma parte del ciclo vital de todas las personas.

Las personas entrevistadas han llegado activas al momento vital específico de la vejez desarrollando actividades relacionadas con el trabajo, el ejercicio físico, la participación en grupos o asociaciones comunales; algunos otros en una relación permanente con la música, la pintura o la escritura.

Estas actividades de "preparación" son columnas medulares para que las personas adultas mayores lleguen a fijarse objetivos a mediano y largo plazo, y a tener motivaciones y sueños por los cuales continuar luchando, a pesar de las dificultades que puedan presentarse. Este sentido de vida es trascendental para que tengan la posibilidad de definir lo que es relevante para sus vidas; es más, "las personas con claridad de sentido pueden evaluar más objetivamente los resultados de sus vidas" (Bonilla y Rapso, 1997).

Es oportuno mencionar que las condiciones de vida de las personas entrevistadas no pueden generalizarse al resto de población adulta mayor del

país, pues hay que reconocer que para un amplio sector de este grupo etario las condiciones laborales, familiares y comunitarias no han contribuido a un proceso de envejecimiento saludable o activo, sino que han acelerado el deterioro de su salud física y emocional.

De esta manera, aquellas personas que se "...sienten desamparadas, sin afecto, a quienes el medio les ha obstaculizado el desempeño de sus destrezas y energías, el logro de metas, de una ocupación estable, o que enfrentan crisis inesperadas como la muerte de familiares o la destrucción de su casa por eventos naturales, muestran fatiga, ansiedad, depresión y terminan por enfermarse..." (Bonilla y Mata, 1998: 93).

Obsérvese que no siempre se limitan sus posibilidades de aportar a las familias, pero sí se dificulta el disfrute de las labores cotidianas y el establecimiento de vínculos con otras personas de la comunidad. Es conocido, por ejemplo, que muchas mujeres mayores, a pesar de sentir cansancio o estar deprimidas, continúan haciéndose cargo de las labores del hogar, el cuidado de los nietos y las nietas, así como de otros miembros de la familia. En este sentido, la situación de las mujeres debe analizarse con especial atención, sobre todo en el momento actual, pues recae sobre ellas el cuidado de tres generaciones: a sus padres octogenarios y nonagenarios, a sus hijos e hijas que cada día salen a mayor edad del hogar, y a sus nietos y nietas.

En cuanto a la resiliencia, entendida como la capacidad que tienen las personas para minimizar los efectos negativos de las situaciones difíciles que enfrentan cotidianamente y para maximizar los aspectos positivos, las personas mayores entrevistadas comentaron haber atravesado situaciones muy difíciles por lo que tuvieron que tomar decisiones cruciales para continuar con las metas planteadas.

En ocasiones la pérdida de seres queridos, las enfermedades, las dificultades económicas de la familiares, o los mitos y estereotipos sobre la vejez y los "viejos", son elementos que

"La pensión es mía, pero debo dársela a ellas para que compren lo necesario para la casa" (doña Nelly, 2007).

han afectado a las personas adultas mayores participantes; sin embargo, mediante la determinación, la espiritualidad, el apoyo y el optimismo, han podido enfrentarse a las situaciones más difíciles para superarlas y reflexionar sobre las lecciones aprendidas.

Esta capacidad también debe ser fomentada en las personas desde edades tempranas del ciclo de vida, pues conforme se avanza en la edad es más notoria y valiosa la capacidad que se tenga para mantener la integridad ante las adversidades y problemas enfrentados y la flexibilidad para continuar construyendo a partir de las vivencias.

Como lo mencionan Bonilla y Mata "las personas necesitan ser autónomas para experimentar alegría y satisfacción con su propia vida; pero llevar esto a la acción requiere gran habilidad para enfrentarse a las dificultades del vivir como si fueran retos, no como amenazas. Es tratar de resolver obstáculos lo que hará sentir gozo, capacidad, equilibrio, confianza, orgullo interior y plenitud" (Bonilla y Mata, 1998:95).

Las personas adultas mayores entrevistadas para alcanzar muchas de las metas que se han propuesto a lo largo de sus vidas han establecido redes de apoyo que reflejan la permanente necesidad de mantenerse en actividad para lograr un trabajo en conjunto solidario, con compromiso social por el bienestar común.

Había una vez...La historia de Edita Marín, una abuela cuentacuentos

La historia de Edita Marín Rodríguez se inicia hace más de setenta años en su tierra natal, Palmichal de Acosta. Sus diferentes facetas como mujer, abuela, líder comunitaria, actriz de teatro, poetisa y cuentista son enriquecidas con la sencillez, el positivismo y una energía extraordinaria que hacen que disfrute calidad de vida, la cual reconoce como *una bendición de Dios*.

Muy joven se casó, razón por la cual dejó su pueblo natal para residir en Lomas de Ocloro,

comunidad donde vive desde hace más de cincuenta años, y por la cual siente un cariño especial y es muy respetada. Refiere que uno de los talentos que más disfruta en la actualidad es su realización artística como poetisa y cuentacuentos. Cuando estaba en la escuela, aprovechaba los momentos de soledad para escribir poesía y desde muy niña lograba plasmar sus sentimientos más profundos en líneas de escritura, las cuales conserva como un tesoro. *Hay que dejar que el pájaro prisionero en nuestro cuerpo pueda volar libremente*, dice, al recordar que fue a sus nueve años cuando escribió el primer poema.

Su vida laboral transcurrió en el Registro Nacional. A sus cuatro décadas de vida logró terminar los estudios secundarios y, una vez jubilada, decidió estudiar teatro en la Compañía Nacional de Teatro, una pasión descubierta desde etapas muy tempranas de su vida. Sus conocimientos teatrales los ha enriquecido con estudios literarios en la Universidad de Costa Rica y la Universidad Nacional.

En la actualidad es escritora y ha dirigido numerosas obras teatrales, muchas de ellas con influencia bíblica. Más recientemente, a los 69 años de edad, descubrió su habilidad como cuentacuentos con especialidad en población adulta, talento que comparte en un grupo denominado *-Había una vez-* integrado por ella y otras dos personas, quienes escriben y declaman cuentos a grandes y chicos por todo el territorio nacional.

En primera instancia, se inspiró en las leyendas populares de su pueblo natal, entre las que se destacan *El salvaje*, *La llorona*, *Los quejidos de los difuntos*, *La Segua* y otros, e integrando además sus propias vivencias y las historias de otras personas, con una gran facilidad para crear leyendas encantadoras.

A pesar de que no ha logrado publicar ninguna obra poética o teatral, Edita Marín ha sido merecedora de varios reconocimientos por su trabajo, entre ellos el premio como escritora centroamericana, el tercer lugar en poesía en el V Congreso Literario organizado por la Asociación Gerontológica Costarricense en 1996 y otros. Su primer cuento, "El reloj de linterna de mi abuelo Simón", la hizo merecedora de un premio nacional en este género literario.

Además, resalta su liderazgo comunitario y mediación como jueza de paz y orientadora familiar en su comunidad de Lomas de Ocloro. Numerosos vecinos visitan su casa en la

búsqueda de un consejo o una conciliación. Forma parte de una red comunal de la Parroquia de la Santa Cruz, Barrio La Cruz, donde se promueve la organización comunitaria y la integración familiar, con la intención de reducir el daño ocasionado por las drogas y el sufrimiento social.

La propuesta de trabajo se basa en fomentar y/o reforzar en las familias la costumbre de que, al menos una vez a la semana, se reúnan todos sus miembros para compartir en familia una comida. De esta forma se promueve la creación de espacios para la comunicación, el diálogo y la posibilidad de compartir problemas, sueños y esperanzas. El objetivo es que esta práctica de degustar una comida, tan común en antaño cuando las familias se reunían en la mesa para compartir los alimentos y dejado en la actualidad por diversas razones, se vuelva a convertir en un hábito que pueda disfrutarse colectivamente y se vuelva imprescindible en el seno familiar.

Su interés por la comunidad y la búsqueda de resolución de sus problemas hizo que fuera seleccionada entre las primeras 25 líderes comunitarias en el ámbito nacional, motivo por el cual realizó un viaje a la Universidad de Oregon, Estados Unidos.

A continuación se presenta uno de sus poemas, seleccionado por ella como muestra de su pasión en la escritura.

Desubicada

Después de verlo a él
salí sudando y muy desorientada
No había norte ni sur, este ni oeste.
Entre la tierra y el cielo suspendida
el misterioso espacio en que existe todo
sin que exista nada. En que todo lo lleva
la persona amada y todo lo demás
es simplemente nada. Es la azul dimensión
mágica y pura de estar enamorada.

Edita Marín Rodríguez
15 de diciembre, 2006

Se requiere de información, sensibilización y estrategias concretas para derribar los mitos existentes alrededor de la vejez

Si el envejecimiento se produce en el marco de acciones específicas que promuevan el respeto a los derechos



Yo nací con la poesía...

de las personas adultas, y que garanticen la protección, la atención integral, la educación, la actividad y la vida digna para este grupo de la población, la vejez podría entenderse como un momento de plena creatividad y participación.

No obstante, el imaginario social predominante sobre la vejez en las sociedades occidentales, se relaciona con el deterioro, la enfermedad, la dependencia, la carga y la ruptura de vínculos sociales. Esta construcción social de la vejez la concibe como una etapa eminentemente de pérdidas de la autonomía, de las capacidades físicas y cognitivas, de las habilidades, de la salud, de la belleza, del poder y de la vida misma.

En una sociedad como la costarricense, en la cual predomina el culto a la juventud, la productividad, el dinero, la tecnología, la belleza física y la competitividad se producen y reproducen mitos y estereotipos sobre el envejecimiento (y sobre quienes envejecen), que influyen en la dinámica social y el lugar que se otorga a la persona adulta mayor, un lugar de espera, de incertidumbre y de exclusión. Todo esto en una dinámica dialéctica, pues aunque estas ideas estereotipadas no siempre tienen su base sobre situaciones reales, se reproducen para mantener, a

lo largo del tiempo, algunas actitudes o formas de pensar sobre las personas adultas mayores que ellas mismas llegan a creer e interiorizar.

Ideas erróneas como que todas las personas mayores son iguales, que los hombres y mujeres envejecen de la misma forma, que son frágiles, y que no tienen nada para aportar, están profundamente arraigadas en el imaginario que se crea de las personas adultas mayores.

Sin embargo, se debe reconocer la diversidad de condiciones y situaciones que median en la forma en que envejecemos todas las personas, tales como el género, la escolaridad, la condición socioeconómica, la zona geográfica, la situación particular de salud y el estilo de vida, los cuales son factores acumulativos que influyen en cómo se llega a este momento del ciclo de vida.

Estas consideraciones son necesarias si se quiere propiciar el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas adultas mayores, pues el respeto, el reconocimiento de sus necesidades específicas y sus aportes fundamentales son piezas claves para construir un entorno más hospitalario, solidario y armonioso.

Los hallazgos demuestran que existen rasgos personales y condiciones familiares y sociales que hacen que las personas adultas mayores se desenvuelvan satisfactoriamente y se les reconozca su trabajo y sus contribuciones. A su vez, sus luchas cotidianas puedan ser el medio para sentirse útiles y una forma de cumplir con sus aspiraciones.

Obviamente, en estas personas está presente una historia de vida que ha contribuido de manera significativa a lograr esa integración en la vejez. Implica que la sociedad, como tal, está comprometida a facilitar las condiciones para que, desde etapas tempranas de la vida, las personas desarrollen ciertas fortalezas que les permitan tener una actitud más positiva ante la vida, identificar y aprovechar las oportunidades y sentir la fuerza interna que las movilice a trazarse nuevas metas.

Resulta claro que la situación no queda en lo personal, sino que las condiciones del medio que rodea a las personas pueden facilitar u obstaculizar el proceso de preparación para disfrutar de una vejez con calidad.

En este sentido vale la pena preguntarse de qué manera las políticas, los programas y los proyectos dirigidos a la población adulta mayor están considerando o considerarían el desarrollo de mejores condiciones para que la experiencia de envejecer sea positiva y satisfactoria.

Se requiere romper con los mitos que dibujan el proceso de envejecimiento como uno de decadencia y de pérdidas. Debe fomentarse la capacidad de transformar esta visión distorsionada de limitación, ensalce de la juventud y sobrevaloración de la fuerza y belleza física, a otro con cara más humana para que se reconozca que todos somos necesarios en la sociedad y que las contribuciones -materiales o no- son valiosas.

Cuando la fuerza física, la capacidad para trabajar y los aportes en la dimensión económica declinan, la sociedad debe estar clara y comprometida para crear los espacios y las oportunidades requeridas, de tal forma que sus contribuciones cotidianas, basadas en la sabiduría que dan los años, sean los pilares para el acercamiento intergeneracional y el mantenimiento de un espíritu soñador, reconocido y anhelado por quienes rodean a las personas adultas mayores.

Dulce trabajo: Don Evelio y la tradición de los trapiches

Transformar el caldo de caña de azúcar en atados de dulce, sobados y chicharrón o punto (miel chicholosa), es la tarea que Evelio Arias Vargas realiza todos los días miércoles y jueves en su tradicional trapiche, en su pueblo natal, La Paz de San Ramón.

Sus papás llegaron a esas tierras en el siglo pasado, y allí nacieron él y sus cinco hermanos. Toda la familia se dedica a la producción de dulce en trapiches de la zona.

En sus conversaciones amenas describe vivencias de su infancia, juventud y adultez mayor. Refiere que desde muy pequeño tuvo que trabajar, sin tener la posibilidad de asistir a la escuela y recuerda que su Primera Comunión la hizo con Monseñor Solís.

Muy joven se casó y con orgullo enseña su finca y la casa, un tesoro de su familia y ambos considerados como regalos de Dios. A sus 19 años de edad tuvo la oportunidad de calzar el primer par de zapatos, con motivo de asistir a una fiesta en Santa Cecilia de San Ramón.

De su papá aprendió las labores del trapiche y desde que tenía seis años de edad se dedica a este oficio; sin embargo no fue sino hasta hace 16 años cuando logró instalar su propio trapiche y crear una microempresa familiar.

Menciona que antiguamente en la zona había más de 50 trapiches, pero en la actualidad funcionan únicamente tres, siendo su trapiche uno de los más visitados.

Evelio es un autodidacta por vocación e indica que aprendió a leer y escribir por su propio interés y necesidad. Le encanta compartir con otros los conocimientos que ha adquirido durante todos estos años sobre su dulce trabajo, donde las abejas son las fieles compañeras de la tarea. Al respecto menciona: "A mí me alegra que me visiten y las personas conozcan un poquito sobre mi oficio de toda una vida (...) el trabajo hay que disfrutarlo y compartirlo".

Su oficio lo enseñó con cariño y esmero a sus hijos, quienes en la actualidad están al frente de la microempresa. Todas las semanas muelen 16 toneladas de caña de azúcar, de las cuales obtienen cerca de 120 atados de dulce; es decir unas 240 tapas. El dulce lo venden por encargo y además elaboran sobados, una especie de melcocha de dulce que contiene queso molido y maní.

A sus 82 años, Evelio es un microempresario orgulloso de sus raíces, de su dulce trabajo y del legado que ha dado a su numerosa familia integrada por su esposa, 11 hijos y 49 nietos, nietas, bisnietos y bisnietas.

Su delicada salud le impide en la actualidad trabajar en el trapiche como él quisiera, por lo que sus hijos han asumido con mayor responsabilidad el cuidado del cañal y la elaboración del dulce; sin embargo, siempre está pendiente del trabajo, ayuda a empacar el producto y se dedica a atender la clientela,



nacionales y extranjeros, personas que frecuentemente llegan a su trapiche a degustar de un rico sobado, un pedacito de dulce o un chicharrón de dulce.

Sus anécdotas cautivan a quienes tienen la oportunidad de llegar al trapiche. El dulce aroma los atrae... dice Evelio. Además, los visitantes tienen la oportunidad de tomarse un delicioso cafecito y un tamal asado en la soda administrada por la familia.

Su trabajo, disposición para compartir con las personas y anuencia para recibir a quien quiera aprender un poco más sobre la actividad del trapiche, ha hecho que sea ampliamente reconocido tanto en su comunidad como en el resto de San Ramón y más allá.

El trabajo es para disfrutarlo y compartirlo.

Foto: Mario Meneses, NIDES-FM, 2007.



Personas adultas mayores participantes

- Antonio Peñaranda: Hogar para personas adultas mayores San Buenaventura de Turrialba, Cartago. Comunicación personal. Agosto, 2007.
- Antonio Sandoval. Centro Diurno de Puntarenas. Comunicación personal. Setiembre, 2007.
- Benjamín Blanco: Hogar para personas adultas mayores San Buenaventura de Turrialba, Cartago. Comunicación personal. Agosto, 2007.
- Dora Jaén. Cooperativa Sol Verde. Santa Bárbara de Santa Cruz, Guanacaste. Comunicación personal. Setiembre, 2007.
- Dubi Carranza: Guácimo, Limón. Comunicación personal. Agosto, 2007.
- Bertila Romero. Cooperativa Sol Verde. Santa Bárbara de Santa Cruz, Guanacaste. Comunicación personal. Setiembre, 2007.
- Edita Marín: Lomas de Ocloro, San José. Comunicación personal. Agosto, 2007.
- Emilce Masís: Puriscal, San José. Comunicación personal. Julio, 2007.
- Evelio Arias: San Ramón, Alajuela. Comunicación personal. Setiembre, 2007.
- Gladys Medina. Barrio Luján. San José. Comunicación personal. Agosto, 2007.
- Hortensia Briceño: Guaitil de Santa Cruz, frente a la plaza de deportes de la comunidad. Guanacaste. Comunicación personal. Setiembre, 2007.
- Jimmy Pizarro: Mercado Central de Puntarenas. Comunicación personal. Setiembre, 2007.
- José María Solís: Sabanilla, San José. Comunicación personal. Agosto, 2007.
- Lelia Gamboa: Paraíso, Cartago. Comunicación personal. Agosto, 2007.
- Lilly Moreira: Puntarenas. Comunicación personal. Setiembre, 2007.
- Margarita Marchena: Cooperativa Coopetortilla: Cocina Típica. Santa Cruz, Guanacaste. Comunicación personal. Setiembre, 2007.
- Miguel Umaña: Puriscal, San José. Comunicación personal. Julio, 2007.
- Norman Henry: Guácimo, Limón. Comunicación personal. Agosto, 2007.
- Olga Hernández: San José. Comunicación personal. Octubre, 2007.
- Renán De Lemos: Barrio Luján. San José. Comunicación personal. Agosto, 2007.
- Virginia Arias: Ciudad Colón, San José. Comunicación personal. Setiembre, 2007.
- Juan Cerdas: Cedar Crick, Limón. Agosto, 2007.
- Ramona Nuñez: Cedar Crick, Limón. Agosto, 2007.
- Nelly: Los Guido, San José. Diciembre, 2007.

Fuente: Sedó y Masís, 2007. *Aportes de las personas adultas mayores desde la cotidianidad.*

Los siguientes estudios fueron preparados para este capítulo:

- Sedó, Patricia y Masís Fernández, Karen. (2008). Aportes de las personas adultas mayores desde su cotidianidad. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.

En el taller sobre este tema participaron:

- Claudia Corrales (Casa Presidencial), Adrián Díaz Aguirre (EDJA-MEP), Zaida Esquivel (AGECO), Xinia Fernández Rojas (UCR), Giselle García (UPA-UCR), Vilma García (CCSS), Wei Wei Lu Chen (CONAPAM), Guido Miranda Gutiérrez (UNED), Cleidy Monge (Ministerio de Salud), Edgar Muñoz Salazar (CONAPAM), Arodys Robles (UCR), Melissa Rodríguez (CCP-UCR), Rodolfo Rojas Ramírez (CONAPAM), Luis Rosero Bixby (CCP-UCR), Adriana Sancho (PIAM-UCR), y Patricia Sedó (UCR).

El recuadro 3.3: Las abuelas y sus aportes a la familia de hoy, fue preparado por

- Patricia Sedó Masís (UCR).

Se agradecen los comentarios de

- Erick Hess Araya (MIVAH), Mabell Granados, Cleidy Monge, Fernando Morales y Marisol Rapso.

Se agradece la colaboración de

- Universidad de Costa Rica (Escuela de Nutrición, Recinto Universitario de Paraíso, Recinto Universitario de Santa Cruz, Sede de Occidente, NIDES-Facultad de Medicina, Programa Integral de la Persona Adulta Mayor y la Sección de Transportes), Hogar para personas adultas mayores San Buenaventura de Turrialba, Centro Diurno de Puntarenas y Parroquia de Barrio La Cruz.
- Las personas adultas mayores participantes en este trabajo, por su confianza y hospitalidad, así como por el optimismo, la esperanza y las ganas de seguir adelante que dejaron ver en sus historias de vida.
- Laura Solano Areas, en el proceso de ordenamiento de la información y apoyo en digitalización.
- María Traña Zeledón en la preparación de documentos preliminares.

La edición del capítulo estuvo a cargo de

- Karen Masís Fernández y Arodys Robles.



CAPÍTULO 4

Seguridad económica

Los hogares con personas adultas mayores registran un mayor índice de pobreza, independientemente de si esta se mide como insuficiencia de ingresos¹ o como insuficiencia de consumos sociales². Este último método muestra que la acumulación de activos –principalmente, por medio de la tenencia de vivienda propia– permite enfrentar la vejez con un menor riesgo de caer en condiciones de pobreza.

Aunque la pobreza afecta en mayor medida a los hogares con personas adultas mayores, sobrepasar los 64 años no supone pobreza. Los datos refutan la creencia de que las personas adultas mayores constituyen una carga económica; por el contrario, esta población contribuye con el hogar, al ser perceptora de ingresos. En muchos casos, una parte sustancial –y a veces la totalidad– del ingreso del hogar, proviene de los ingresos que aporta este grupo etario.

Las carencias económicas en los hogares son producto de la composición del hogar. La pobreza es generalmente mayor en familias con una mayor presencia de niñas y niños, con una menor cantidad de integrantes en edad plenamente activa, con un menor número de perceptores de ingreso o quienes reciben menos ingreso y cuando estos últimos tienen bajo nivel educativo. Por la forma en que evoluciona el ciclo vital de los hogares, una parte considerable de las personas adultas mayores viven en hogares que reúnen una o más de estas características.

La mayoría de las personas adultas mayores se encuentran inactivas y quienes se mantienen laboralmente activas están también ocupadas. El mercado laboral para estas personas se halla fragmentado en dos grupos, los cuales enfrentan riesgos diferentes ante la pobreza; tal es el caso de quienes

- Trabajan formalmente y mantienen ingresos provenientes de una pensión contributiva.
- No han tenido acceso al seguro de pensión y se ven forzados a trabajar en actividades informales o agrícolas.

La población adulta mayor inactiva se divide en tres grupos formados por personas que

- No cuentan con algún tipo de ingreso.
- Reciben alguna transferencia por parte de terceras personas.
- Poseen ingresos propios provenientes de pensiones contributivas o de riqueza propia.

De estos, los primeros dos –que afectan principalmente a mujeres y a residentes de zonas rurales– mantienen las mismas tasas de pobreza, mientras el tercer grupo es el único con bajo riesgo de pobreza, lo que pone en evidencia la necesidad de las personas de anticipar el retiro en la vejez con algún grado de estabilidad económica y para el país la importancia de contar con un sistema sostenible de pensiones.

Durante la última década, el sistema de pensiones costarricense sufrió dos reformas notorias: una estructural, orientada a convertir el sistema de reparto en uno multipilar y otra paramétrica, dirigida a extender la sostenibilidad del sistema por veinte años más.

A pesar de ello, aún persisten algunos factores de riesgo que merecen ser atendidos, como la falta de cobertura, el aumento en la tasa de dependencia o ciertas ineficiencias asociadas con el sistema financiero costarricense. La mayor parte de la población adulta mayor no recibe una pensión contributiva, lo que les coloca en situación de desventaja con respecto al riesgo de pobreza.

Esta desprotección en la vejez aumenta cuando la persona adulta mayor es la responsable de proveer el ingreso para su hogar, carece de ingreso propio, se es mujer que trabaja en oficios domésticos, se es residente de zonas rurales o no se cuenta con una red de apoyo. El régimen no contributivo de pensiones atiende a una parte considerable de esta población vulnerable y es un instrumento efectivo para combatir la pobreza dentro de la población adulta mayor.

En el futuro, persistirá esta falta de cobertura del seguro de pensión, debido a que, actualmente, solo algo más de la mitad de la población económicamente activa es cotizante.

Los hogares con personas adultas mayores son más vulnerables a la pobreza

El grado de pobreza de las personas se determina en los hogares. El hogar se clasifica como pobre o no pobre según la relación entre el ingreso total percibido por sus miembros y el número de estos. Se considera pobre a quien reside en hogar pobre. Este enfoque, sin embargo, no considera la distribución de los recursos dentro del hogar ya que esta información no se encuentra disponible en las encuestas de hogares. Por esta razón, las condiciones de pobreza de las personas adultas mayores dependen de las características de los hogares a los que pertenecen.

Los hogares donde viven las personas adultas mayores tienen mayor riesgo de contar con ingresos insuficientes

La incidencia de la pobreza es mayor en los hogares donde residen adultos mayores. Mientras en el país 16,7% de los hogares se encuentran en situación de pobreza, un 21,4% de los hogares donde residen personas adultas mayores enfrenta esa situación. En términos de personas, un 19% de los habitantes del país se hallan en situación de pobreza y un 23% de las personas adultas mayores.

En América Latina, esta situación de desventaja relativa de la población adulta mayor no parece ser la norma. Del Popolo (2000) muestra que, con excepción de Costa Rica y República Dominicana, en el ámbito urbano, y solo Costa Rica en las zonas rurales, la pobreza en las personas adultas mayores es igual o menor a la que sufre la población de 10 a 59 años.

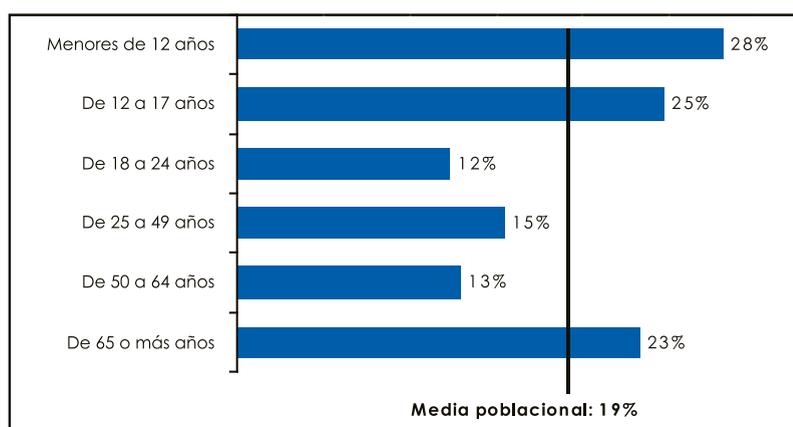
Esta extensión de la pobreza que afecta a la población adulta mayor costarricense parece sorprendente en un país que cuenta con una cobertura de la seguridad social bastante amplia y de larga data. Dicha consideración podría explicarse por una sobreestimación de la pobreza en las personas adultas mayores³ o por la formación de los hogares en el país.

En lo que se refiere a la formación de los hogares, la incidencia de la pobreza se asocia con el ciclo de vida del hogar, de forma que este es más vulnerable a sufrir situaciones de privación cuando se cuenta con niños, niñas o personas adultas mayores. Los hogares pasan por distintas etapas en las que varían las características de las personas que los componen. Estas etapas van desde la constitución de un núcleo inicial (pareja con o sin descendientes) hasta la disolución de este núcleo o su dispersión en nuevos núcleos y arreglos residenciales (Barquero y Trejos, 2004).

En esta dirección, los mismos autores han presentado evidencia de cómo el número de casos de pobreza se expande conforme los hogares avanzan en su ciclo de vida hasta la etapa de consolidación, en el que el hogar solo cuenta con el jefe o la jefa de hogar con o sin cónyuge y menores de 18 años. En las etapas siguientes, en que hay más personas adultas y perceptoras potenciales de ingreso, la pobreza disminuye y vuelve a aumentar en la etapa que se conoce como nido vacío en que solo vive la pareja (Barquero y Trejos, 2004).

Los hogares con personas adultas mayores se concentran en las etapas de desmembramiento 41,6%, nido vacío 21,0% y hogares unipersonales 16,1%; es decir, en los hogares donde el número de perceptores de ingresos y su grado de vinculación con el mercado de trabajo empieza a disminuir o ha disminuido significativamente.

Gráfico 4.1: Incidencia de la pobreza por grupos de edad (2007)



Fuente: Trejos, 2008 con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) del INEC.

Como resultado de lo anterior, las personas en edad de trabajar tienden a vivir en hogares con mayor número de perceptores de ingreso y, por lo tanto, tienen una menor incidencia de pobreza (gráfico 4.1) que aquellos en edades en que hay poca o ninguna participación en la fuerza de trabajo.

En cuanto a la posible sobrestimación de la pobreza entre la población adulta mayor, si la medición de la pobreza se hace estimando el ingreso disponible e incorporando el alquiler imputado por habitar casa propia como parte del ingreso familiar, la pobreza entre las personas adultas mayores es menos pronunciada (disminuye a 18,5). Si esta misma estimación se hace sin imputar el alquiler por habitar casa propia, la población adulta mayor sigue teniendo una incidencia de la pobreza superior a la población de 18 a 64 años (31,7% y 25,4%, respectivamente).

Si, adicionalmente, el apoyo de la familia fuera del hogar se da principalmente por transferencias en especie, no medidas en las encuestas de hogares, la extensión de la pobreza, para esa población, podría estar sobredimensionada⁴.

Uno de cada tres hogares no satisface sus necesidades básicas, independientemente de si cuenta con personas adultas mayores o no

Si, en lugar de medir la pobreza según cuántos hogares no alcanzan un nivel de ingreso mínimo, se mide según cuántos de ellos no satisfacen sus necesidades básicas, tales como acceso a vivienda, salud, educación, y servicios básicos, ocurre que

- 1- Se duplica la cantidad de hogares costarricenses que sufre de pobreza, lo cual afecta a un tercio de las familias (Cuadro 4.1).
- 2- Las diferencias entre los hogares con personas adultas mayores y sin ellas dejan de ser significativas.

En efecto, el 35,1% de los hogares con miembros de esta población etaria son pobres, frente al 33,5% de aquellos sin personas adultas mayores.

Asimismo, debe notarse que, consideradas individualmente, las personas adultas mayores no son más pobres que los hogares en donde residen⁵. Mientras que el 35% de los hogares con personas adultas mayores son pobres, el 32% de esta población aparece como pobre por necesidades básicas insatisfechas (NBI). Esto significa que los hogares que cuentan con más de una persona adulta mayor tienden a ser menos pobres.

En esta aproximación, mientras la edad de este grupo etario no parece diferenciar el riesgo a sufrir privación, las mujeres sí muestran estar en una situación de relativa ventaja con respecto a los hombres. Esta apreciación sugiere que, en mayor medida, tienden a corresponder a personas adultas mayores adicionales en los hogares o a pertenecer a hogares con menos riesgo a sufrir pobreza por NBI (abuelas, abuelos tíos, tías, hermanas, hermanos).

Por último, si se considera el método integrado⁶ (MIP) un porcentaje mayor de hogares con adultos mayores tiene carencias de orden coyuntural, es decir, tienen necesidades básicas

Cuadro 4.1: Incidencia de la pobreza según aproximaciones alternativas (2007)

| Método | Hogares según personas adultas mayores | | | Personas adultas mayores | | |
|--|--|--------|--------|--------------------------|--------|-------|
| | Total | Sin AM | Con AM | Total | Hombre | Mujer |
| Ingresos insuficientes (LP) 1 | | | | | | |
| Pobres | 16,7 | 15,6 | 21,4 | 23,2 | 22,7 | 23,7 |
| Pobres no extremos | 13,4 | 12,7 | 16,6 | 18,3 | 17,9 | 18,5 |
| Pobres extremos | 3,3 | 2,9 | 4,8 | 5,0 | 4,8 | 5,1 |
| Necesidades básicas insatisfechas (NBI) | | | | | | |
| Con NBI | 33,8 | 33,5 | 35,1 | 31,5 | 33,9 | 29,5 |
| Leve (una NBI) | 24,6 | 24,3 | 25,9 | 24,1 | 25,4 | 23,0 |
| Grave (dos o más NBI) | 9,2 | 9,2 | 9,2 | 7,4 | 8,5 | 6,5 |
| Método integrado (MIP) 1 | | | | | | |
| Con carencias | 36,4 | 36,6 | 35,8 | 36,2 | 37,3 | 35,3 |
| Coyunturales | 8,4 | 6,9 | 14,8 | 17,0 | 16,2 | 17,8 |
| Inerciales | 19,7 | 21,0 | 14,4 | 13,0 | 14,6 | 11,6 |
| Crónicos | 8,3 | 8,7 | 6,6 | 6,2 | 6,5 | 5,9 |

1/ Excluye hogares sin ingresos o ingresos ignorados (7% del total).

Fuente: Trejos, 2008 con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del INEC.

satisfechas pero su ingreso per cápita se encuentra por debajo de la línea de pobreza.

La afirmación anterior sugiere que los hogares sin adultos mayores, al ser más jóvenes, tienden a poseer mayores carencias de vivienda (NBI) que de ingreso, en tanto que en los hogares con personas adultas mayores predominan las carencias de ingreso.

La vivienda es un activo valioso para enfrentar el riesgo de pobreza

La riqueza que una persona logre acumular a lo largo de su vida constituye un componente significativo de las fuentes de ingreso con las que contará en su edad de retiro. Uno de los mayores activos de esta riqueza suele ser la vivienda, la cual genera un flujo constante de servicios habitacionales a lo largo de la vida; es decir, vivir en casa propia equivale a recibir una renta fija por el monto de alquiler de esa propiedad.

Como consecuencia de lo anterior, la tenencia de vivienda es un activo que ayuda a reducir la vulnerabilidad a la pobreza pues, en sí misma,

determina directamente mucho del bienestar material con que pueden contar los hogares y permite apoyar la creación de otras capacidades, generadoras también de ingreso.

En virtud de que la compra de residencia supone una inversión a largo plazo, es de esperar que quienes más se benefician de casa propia sean las personas mayores. En efecto, los hogares con adultos mayores tienden a vivir en mayor proporción donde la vivienda es de algún miembro del hogar (86% de los hogares) y en la mayoría de los casos (81% de los hogares), se encuentra libre de gravámenes (cuadro 4.2). Estos resultados también sugieren que, generalmente, sean personas adultas mayores propietarias de las viviendas; en el 79% de esos hogares, una persona adulta mayor es cabeza de familia.

Por el contrario, entre los hogares sin personas adultas mayores, la tenencia de vivienda propia es menor (70% de los casos) y el alquiler es más frecuente (21%) pues son, en general, hogares más jóvenes.

La mayor tenencia de casa propia entre los hogares con personas adultas mayores explica por qué al incorporar

Cuadro 4.2: Acceso a la satisfacción de las necesidades de albergue (2007)

| Método | Hogares según personas adultas mayores | | | | Personas adultas mayores | | | |
|--|--|--------------|--------------|--------------|--------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | Total | Sin AM | Con AM | Total | Hombre | Mujer | De 65 a 74 | De 75 y más |
| Tenencia de la vivienda | | | | | | | | |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Propia | 72,7 | 69,6 | 85,8 | 86,7 | 87,0 | 86,4 | 87,4 | 85,8 |
| Totalmente pagada | 63,6 | 59,4 | 81,5 | 82,5 | 82,3 | 82,7 | 82,7 | 82,2 |
| Pagando a plazos | 9,1 | 10,2 | 4,3 | 4,2 | 4,7 | 3,8 | 4,6 | 3,6 |
| Alquilada | 17,7 | 20,5 | 5,7 | 4,9 | 5,1 | 4,8 | 5,3 | 4,4 |
| En precario | 1,5 | 1,7 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,4 | 0,6 |
| Otra (cedida, prestada) | 8,1 | 8,1 | 8,0 | 7,9 | 7,4 | 8,3 | 6,9 | 9,1 |
| Carencias en albergue adecuado | | | | | | | | |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Sin carencias | 84,5 | 84,4 | 84,5 | 84,7 | 82,9 | 86,2 | 84,8 | 84,5 |
| Con carencias | 15,5 | 15,6 | 15,5 | 15,3 | 17,1 | 13,8 | 15,2 | 15,5 |
| Método integrado ajustado (MIPa) excluyendo falta de acceso al conocimiento entre los menores | | | | | | | | |
| Con carencias | 28,0 | 26,8 | 32,8 | 34,1 | 35,0 | 33,3 | 34,4 | 33,7 |
| Coyunturales | 12,1 | 11,0 | 16,8 | 18,4 | 17,7 | 19,0 | 18,8 | 18,0 |
| Inerciales | 11,2 | 11,2 | 11,4 | 10,9 | 12,3 | 9,6 | 10,9 | 10,8 |
| Crónicos | 4,7 | 4,7 | 4,6 | 4,8 | 5,0 | 4,7 | 4,7 | 5,0 |

Fuente: Trejos, 2008 con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del INEC.

como parte del ingreso familiar el alquiler imputado por habitar casa propia, la pobreza se reduce entre los miembros de esta población etaria. Queda por debajo de la media poblacional. Igualmente, al estimar la pobreza por otros métodos que toman en cuenta la vivienda, las carencias de los hogares con adultos mayores no resultan diferentes a las de los demás hogares.

Lo anterior no significa, sin embargo, que la población adulta mayor cuente con el manejo o la administración de ese bien, pues una parte de los adultos mayores pierde autonomía en edades avanzadas. En esas circunstancias es posible que algunos familiares asuman la administración de los recursos. En ciertos casos ello puede incluso generar situaciones de abuso patrimonial (véase capítulo 10).

Por otro lado, el que la vivienda sea propiedad de alguno de los miembros del hogar no siempre equivale a contar con albergue adecuado. En un 15% de los hogares, independientemente de si en ellos viven personas adultas mayores o no, la vivienda tiene carencias asociadas al estado de la vivienda, al hacinamiento o a la falta de servicios básicos.

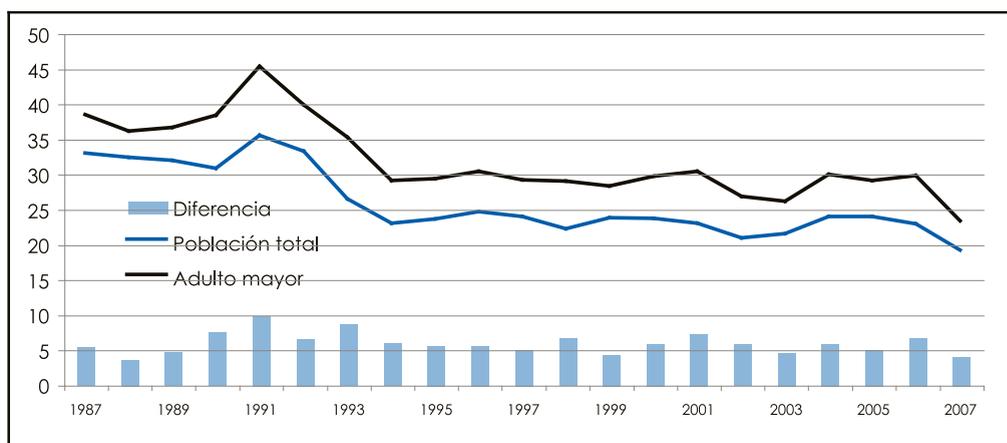
La pobreza en las personas adultas mayores no obedece a causas diferentes

La pobreza entre las personas adultas mayores evoluciona en forma paralela

a la de la población total⁷, lo cual indica que se determina por las mismas causas estructurales (gráfico 4.2). Si bien la diferencia entre ambas magnitudes se mantiene en torno a los cinco puntos porcentuales, hay variaciones que merecen resaltarse. Estas, como se explica más adelante, se asocian con la vinculación presente y pasada con el mercado laboral de los hogares donde viven los adultos mayores.

- La población adulta mayor sufrió con más fuerza que el resto el aumento de la pobreza generado por el ajuste ortodoxo de 1991.
- Esta población se benefició menos con la reducción de la pobreza vivida en 1993.
- Una de las menores diferencias se encuentra en el 2007, cuando las pensiones no contributivas se incrementaron en forma considerable y, por ende, se da una política de protección que beneficia, sobre todo, a este grupo.
- Aunque la pobreza entre la población adulta mayor se mantuvo entre 1994 y el 2006 en torno al 29%, los reajustes de las pensiones no contributivas la redujeron al 23% en el 2007 (seis puntos porcentuales). Esta disminución significa que, en el 2007, el flagelo de la pobreza en esta población etaria alcanzó su menor valor en los últimos 20 años. Si este resultado es fruto del reajuste de las

Gráfico 4.2: Evolución de la incidencia de la pobreza de la población total y las personas adultas mayores (en porcentaje). (1987–2007)



Fuente: Trejos, 2008 con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del INEC.

pensiones no contributivas, ello puede modificar un poco el perfil de la población adulta mayor pobre pues los dependientes de ingresos no autónomos estarían menos expuestos a la pobreza.

La incidencia de la pobreza aumenta por la presencia de menores en el hogar

Una alta proporción de personas adultas mayores vive en hogares sin niños. Únicamente el 16% de los hogares con personas adultas mayores cuenta con menores de 12 años. Al igual que ocurre con todos los hogares, en los hogares con personas adultas mayores pobres la presencia de niños es mayor que en los hogares con adultos mayores que no lo son (cuadro 4.3).

Al poseer menos recursos, la población pobre se ve obligada a mantener familias extendidas o compuestas, de forma que se suman miembros al hogar sin que, necesariamente, aumenten quienes aportan ingresos, con lo que se refuerza el círculo de la pobreza. Dado que una gran proporción de personas adultas mayores perciben algún tipo de ingreso, es sobre todo la presencia de menores lo que aumenta la vulnerabilidad de los hogares frente a la pobreza. Independientemente de si viven personas adultas mayores o no, el número promedio de menores por hogar es dos veces mayor en los hogares pobres que en los no pobres.

La pobreza depende de la cantidad y del perfil de quienes aportan ingresos en el hogar

La incidencia de la pobreza depende de cuántas personas en el hogar aportan algún tipo de ingreso, así como de las capacidades y las facilidades con que estas puedan insertarse en el mercado laboral durante su vida productiva y la dependencia que se genera, principalmente, hacia la cabeza de familia.

Aunque los hogares con personas adultas mayores muestran menores tasas de participación y actividad

Cuadro 4.3: Presencia de menores de edad en los hogares, según haya personas adultas mayores o no (2007)

| Indicador | Hogares totales | | Hogares sin persona adulta mayor | | Hogares con persona adulta mayor | |
|---------------------------|-----------------|-----------|----------------------------------|-----------|----------------------------------|-----------|
| | Pobres | No pobres | Pobres | No pobres | Pobres | No pobres |
| Menores de 12 años | | | | | | |
| Menores por hogar | 1,3 | 0,7 | 1,6 | 0,8 | 0,4 | 0,2 |
| Tasa dependencia menores | 30,6 | 18,4 | 35,0 | 20,7 | 12,4 | 6,1 |
| % de hogares sin niños/as | 35,5 | 55,8 | 22,7 | 49,2 | 75,7 | 86,3 |

1/ Excluye hogares con ingreso ignorado (7% del total y 8% en hogares con personas adultas mayores).

Fuente: Trejos, 2008 con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del INEC.

laboral, miembros de este grupo etario suelen ser personas con ingresos y, por tanto, más bien contribuyen a la situación económica de sus familias.

Las personas adultas mayores no viven en hogares con menos perceptores de ingreso

Los hogares con personas adultas mayores cuentan con una cantidad ligeramente superior de perceptores de ingresos (laborales y no laborales), en relación con aquellos sin miembros de este grupo etario (cuadro 4.4). Tanto el promedio de perceptores por hogar como la distribución según el número de perceptores en el hogar son muy similares en los hogares con y sin personas adultas mayores. La única diferencia es que un 20% de los hogares pobres con personas adultas mayores tienen tres o más personas con ingreso. Esta proporción es únicamente 8% entre los hogares sin adultos mayores.

Aun así, cuando se comparan los hogares con el mismo número de perceptores, la pobreza es mayor en los hogares donde viven personas adultas mayores. Ello muestra que la mayor vulnerabilidad de los hogares con adultos mayores no se debe a que estos no perciban ingresos sino a la fuente y al monto de los ingresos que reciben quienes viven en estos hogares.

Cuadro 4.4: Perceptores y perceptoras de ingreso en los hogares, según presencia de personas adultas mayores o no (2007)

| Indicador | Hogares totales | | | Hogares sin personas adultas mayores | | | Hogares con personas adultas mayores | | |
|--------------------------|-----------------------|--------|--------------------|--------------------------------------|--------|--------------------|--------------------------------------|--------|--------------------|
| | Distribución relativa | | Incidencia Pobreza | Distribución relativa | | Incidencia Pobreza | Distribución relativa | | Incidencia Pobreza |
| | Total | Pobres | | Total | Pobres | | Total | Pobres | |
| Número de perceptores/as | 100,0 | 100,0 | 16,7 | 100,0 | 100,0 | 15,6 | 100,0 | 100,0 | 21,4 |
| Uno | 40,7 | 64,9 | 27,2 | 41,0 | 66,0 | 25,6 | 39,3 | 61,2 | 34,2 |
| Dos | 36,3 | 24,4 | 11,1 | 37,4 | 25,0 | 10,3 | 32,1 | 22,7 | 14,9 |
| Tres | 14,7 | 7,6 | 8,5 | 14,1 | 6,6 | 7,3 | 17,2 | 10,5 | 12,7 |
| Cuatro o más | 8,2 | 3,1 | 6,3 | 7,5 | 2,4 | 4,9 | 11,3 | 5,6 | 10,5 |
| | No pobres | Pobres | | No pobres | Pobres | | No pobres | Pobres | |
| Promedio perceptores/as | 2,0 | 1,5 | | 2,0 | 1,5 | | 2,2 | 1,6 | |

Fuente: Trejos, 2008 con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del INEC.

Las diferencias en el número de dependientes por perceptor de ingreso son menores en los hogares con personas adultas mayores, ya sea porque se tienen familias pequeñas (alrededor de tres personas) en las que el principal ingreso proviene de la persona adulta mayor y es suficiente para el sostén del hogar, o porque su ingreso constituye un aporte adicional al ingreso principal, en el caso de familias más extendidas.

Así, en dichos hogares, se reproduce el perfil general según el cual el riesgo de pobreza se reduce conforme aumentan los perceptores. La pobreza disminuye a menos de la mitad cuando se cuenta con una segunda persona generadora de ingresos (pasa de 27% a 11%) y sigue reduciéndose cuando hay aportes adicionales.

En la mayoría de hogares pobres (61% de los hogares pobres con personas adultas mayores y 66% en hogares pobres sin estas), la responsabilidad de proveer para todo el hogar recae sobre una sola persona. En este sentido, en la medida en que el sostén del hogar recaiga sobre una persona a lo largo de la vida, es de esperar que, en su etapa de retiro—en que tienden a reducirse los ingresos—se observe una relación creciente entre la dependencia del hogar sobre su ingreso individual y el riesgo de sufrir pobreza.

Las personas adultas mayores aportan al ingreso del hogar

La pobreza se concentra en los extremos del aporte económico que la población adulta mayor hace en su hogar: cuando las personas adultas mayores son el único sostén familiar, la pobreza es de 34%. Cuando las personas adultas mayores no cuentan con algún tipo de ingreso y dependen de otras personas para subsistir, la pobreza es igualmente elevada. Un 27% de las personas adultas mayores se encuentran en la primera situación y un 22% en la segunda. Cuando el ingreso se suma a los demás ingresos del hogar, la incidencia de la pobreza disminuye significativamente (gráfico 4.3).

La incidencia de la pobreza también aumenta conforme se incrementan las personas adultas mayores en el hogar. Para el 55% de las personas adultas mayores, que son la única persona adulta mayor del hogar, el riesgo de pobreza es de 18%. Para el 43% que vive con otra persona adulta mayor, el riesgo aumenta a 30%.

De acuerdo con lo anterior, en dos de cada tres casos en que solo hay una persona adulta mayor en el hogar, esta es perceptora de ingresos, pero, si se suman más personas adultas mayores, no necesariamente se suman más perceptores o perceptoras pues tienden a ser dependientes de la primera o a contar con un

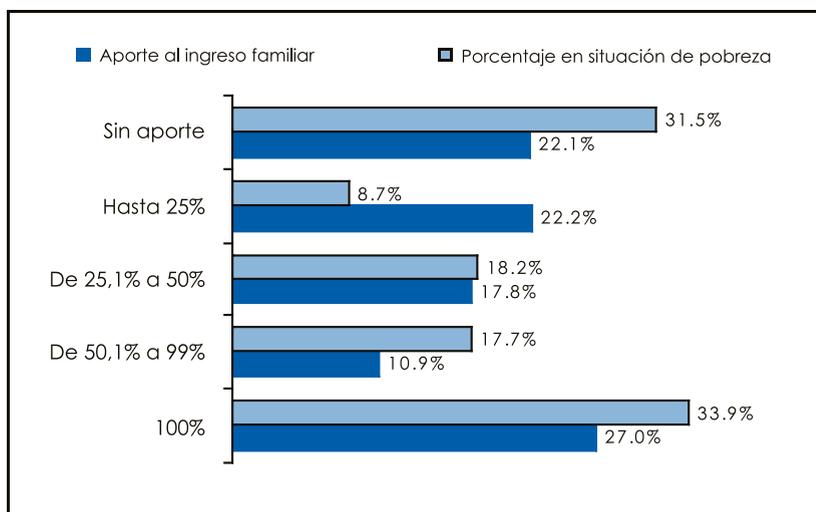
aporte limitado, lo cual aumenta en forma notoria el riesgo a sufrir privaciones. De hecho, dos de cada tres personas adultas mayores que no aportan ingreso viven con otra persona adulta mayor.

Condiciones en que las personas adultas mayores son más vulnerables a la pobreza

En virtud de lo que se ha descrito sobre los hogares donde viven personas adultas mayores, el número de perceptores y los aportes de los adultos mayores al ingreso del hogar, se pueden señalar algunas condiciones bajo las cuales el riesgo de pobreza aumenta.

- El mayor riesgo de pobreza (46%) corresponde a las personas adultas mayores que no reciben un ingreso propio y, además, pertenecen a hogares que cuentan con solo una persona que genera ingresos. Esta es la situación de la mitad de las personas adultas mayores que no reciben ingreso.
- Cuando la persona adulta mayor es la única perceptora en el hogar, el riesgo de pobreza es mayor.
- Entre las personas adultas mayores que únicamente cuentan con transferencias o ingresos no autónomos (como pensiones no contributivas), el riesgo de pobreza solo se reduce claramente cuando en el hogar existe una segunda persona que reporte ingresos.
- Quienes solo cuentan con ingresos no autónomos muestran la mayor incidencia de pobreza (54%) en el caso en que la persona adulta mayor sea la única con ingreso.
- Los hogares formados exclusivamente por miembros de la población adulta mayor (a los que pertenecen una de cada tres personas adultas mayores) poseen un riesgo de pobreza del 26%, superior al de los hogares mixtos (21%); este riesgo sube al 45% si una o más de las personas adultas mayores no cuenta del todo con ingresos.

Gráfico 4.3: Aporte de las personas adultas mayores al ingreso familiar y grado de pobreza (2007)



Fuente: Trejos, 2008 con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del INEC.

Mayor dependencia del ingreso de los ocupados en los hogares con personas adultas mayores

No hay diferencias entre los hogares pobres y no pobres con respecto a la cantidad de personas en edad de trabajar (2,9) con que cuentan. La diferencia está en la productividad y participación en el mercado laboral, lo que afecta, principalmente, a las mujeres y a los hogares con personas adultas mayores.

La participación en el mercado laboral es más baja en los hogares con adultos mayores (cuadro 4.5). Solo cerca de una cuarta parte (24%) de los miembros en edad de trabajar de los hogares pobres con personas adultas mayores participa en el mercado de trabajo, contra el 43% de los hogares no pobres con miembros de este grupo etario. En cambio, en los hogares sin adultos mayores, en los que son pobres un 43,5% de las personas en edad de trabajar están en el mercado de trabajo y en los que no lo son, un 64%.

La tasa de participación de las mujeres en todos los hogares es la mitad o menos de la tasa de los hombres. Esta es particularmente baja en los hogares pobres con personas adultas mayores. En estos hogares solo un 16% de las mujeres participan en la fuerza de trabajo mientras que en

Cuadro 4.5: Características de empleo y actividad económica de los hogares, según presencia de personas adultas mayores o no (2007)

| Indicador | Hogares totales | | Hogares sin persona adulta mayor | | Hogares con persona adulta mayor | |
|-----------------------------------|-----------------|-------------|----------------------------------|-------------|----------------------------------|-------------|
| | Pobres | No pobres | Pobres | No pobres | Pobres | No pobres |
| Población en edad activa | | | | | | |
| Personas por hogar | 2,9 | 2,9 | 2,9 | 2,9 | 2,9 | 2,9 |
| Fuerza de trabajo | 1,1 | 1,8 | 1,3 | 1,9 | 0,7 | 1,3 |
| De 12 a 64 años | 1,1 | 1,7 | 1,3 | 1,9 | 0,5 | 1,0 |
| Ocupados/as | 1,0 | 1,7 | 1,1 | 1,8 | 0,6 | 1,2 |
| De 12 a 64 años | 0,9 | 1,7 | 1,1 | 1,8 | 0,4 | 1,0 |
| Perceptores/as de ingreso | 1,5 | 2,0 | 1,5 | 2,0 | 1,6 | 2,2 |
| Tasa neta de participación | 38,9 | 60,2 | 43,5 | 63,8 | 24,4 | 43,4 |
| Hombres | 57,4 | 75,8 | 64,6 | 79,4 | 34,9 | 58,6 |
| Mujeres | 23,8 | 44,9 | 26,4 | 48,3 | 15,9 | 29,5 |
| Tasa de desempleo abierto | 12,7 | 3,6 | 12,5 | 3,5 | 13,9 | 3,7 |
| Hombres | 9,7 | 2,3 | 8,6 | 2,3 | 16,2 | 2,5 |
| Mujeres | 18,6 | 5,6 | 20,3 | 5,6 | 9,7 | 5,9 |
| Dependientes por | | | | | | |
| Ocupado/a | 3,2 | 1,1 | 3,0 | 1,0 | 4,4 | 1,5 |
| Perceptor/a | 1,8 | 0,8 | 2,1 | 0,9 | 1,1 | 0,4 |

Fuente: Trejos, 2008 con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del INEC.

los hogares no pobres con personas adultas mayores lo hace casi un 30% de las mujeres. Ambas cifras son inferiores a la participación de las mujeres en hogares sin adultos mayores, un 26,4% en los hogares pobres y 48% en los no pobres.

En todos los hogares, la tasa de desempleo entre las personas que pertenecen a hogares pobre es casi cuatro veces más elevada que en los hogares no pobres, al margen de la presencia o no de adultos mayores (cuadro 4.5). Cuando se comparan solo los hogares pobres, en los hogares con adultos mayores la tasa de desempleo de los hombres es más elevada que la de las mujeres en los hogares sin adultos mayores. Estos datos sugieren, por un lado, la posible existencia de una práctica de discriminación por edad y sexo en la contratación laboral lo cual obliga a algunos miembros (especialmente mujeres) a retirarse del mercado, y por otro, la necesidad de algunos adultos mayores de mantenerse en la fuerza de trabajo, por ausencia de otros recursos.

Como consecuencia de una menor participación laboral y un mayor

desempleo, estos grupos muestran mayores tasas de dependencia: cada persona ocupada en un hogar pobre con personas adultas mayores debe generar ingresos para 4,4 personas dependientes (3,0 entre los hogares pobres sin población adulta mayor), mientras que, en los hogares no pobres con personas adultas mayores, cada persona ocupada debe generar ingreso para 1,5 dependientes (1,0 entre los hogares sin personas adultas mayores).

En los hogares sin personas adultas mayores existe, como media, una persona ocupada por hogar pobre y casi dos por hogar no pobre, mientras que entre los hogares con personas adultas mayores difícilmente hay una persona ocupada por hogar entre los pobres y solo una persona ocupada en los hogares no pobres.

El riesgo de pobreza depende de la condición de actividad de sus integrantes

La incidencia de la pobreza en todos los hogares es mayor cuando el jefe o la jefa del hogar se encuentra desempleado o cuando algunos de

sus miembros se encuentran desempleados. Es mucho menor cuando el jefe u otros miembros del hogar se encuentran ocupados y algo mayor cuando se encuentran inactivos (cuadro 4.6).

En los hogares pobres el porcentaje de jefes y de personas ocupadas es sustancialmente menor que en el total de hogares, en hogares con o sin personas adultas mayores. Pero en los hogares con adultos mayores el porcentaje de jefes y personas ocupadas es mucho menor especialmente entre los hogares pobres. Adicionalmente, estos hogares tienen una mayor presencia de personas inactivas.

Esta diferencia de cómo se distribuyen los jefes y las personas en términos de ocupados, desempleados e inactivos en los hogares con personas adultas mayores, es otra de las características que explica parcialmente la mayor incidencia de la pobreza en hogares con adultos mayores.

En hogares con personas adultas mayores solo el 38% de sus miembros está ocupado (cuadro 4.6: 58% en los hogares sin personas adultas mayores) y este porcentaje es apenas, del 21% entre los hogares pobres con población adulta mayor.

Esta diferencia en el número de ocupados y de inactivos es de esperar en virtud de la mayor edad de las personas

en hogares con personas adultas mayores. Pero el que la incidencia de la pobreza entre los inactivos sea similar en hogares con y sin personas adultas mayores, pone en evidencia los menores ingresos y la mayor dependencia en estos hogares de quienes perciben algún ingreso.

Las personas adultas mayores con más educación poseen menor riesgo de pobreza

Como las personas adultas mayores de hoy pasaron por el sistema educativo, en especial durante las décadas de los años cuarenta y cincuenta del siglo pasado, cuando la cobertura horizontal y vertical del sistema educativo era limitada y las mujeres tenían, además, un menor acceso, es de esperar que tengan una escolaridad promedio menor que la población total (véase el capítulo 2).

A pesar de lo indicado, la mayor parte de esta población pasó por el mercado de trabajo, en un período en el que el nivel educativo era menos determinante de sus posibilidades de inserción y de obtener ingresos adecuados. Por ello, se podría esperar entre las personas adultas mayores una menor relación entre el nivel educativo y el riesgo a sufrir pobreza, particularmente en los grupos con menor educación. No obstante, esa relación no es así; la incidencia de la pobreza

Cuadro 4.6: Condición de actividad de jefes/as y miembros de los hogares, según presencia de personas adultas mayores o no y condición de pobreza (2007)

| Condición de actividad | Hogares totales | | | Hogares sin personas adultas mayores | | | Hogares con personas adultas mayores | | |
|------------------------|-----------------------|--------|--------------------|--------------------------------------|--------|--------------------|--------------------------------------|--------|--------------------|
| | Distribución relativa | | Incidencia Pobreza | Distribución relativa | | Incidencia Pobreza | Distribución relativa | | Incidencia Pobreza |
| | Total | Pobres | | Total | Pobres | | Total | Pobres | |
| Jefes/as del hogar | 100,0 | 100,0 | 16,7 | 100,0 | 100,0 | 15,6 | 100,0 | 100,0 | 21,4 |
| Ocupados/as | 77,2 | 65,3 | 14,1 | 87,2 | 77,8 | 13,9 | 35,1 | 26,0 | 15,9 |
| Desempleados/as | 1,3 | 3,6 | 51,9 | 1,6 | 4,4 | 51,5 | 0,3 | 0,9 | 59,4 |
| Inactivos/as | 21,5 | 31,1 | 24,7 | 11,2 | 17,8 | 25,4 | 64,5 | 73,1 | 24,2 |
| Integrantes del hogar | 100,0 | 100,0 | 16,7 | 100,0 | 100,0 | 15,5 | 100,0 | 100,0 | 21,7 |
| Ocupados/as | 54,4 | 33,9 | 10,5 | 58,1 | 38,1 | 10,2 | 38,4 | 21,0 | 12,3 |
| Desempleados/as | 2,6 | 4,9 | 31,6 | 2,8 | 5,4 | 30,7 | 2,0 | 3,4 | 36,9 |
| Inactivos/as | 43,0 | 61,1 | 23,5 | 39,1 | 56,5 | 22,2 | 59,6 | 75,6 | 27,1 |

Fuente: Trejos, 2008 con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del INEC.

es claramente mayor entre quienes tienen menor educación, sin importar el origen de su ingreso (cuadro 4.7).

La mayor incidencia de la pobreza se encuentra entre quienes tienen baja educación y, además, carecen de un ingreso autónomo. La menor se orienta hacia aquellos con un ingreso autónomo. De estos últimos, más de la mitad cursó primaria completa o más. Para los de ingreso no autónomo, esta proporción es de apenas, 2.4% y entre quienes no cuentan con ingreso propio, de 10%.

Se puede suponer que la educación de las personas se encuentra asociada a su inserción laboral pasada; entonces las diferencias en la incidencia de la pobreza, según la educación alcanzada, estarían mostrando que la pobreza es mayor en quienes en el pasado tuvieron una inserción laboral en empleos de baja productividad o sin seguridad social.

Dadas las escasas vinculaciones de esta población con el mercado de trabajo, llama la atención la necesidad de que las políticas que apuntalan las posibilidades de consumo sean de naturaleza diferente a aquellas dirigidas a la población en edad plenamente activa.

Los hogares con jefes adultos mayores tienen mayor riesgo de pobreza

En virtud de la vinculación con el mercado de trabajo y la fuente de ingreso de las personas adultas mayores, cuando en el hogar el jefe tiene 65 años o más, el riesgo de pobreza aumenta. En los hogares con adultos mayores, el 80% de los jefes tiene 65 años o más. Entre estos mismos hogares, en condición de pobreza, este porcentaje es de 85%.

La incidencia de la pobreza entre estos hogares en que el jefe es una persona adulta mayor es de 23%. En cambio, en aquellos hogares con jefes menores a los 65 años, la presencia o no de adultos mayores no modifica los riesgos de ser pobres. Así, por ejemplo, en los hogares en que el jefe o la jefa tiene entre 50 y 64 años, la incidencia de la pobreza es de alrededor de 12-13%, vivan o no adultos mayores en el hogar.

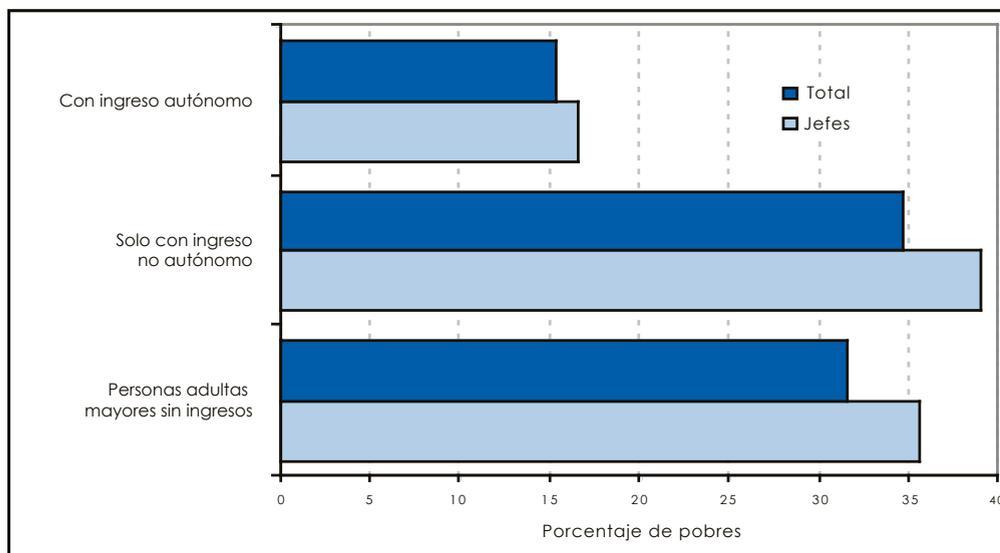
Esta diferencia, sin embargo, no se relaciona exclusivamente con la edad ya que, entre las personas adultas mayores, cuando se cuenta con un ingreso autónomo, la pobreza disminuye significativamente. Tal como se muestra en el gráfico 4.4,

Cuadro 4.7: Nivel de educación de las personas adultas mayores, según tipo de ingreso (2007)

| Indicador | Personas adultas mayores totales | | | Personas adultas mayores sin ingresos | | | Solo con ingreso no autónomo | | | Personas adultas mayores con ingreso autónomo | | |
|-------------------------|----------------------------------|--------|--------------------|---------------------------------------|--------|--------------------|------------------------------|--------|--------------------|---|--------|--------------------|
| | Distribución relativa | | Incidencia pobreza | Distribución relativa | | Incidencia pobreza | Distribución relativa | | Incidencia pobreza | Distribución relativa | | Incidencia pobreza |
| | Total | Pobres | | Total | Pobres | | Total | Pobres | | Total | Pobres | |
| Educación | 100,0 | 100,0 | 23,2 | 100,0 | 100,0 | 31,5 | 100,0 | 100,0 | 34,7 | 100,0 | 100,0 | 15,3 |
| Sin educación | 17,7 | 26,2 | 34,3 | 16,8 | 22,8 | 42,0 | 34,6 | 34,0 | 34,8 | 11,6 | 21,8 | 29,1 |
| Primaria incompleta | 42,1 | 51,3 | 27,8 | 48,9 | 56,4 | 35,2 | 50,6 | 54,2 | 36,1 | 36,1 | 44,5 | 18,8 |
| Primaria completa | 22,0 | 17,5 | 18,7 | 23,7 | 16,3 | 22,1 | 12,4 | 9,7 | 28,5 | 25,1 | 25,8 | 15,6 |
| Media Incompleta | 6,4 | 2,0 | 7,5 | 4,8 | 1,2 | 8,8 | 1,5 | 2,1 | 52,4 | 8,9 | 2,6 | 4,4 |
| Media completa | 5,0 | 2,4 | 10,7 | 3,6 | 3,3 | 28,1 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 7,4 | 3,8 | 7,6 |
| Superior | 6,8 | 0,6 | 2,2 | 2,1 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 11,0 | 1,5 | 2,3 |
| Promedio años educación | 4,8 | 3,0 | | 4,1 | 3,1 | | 2,2 | 2,0 | | 6,0 | 3,8 | |

Fuente: Trejos, 2008 con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del INEC.

Gráfico 4.4: Incidencia de la pobreza de los jefes y personas adultas mayores según fuente de ingreso



Fuente: Trejos, 2008.

cuando la cabeza del hogar es una persona adulta mayor sin ingreso, un 36% son pobres. Cuando tienen un ingreso no autónomo, un 39% son pobres, y un 16% cuando se cuenta con un ingreso autónomo.

¿Cuál es la vinculación de las personas adultas mayores con respecto al mercado laboral?

Únicamente el 17% de la población adulta mayor labora activamente (cuadro 4.8). Son los hombres quienes se mantienen en el mercado laboral: el 29% continúa trabajando después de alcanzar los 65 años; especialmente aquellos entre 65 y 74 años permanecen laboralmente activos; la cifra disminuye al 18% después de los 75 años. El 6% de las mujeres adultas mayores que pertenece a la fuerza de trabajo corresponde a quienes se dedican a los servicios domésticos y son un grupo que merece especial atención, pues la razón de su permanencia en la fuerza laboral obedece a la falta de acceso a una pensión contributiva.

Respecto a la distribución geográfica, se observa una mayor inactividad laboral en las zonas urbanas, asociada a un mayor acceso al disfrute de pensión, mientras, en las zonas rurales,

una de cada cinco personas adultas mayores se mantiene trabajando. En las zonas urbanas esta cifra es del 15%.

El pasado laboral determina la condición económica en la edad de retiro

Como la edad de retiro laboral es a los 65 años, es de esperar que la población adulta mayor mantenga una vinculación menor con el mercado de trabajo; de hecho, el 83% se encuentra inactiva. A pesar de lo generalizado de la condición de inactividad solo el 37% del total de personas adultas mayores se encuentra pensionada. Los inactivos que no poseen la condición de pensionados corresponden al 46% del total de las personas adultas mayores. En este último grupo la incidencia de la pobreza es tres veces más alta que entre los pensionados.

Esto último, sin embargo, es cierto para los hombres pero no para las mujeres. El reducido porcentaje de mujeres adultas mayores que se mantienen en la fuerza de trabajo tienen una alta incidencia de la pobreza (26%) de lo cual se infiere que aquellas que se mantienen trabajando lo hacen en condiciones desfavorables y, probablemente, dominadas por la necesidad, más que por la libre decisión de trabajar.

Cuadro 4.8: Condición de actividad de las personas adultas mayores según sexo, zona de residencia y grado de pobreza (2007)

| Zona, grupo de edad y condición de actividad | Ambos sexos | | | Hombres | | | Mujeres | | | Concentración mujeres | |
|--|-----------------------|--------------|--------------------|-----------------------|--------------|--------------------|-----------------------|--------------|--------------------|--------------------------|-------------|
| | Distribución relativa | | Incidencia pobreza | Distribución relativa | | Incidencia pobreza | Distribución relativa | | Incidencia pobreza | Personas adultas mayores | |
| | Total | Pobres | | Total | Pobres | | Total | Pobres | | Totales | Pobres |
| Total país | 100,0 | 100,0 | 23,2 | 100,0 | 100,0 | 22,7 | 100,0 | 100,0 | 23,7 | 54,5 | 55,6 |
| Fuerza de trabajo | 16,6 | 13,0 | 18,4 | 29,4 | 20,6 | 16,4 | 5,9 | 6,9 | 26,4 | 19,5 | 29,6 |
| Inactivos/as | 83,4 | 87,0 | 24,2 | 70,6 | 79,4 | 25,2 | 94,1 | 93,1 | 23,5 | 61,5 | 59,5 |
| Pensionados/as | 36,9 | 22,1 | 13,8 | 45,1 | 37,9 | 18,6 | 30,0 | 9,6 | 7,6 | 44,4 | 24,0 |
| Otros | 46,5 | 64,9 | 32,5 | 25,5 | 41,5 | 37,4 | 64,0 | 83,5 | 30,9 | 75,1 | 71,6 |
| Zona urbana | 100,0 | 100,0 | 22,8 | 100,0 | 100,0 | 21,6 | 100,0 | 100,0 | 23,7 | 57,7 | 60,2 |
| Fuerza de trabajo | 15,0 | 13,7 | 21,4 | 26,5 | 19,6 | 16,8 | 6,6 | 9,8 | 33,7 | 25,5 | 42,9 |
| Inactivos/as | 85,0 | 86,3 | 23,1 | 73,5 | 80,4 | 23,2 | 93,4 | 90,2 | 23,0 | 63,4 | 63,0 |
| Pensionados/as | 44,2 | 26,6 | 13,6 | 55,4 | 48,7 | 18,6 | 35,9 | 11,9 | 7,9 | 46,9 | 27,0 |
| Otros | 40,8 | 59,8 | 33,4 | 18,1 | 31,6 | 37,9 | 57,5 | 78,3 | 32,4 | 81,2 | 78,9 |
| Zona rural | 100,0 | 100,0 | 24,0 | 100,0 | 100,0 | 24,3 | 100,0 | 100,0 | 23,6 | 48,8 | 47,8 |
| Fuerza de trabajo | 19,5 | 11,8 | 14,5 | 33,8 | 21,8 | 15,9 | 4,5 | 0,8 | 4,1 | 11,2 | 3,4 |
| Inactivos/as | 80,5 | 88,2 | 26,3 | 66,2 | 78,2 | 28,6 | 95,5 | 99,2 | 24,6 | 57,9 | 53,7 |
| Pensionados/as | 23,8 | 14,7 | 14,5 | 29,8 | 23,9 | 18,8 | 17,5 | 4,5 | 6,3 | 35,9 | 14,8 |
| Otros | 56,7 | 73,5 | 31,3 | 36,5 | 54,3 | 37,0 | 78,0 | 94,6 | 28,6 | 67,1 | 61,5 |

Fuente: Trejos, 2008 con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del INEC.

Del total de personas adultas mayores que no cuenta con ingresos el 87% son mujeres. Entre quienes dependen de transferencias el 65% son mujeres. De estas mujeres sin ingresos o con ingresos no autónomos la incidencia de la pobreza es de 31%. Para aquellas que poseen ingresos autónomos la incidencia de la pobreza es solo de 12%.

Entre las mujeres con ingresos autónomos, las que dependen del ingreso laboral muestran riesgos de pobreza cercanos a los grupos sin ingreso o con ingreso no autónomo y, aunque son un grupo pequeño, esto sugiere inserciones más precarias al mercado de trabajo.

En su conjunto, las mujeres adultas mayores ocupadas enfrentan un riesgo de pobreza más alto (26%) que los hombres (16%) (cuadro 4.8). Por el contrario, el grupo femenino más amplio es el de mujeres pensionadas (31% de las mujeres adultas mayores), quienes disfrutan de una menor vulnerabilidad ante la pobreza (solo el 9% son pobres), incluso por debajo de la de los hombres.

Al respecto, prevalecen dos observaciones: en primer lugar, lo expuesto es indicio de que las transferencias estatales, que tienden a concentrarse en la ayuda a mujeres, residentes de zonas rurales, y a personas adultas de edades avanzadas (de 75 y más años), han resultado ser un instrumento efectivo para evitar que la vulnerabilidad de estos grupos aumente. En segundo lugar, se debe prestar atención al problema de acceso de las amas de casa a la seguridad social, con el fin de diseñar algún mecanismo capaz de incorporarlas al sistema.

La precariedad de la inserción laboral se observa también en las personas de 75 o más años que, si bien en conjunto no muestran mayor diferencia en cuanto al riesgo de pobreza (23%) respecto a las de 64 a 74 años. Es mayor entre quienes se mantienen en el mercado de trabajo (21% contra 18% para las edades entre 65 y 74 años).

En términos de la zona de residencia, persiste un sesgo urbano y metropolitano que se acentúa en el caso de las personas adultas mayores con ingresos

autónomos, donde el 71% reside en las zonas urbanas y el 58% en las zonas urbanas de la Región Central. Para estas la incidencia de la pobreza es 16% y 14%, respectivamente (cuadro 4.9).

Por el contrario, las personas adultas mayores que dependen de transferencias, muestran una concentración en las zonas rurales (52%), la cual se acompaña con menores riesgos de pobreza en esos ámbitos (29% contra 35% entre el total de quienes reciben transferencias), lo que sugiere una mayor cobertura e impacto de estas transferencias en esos dominios.

La falta de ingresos propios afecta a casi la mitad de las personas adultas mayores

Según las fuentes de ingreso, el 55% de las personas adultas mayores cuenta con un ingreso propio o autónomo, mientras que el 23% recibe

algún tipo de transferencias (ingreso no autónomo) y el restante 22% carece por completo de ingresos.

Las personas adultas mayores activas representan un 28% de quienes cuentan con ingresos autónomos (cuadro 4.10). La probabilidad de ser pobre para esta población activa es del 18%, por debajo de la media para la población adulta mayor (23%) pero por encima de quienes se benefician de una pensión contributiva (14%).

Las personas pensionadas presentan la menor incidencia de pobreza, independientemente de la fuente de ingresos. Este segmento representa más de un tercio (37%) del total de la población adulta mayor y un poco más de dos tercios (68%) de quienes cuentan con ingresos autónomos.

De todas las personas adultas mayores con ingresos autónomos, las personas ocupadas o pensionadas suman

Cuadro 4.9: Residencia de las personas adultas mayores, según fuente de ingresos y grado de pobreza (2007)

| Indicador | Personas adultas mayores totales | | | Personas adultas mayores sin ingresos | | | Solo con ingreso no autónomo | | | Con ingreso autónomo | | |
|-----------------------|----------------------------------|--------|--------------------|---------------------------------------|--------|--------------------|------------------------------|--------|--------------------|-----------------------|--------|--------------------|
| | Distribución relativa | | Incidencia pobreza | Distribución relativa | | Incidencia pobreza | Distribución relativa | | Incidencia pobreza | Distribución relativa | | Incidencia pobreza |
| | Total | Pobres | | Total | Pobres | | Total | Pobres | | Total | Pobres | |
| Zona de residencia | 100,0 | 100,0 | 23,2 | 100,0 | 100,0 | 31,5 | 100,0 | 100,0 | 34,7 | 100,0 | 100,0 | 15,3 |
| Zona urbana | 64,3 | 62,9 | 22,8 | 62,6 | 56,8 | 28,0 | 47,7 | 56,3 | 41,8 | 71,4 | 73,9 | 15,9 |
| Región Central urbana | 52,1 | 46,5 | 21,1 | 53,3 | 46,3 | 26,9 | 33,9 | 39,4 | 41,7 | 58,3 | 53,2 | 14,1 |
| Resto país urbano | 12,2 | 16,4 | 29,8 | 9,3 | 10,5 | 34,1 | 13,8 | 17,0 | 41,8 | 13,0 | 20,7 | 23,4 |
| Zona rural | 35,7 | 37,1 | 24,0 | 37,4 | 43,2 | 37,8 | 52,3 | 43,7 | 28,5 | 28,6 | 26,1 | 13,8 |
| Región Central rural | 16,0 | 13,3 | 20,0 | 16,7 | 15,2 | 31,9 | 19,0 | 13,9 | 25,2 | 14,4 | 11,2 | 12,1 |
| Resto país rural | 19,7 | 23,8 | 27,0 | 20,6 | 28,0 | 42,0 | 33,3 | 29,8 | 30,3 | 14,2 | 14,9 | 15,4 |
| Región de residencia | 100,0 | 100,0 | 23,2 | 100,0 | 100,0 | 31,5 | 100,0 | 100,0 | 34,7 | 100,0 | 100,0 | 15,3 |
| Región Central | 68,1 | 59,8 | 20,8 | 70,0 | 61,4 | 28,0 | 52,9 | 53,3 | 35,6 | 72,8 | 64,4 | 13,7 |
| Regiones periféricas | 31,9 | 40,2 | 28,1 | 30,0 | 38,6 | 39,5 | 47,1 | 46,7 | 33,7 | 27,2 | 35,6 | 19,2 |
| Chorotega | 8,3 | 14,2 | 39,1 | 9,6 | 17,8 | 57,8 | 12,5 | 14,4 | 40,1 | 6,2 | 10,9 | 26,7 |
| Pacífico Central | 4,9 | 5,9 | 26,4 | 3,5 | 3,5 | 30,5 | 6,4 | 6,1 | 32,3 | 5,1 | 7,7 | 22,3 |
| Brunca | 6,7 | 8,8 | 29,2 | 6,3 | 8,9 | 43,4 | 12,1 | 11,5 | 32,5 | 4,8 | 6,2 | 18,8 |
| Huetar Atlántica | 7,0 | 6,2 | 19,4 | 4,9 | 2,7 | 16,9 | 9,3 | 8,0 | 28,7 | 7,2 | 7,5 | 15,3 |
| Huetar Norte | 5,0 | 5,1 | 22,8 | 5,6 | 5,6 | 30,2 | 6,8 | 6,6 | 32,6 | 4,0 | 3,3 | 11,9 |

Fuente: Trejos, 2008 con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del INEC.

Cuadro 4.10: Condición de actividad de las personas adultas mayores, según fuente de ingresos y grado de pobreza (2007)

| Indicador | Personas adultas mayores totales | | | Personas adultas mayores sin ingresos | | | Solo con ingreso no autónomo | | | Con ingreso autónomo | | |
|------------------------|----------------------------------|--------|--------------------|---------------------------------------|--------|--------------------|------------------------------|--------|--------------------|-----------------------|--------|--------------------|
| | Distribución relativa | | Incidencia pobreza | Distribución relativa | | Incidencia pobreza | Distribución relativa | | Incidencia pobreza | Distribución relativa | | Incidencia pobreza |
| | Total | Pobres | | Total | Pobres | | Total | Pobres | | Total | Pobres | |
| Condición de actividad | 100,0 | 100,0 | 23,2 | 100,0 | 100,0 | 31,5 | 100,0 | 100,0 | 34,7 | 100,0 | 100,0 | 15,3 |
| Activos | 16,6 | 13,0 | 18,4 | 1,6 | 1,6 | 33,3 | 1,0 | 0,5 | 18,3 | 27,8 | 33,9 | 18,1 |
| Inactivos | 83,4 | 87,0 | 24,2 | 98,4 | 98,4 | 31,5 | 99,0 | 99,5 | 34,8 | 72,2 | 66,1 | 14,1 |
| Pensionado o jubilado | 36,9 | 22,1 | 13,8 | 3,2 | 1,0 | 17,1 | 0,0 | 0,0 | | 67,5 | 60,1 | 13,8 |
| Oficios domésticos | 23,7 | 29,9 | 29,1 | 68,1 | 69,1 | 30,3 | 31,6 | 25,6 | 27,5 | 1,3 | 1,5 | 17,1 |
| Discapacitado | 6,0 | 10,3 | 43,1 | 15,0 | 15,2 | 34,8 | 10,6 | 16,6 | 55,6 | 0,3 | 0,4 | 20,0 |
| Otro inactivo | 16,7 | 24,7 | 33,9 | 12,1 | 13,1 | 37,1 | 56,8 | 57,3 | 35,2 | 3,1 | 4,1 | 19,6 |

Fuente: Trejos, 2008 con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del INEC.

el 95%. El 5% restante corresponde a personas inactivas y sin pensión que, probablemente, cuentan con algún tipo de renta, tales como la tenencia de ahorros, propiedades u otros activos.

Entre las personas inactivas sin ingresos, el 68% son amas de casa (cuadro 4.10). A su vez, 32% de las personas inactivas cuentan con transferencias o ingresos no autónomos. En ambos casos, muestran riesgos de pobreza cercanos al 29%, por encima del 23% que, como promedio, caracteriza a la totalidad de la población adulta mayor.

Solo el 6% del total de personas adultas mayores manifiesta inactividad por sufrir de alguna discapacidad permanente, pero ello se asocia con los mayores riesgos de pobreza (el 43% son pobres), lo que sugiere que, en muchos casos, no se contó con la cobertura necesaria de la seguridad social. Este grupo representa el 15% de las personas adultas mayores sin ingresos (el 35% son pobres) y el 11% de las personas adultas mayores que cuentan con transferencias (56%) son pobres.

El resto de la población adulta mayor (17% del total) se encuentra inactiva por distintas causas que, probablemente, no se explican exclusivamente por la edad. Si este es el caso, correspondería a personas que no tienen posibilidades ni oportunidades de trabajar pero que no cuentan con la cobertura de la seguridad social

contributiva y ello las vuelve más vulnerables a sufrir cuadros de pobreza.

Estas limitaciones pueden reducirse al recibir transferencias, ya sea por parte del Estado o de otros familiares. Se trata del grupo mayoritario entre las personas adultas mayores con ingresos no autónomos y cuya incidencia de la pobreza es del 35%.

Es probable que quienes trabajan en actividades de menor productividad deban continuar trabajando en la vejez

En líneas generales, las personas que continúan trabajando después de los 64 años pertenecen a dos perfiles opuestos: por un lado, aquellas que ejercen actividades formales, son asalariadas, cuentan con pensión o han decidido postergar su retiro. Por otro lado, aquellas que ejercen actividades informales, agrícolas o servicios domésticos y laboran por necesidad. Dadas las diferencias entre ambos perfiles, es lógico que el primero sea menos vulnerable a sufrir cuadros de privación.

Estos perfiles, que se describen a continuación, pertenecen a las personas adultas mayores ocupadas y con ingresos autónomos, lo cual representa el 28% de esta población etaria con ingresos autónomos y el 15% de toda la población adulta mayor.

- La mayoría de trabajadores independientes trabajan por cuenta propia (cuadro 4.11). La proporción de personas trabajadoras independientes es inversa a la que se observa en el conjunto de la población trabajadora del país. El 70% de las personas adultas mayores ocupadas laboran en forma independiente y el 54% lo hace por su cuenta⁸. Este último grupo muestra un mayor riesgo de pobreza (23%).
- El trabajo asalariado reduce el riesgo de ser pobre. Las personas adultas mayores asalariadas representan el 28% de las ocupadas y tienen el menor riesgo de pobreza (16%).
- Las trabajadoras domésticas son las más vulnerables a la pobreza. La incidencia de pobreza en este grupo alcanza el 38%, lo que explica por qué las mujeres adultas mayores ocupadas tienden a mostrar un riesgo a la pobreza mayor que el de los hombres.

Con ello se plantean dos problemas: (i) las limitadas opciones laborales para las mujeres que hace que estas permanezcan inactivas o se concentren en actividades de baja remuneración -como los oficios domésticos- y (ii) la evasión de la seguridad social relacionada con las servidoras domésticas, debido a las dificultades de inspección por parte de las autoridades.

- Trabajar en sectores de baja productividad aumenta el riesgo de pobreza. Una cuarta parte de la población adulta mayor se mantiene trabajando en actividades agrícolas tradicionales y un 45% en el sector informal no agrícola, ambos con riesgos de pobreza cercanos al 22%, en oposición al riesgo de pobreza del 8% para el restante 30% de la población que trabaja formalmente.

La población asegurada cotizante al seguro de salud enfrenta un menor riesgo de pobreza

La forma en que se accede al seguro de salud de la Caja Costarricense

de Seguro Social (CCSS) refleja el tipo de vinculación, pasada o presente, con el mercado de trabajo y la acción de las políticas de protección social. Estas últimas han sido exitosas en cuanto a la universalización del servicio; en el caso particular de las personas adultas mayores, únicamente el 6% se encuentra desprotegido por el sistema (cuadro 4.12).

No obstante, el éxito en cuanto al tipo de aseguramiento es menos alentador, pues la mayoría de la población con más de 65 años no es asegurada cotizante, lo cual supone un riesgo al sistema puesto que, para el segmento poblacional en cuestión, únicamente la mitad de quienes se benefician del sistema de salud contribuyen a sostenerlo.

Casi la mitad de las personas adultas mayores (47,6%) son aseguradas cotizantes, ya sea como trabajadoras activas (7,2%) o como pensionadas contributivas (40,4%). En vista de que este grupo representa a quienes participan formalmente en el mercado laboral, se entiende que se hallen en mejores condiciones que quienes trabajan informalmente, por lo que muestran los menores riesgos de pobreza (14%). Mientras que las personas aseguradas

Cuadro 4.11: Características de las personas adultas mayores con ingreso autónomo y ocupadas (2007)

| Indicador | Distribución relativa | | Incidencia |
|---|-----------------------|--------|------------|
| | Total | Pobres | Pobreza |
| Personas adultas mayores con ingreso autónomo y ocupadas | | | |
| Categoría ocupacional | 100,0 | 100,0 | 17,9 |
| Independientes | 70,1 | 72,5 | 18,6 |
| Cuenta propia | 53,8 | 68,9 | 22,7 |
| Asalariados/as | 28,4 | 25,2 | 15,9 |
| Servicio doméstico | 5,3 | 11,5 | 37,9 |
| Familiar no remunerado | 1,5 | 2,3 | 26,8 |
| Grado de voluntad | 100,0 | 100,0 | 17,9 |
| Voluntario | 56,1 | 33,8 | 11,0 |
| No voluntario | 43,9 | 66,2 | 26,5 |
| Segmento de mercado | 100,0 | 100,0 | 17,9 |
| Agricultura tradicional | 25,0 | 31,8 | 22,6 |
| Sector informal no agrícola | 45,4 | 55,2 | 21,8 |
| Actividades formales | 29,6 | 13,0 | 8,0 |

Fuente: Trejos, 2008 con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del INEC.

cotizantes directas representan menos de la mitad de la población adulta mayor que se reporta activa, las personas aseguradas y pensionadas superan al número de quienes se clasifican como inactivas por pensión o jubilación.

Esto último se debe a que cerca de un décimo de las personas pensionadas se mantienen trabajando. En todo caso, se demuestra que existe un porcentaje de personas activas que no son aseguradas directas y ambos grupos se concentran- y son la mayoría- de las personas adultas mayores con ingresos autónomos.

Cerca de una cuarta parte de las personas adultas mayores son aseguradas familiares (24,3%), cifra muy similar a la de las personas inactivas dedicadas a oficios domésticos (23,7% de las personas adultas mayores activas), lo que sugiere que este grupo corresponde a las amas de casa.

De ser así, las mujeres amas de casa constituirían el grupo mayoritario dentro de la población adulta mayor inactiva y tendrían acceso a la seguridad social solo en forma indirecta. Este grupo (los asegurados familiares) posee una incidencia de la pobreza cercana al 28% y por encima de la

media nacional entre las personas adultas mayores (23%).

Los asegurados y las aseguradas por cuenta del Estado, ya sea directamente o mediante el régimen de pensiones no contributivas por monto básico, representan el 23% de la población adulta mayor. Algo más de la mitad de quienes son asegurados directos por el Estado son pobres, lo que refleja un buen enfoque de ese programa de protección social. Cerca de un tercio de las personas que reciben pensiones no contributivas se mantienen bajo los umbrales de la pobreza, pese a que los montos de las pensiones no contributivas se incrementaron más del doble entre el 2006 y el 2007⁹.

El 75% de las personas adultas mayores con ingresos no autónomos corresponde a pensionadas del régimen no contributivo, de forma que el programa constituye su principal fuente de transferencias y, eventualmente, logra -como máximo- que dos de cada tres personas beneficiarias supere los umbrales de pobreza¹⁰ (Trejos, 2008). Las personas adultas mayores aseguradas por el régimen no contributivo tienen un riesgo de pobreza similar (32%) a quienes no tienen seguro.

Cuadro 4.12: Acceso al seguro de salud de las personas adultas mayores, según fuente de ingresos y grado de pobreza (2007)

| Indicador | Personas adultas mayores totales | | | Personas adultas mayores sin ingresos | | | Solo con ingreso no autónomo | | | Con ingreso autónomo | | |
|-----------------------------|----------------------------------|--------|--------------------|---------------------------------------|--------|--------------------|------------------------------|--------|--------------------|-----------------------|--------|--------------------|
| | Distribución relativa | | Incidencia pobreza | Distribución relativa | | Incidencia pobreza | Distribución relativa | | Incidencia pobreza | Distribución relativa | | Incidencia pobreza |
| | Total | Pobres | | Total | Pobres | | Total | Pobres | | Total | Pobres | |
| Acceso al seguro de salud | 100,0 | 100,0 | 23,2 | 100,0 | 100,0 | 31,5 | 100,0 | 100,0 | 34,7 | 100,0 | 100,0 | 15,3 |
| Asegurado cotizante | 7,2 | 4,2 | 14,0 | 4,4 | 2,1 | 17,7 | 4,1 | 4,8 | 39,2 | 9,3 | 5,6 | 8,9 |
| Asegurado pensionado | 40,4 | 24,2 | 14,0 | 3,1 | 1,0 | 17,1 | 0,0 | 0,0 | | 73,2 | 65,8 | 13,9 |
| Asegurado familiar | 24,3 | 28,7 | 27,7 | 72,4 | 67,5 | 28,3 | 15,6 | 12,9 | 28,9 | 6,7 | 11,3 | 24,4 |
| Asegurado cuenta del Estado | 4,1 | 8,4 | 51,2 | 10,5 | 16,4 | 52,8 | 2,9 | 4,4 | 54,7 | 1,8 | 5,6 | 45,6 |
| Asegurado por RNC | 18,4 | 26,9 | 32,4 | 0,0 | 0,0 | | 74,9 | 73,2 | 33,9 | 4,2 | 6,4 | 22,0 |
| No asegurado | 5,5 | 7,5 | 31,9 | 9,6 | 13,0 | 43,6 | 2,5 | 4,7 | 62,4 | 4,8 | 5,5 | 16,6 |

Fuente: Trejos, 2008 con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del INEC.

Entre los no asegurados, quienes carecen de ingresos, o a lo sumo reciben ayudas de familiares, son más vulnerables: mientras que las personas que cuentan con ingresos autónomos poseen un riesgo de pobreza menor.

El acceso a una pensión contributiva reduce la incidencia de pobreza

Entre las personas adultas mayores que cuentan con un ingreso autónomo, un 89% se benefician de una pensión contributiva. Se trata de quienes tuvieron acceso a un sistema previsional. Para ellas el riesgo de sufrir condiciones de pobreza es de 14%, o sea, por debajo del promedio (cuadro 4.13).

Las pensiones mayoritariamente provienen del régimen de la Caja Costarricense de Seguro Social (83%), pero cuando se recibe una pensión proveniente de los regímenes con cargo al presupuesto nacional, la vulnerabilidad ante la pobreza es menor. Apenas el 3% de los exempleados públicos se ubica por debajo de los umbrales de privación material. Cuando, además de una pensión contributiva hay una segunda fuente de ingresos por mantenerse trabajando, el riesgo de pobreza es menor.

Para aquellas personas que carecen de ingreso propio, la mayor transferencia estatal es la pensión del régimen no contributivo; sin embargo, como se verá más adelante, si bien esta ayuda constituye un instrumento valioso para sacar a las personas de la pobreza, quienes la reciben mantienen una incidencia de la pobreza similar a quienes no cuentan con ningún tipo de ingreso.

¿Por qué es conveniente contar con una pensión para la edad de retiro?

¿De dónde proviene el ingreso primario de las personas adultas mayores?

Para el 41,5% de las personas adultas mayores las pensiones contributivas

son su principal fuente de ingreso; para el 22,5% lo son las transferencias y para el 11,2%, el ingreso laboral. A la vez, un 22% de las personas adultas mayores carecen de ingreso.

El sistema de pensiones, además, presenta un fuerte sesgo a favor de una mejor cobertura de la población masculina: mientras más de la mitad (55%) de los hombres mayores de 65 años gozan de pensión, solo el 31% de las mujeres adultas mayores disfrutan de una pensión contributiva.

También, es levemente más amplia la cobertura del sistema de pensiones entre la población con 75 o más años: el 44% de este grupo etario es beneficiario de una pensión, contra el 40% para las personas en edades entre 65 y 74 años.

Una de cada cinco personas pensionadas es menor de sesenta años

Para una sociedad es recomendable mantener laboralmente activa a su población en edad productiva pues se aprovecha el recurso humano con que se cuenta y se ofrece mayor sostenibilidad a su sistema de pensiones.

En términos individuales, para una persona es beneficioso estar asociada a un sistema previsional desde temprano y laborar hasta alcanzar al menos, sus 65 años. Esta condición le propicia acumular un mayor ahorro individual, así como contribuir con más aportes al sistema de pensiones

Cuadro 4.13: Características de las personas adultas mayores con ingreso autónomo y pensión contributiva (2007)

| Indicador | Distribución relativa | | Incidencia Pobreza |
|---------------------------|-----------------------|--------|--------------------|
| | Total | Pobres | |
| Pensionados contributivos | | | |
| Condición de actividad | 100,0 | 100,0 | 13,7 |
| Ocupados | 10,9 | 8,9 | 10,8 |
| Pensionados | 89,1 | 91,1 | 13,8 |
| Sistema contributivo | 100,0 | 100,0 | 13,7 |
| RIVM-CCSS | 83,1 | 96,0 | 16,0 |
| Regímenes especiales | 16,9 | 4,0 | 3,1 |

Fuente: Trejos, 2008 con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del INEC.

y, por tanto, asegurarse una mejor pensión durante su vejez. Es de esperar, por consiguiente, que el sistema de pensiones no sea permisivo ni estimule el retiro anterior a los 65 años.

Este no es el caso del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte; en él, el 20% de las personas pensionadas son menores de 60 años. En el 2007, algo más de 12.000 personas con edades entre 50 y 54 años, y más de 16.000 personas entre 55 y 59 años ya se encontraban pensionadas. Es decir, el 4,9% de la población entre 50 y 54 años y el 9,6% de la población entre 55 y 59 años se habían retirado del mercado laboral. Aunque este porcentaje (14,5%) de personas pensionadas es alto, es menor al 17% de la población entre 50 y 59 años que ya estaba pensionada en el 2001 (22.167 personas).

Dicha disminución muestra que, con las reformas implementadas, se han dado esfuerzos por disminuir las pensiones en plena edad productiva, los cuales han sido más efectivos sobre la población entre 55 y 59 años. El porcentaje de personas pensionadas en este grupo de edad se redujo de 12% a 9,6% entre el 2001 y el 2007, mientras que en ese período el porcentaje de personas pensionadas entre 40 y 54 años se mantuvo alrededor del 5%.

A partir de los 45 años, las personas comienzan un proceso de retiro del mercado laboral por pensión; aunque bajo (0,7%), el porcentaje de hombres retirados con edades entre 45 y 49 años es más del doble del de los hombres con edades inferiores a 45 años, mientras que el de las mujeres se cuadruplica (pasa de 0,4 a 1,6%) (gráfico 4.5).

Además, hay una mayor tendencia en las mujeres por acudir al retiro anticipado: el porcentaje de mujeres pensionadas es de 5,8% entre los 50 y 54 años, de 11,3% entre los 55 y 59 años y de 21,7% entre los 60 y los 64 años, mientras que el porcentaje de hombres retirados a estas edades es de 3,9%, 7,6% y 16,5%, respectivamente.

Aunque las mujeres tienden a pensionarse antes, los hombres logran –como ya se ha dicho– una mayor cobertura pues, a partir de los 60 años se acelera el ritmo al que estos se pensionan, de forma que para cuando alcanzan la edad oficial de retiro (los 65 años), el 40% de los hombres logra obtener una pensión, contra apenas el 25% de las mujeres.

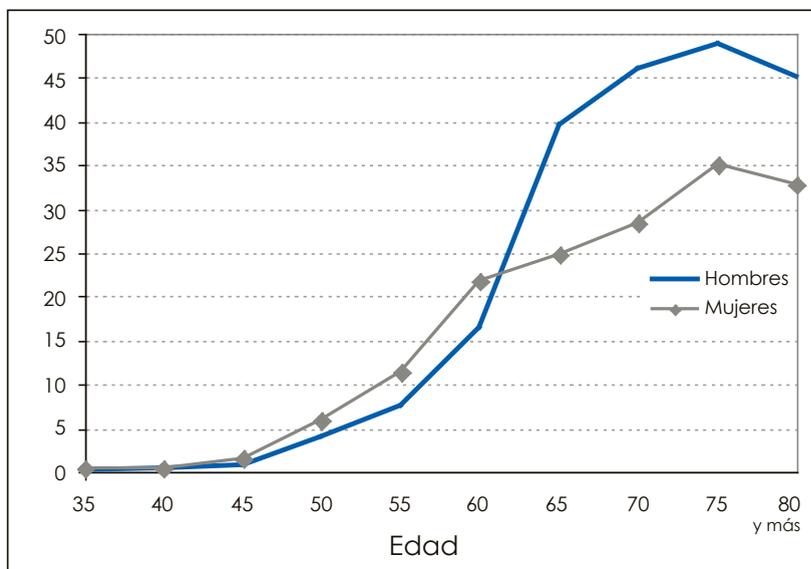
¿Cómo funcionan las pensiones?

Más que un plan de ahorro, las pensiones son un sistema complejo de la seguridad social y la construcción de riqueza de un país

Las pensiones son un componente de la seguridad social que les ofrece a las personas trabajadoras un ingreso durante su vejez o ante incapacidades laborales e, incluso, algún nivel de aseguramiento a sus allegadas. Así, una pensión es un flujo de ingresos que se le otorga a una persona, usualmente, tras cumplir con ciertas condiciones de elegibilidad y como una compensación diferida por el trabajo realizado durante su vida productiva (Jiménez y Cuadros, 2003:118).

También se puede recibir una pensión por motivos no ocupacionales, tales como la asistencia a personas en condiciones de pobreza, a personas

Gráfico 4.5: Porcentaje de personas pensionadas en la población mayor de 35 años por sexo (2007)



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del INEC.

con discapacidad o dependientes de quienes sí tienen acceso a las pensiones contributivas. Estas prestaciones son fruto de un plan de ahorro durante la etapa laboral y pueden entregarse (i) como una mensualidad o anualidad garantizada a partir del momento de la jubilación o (ii) como un único desembolso al jubilarse por el total de ahorros acumulados a lo largo de la vida productiva.

Las pensiones, al ser, en muchos casos, la única fuente de ingresos para las personas en etapas no productivas, impactan la redistribución del

ingreso y a la población vulnerable o en condiciones de pobreza, por lo que son uno de los componentes más relevantes de la política social orientada a la población adulta mayor.

Asimismo, los sistemas de pensiones son una fuente considerable de financiamiento de la inversión, en tanto constituyen una parte significativa del ahorro nacional, indispensable para la generación de riqueza en el largo plazo. Por ello, contar con un sistema de pensiones sano y amplio beneficia a la sociedad en su conjunto.

Recuadro 4.1: ¿Qué se requiere de un fondo de pensiones?

El objetivo básico de un fondo de pensiones consiste en poder devolverles, durante la etapa de jubilación, el valor de los ahorros acumulados a quienes cotizaron para el fondo durante su vida productiva, de forma tal que reciban un ingreso en la vejez que les permita mantener un nivel de consumo y bienestar similar al de su etapa laboral. Para esto se requiere que los fondos de pensiones cumplan con las siguientes características (CEPAL, 2006: 119 y ss.):

- Cobertura amplia: los fondos de pensiones deberían poder incorporar a la totalidad de la población ocupada. Sin embargo, en la práctica, las actividades informales, las dificultades para cotizar, las necesidades de consumo a corto plazo o las expectativas de un mayor rendimiento en otras formas de inversión impiden alcanzar este objetivo (Jiménez y Cuadros, 2003:125-126).
- Sostenibilidad de largo plazo: debe preverse que los aportes de las diferentes generaciones al fondo sean suficientes para financiar su jubilación en el futuro. Esta sostenibilidad se ve amenazada si la población se envejece sin haber logrado incrementar su riqueza, o si predominan las actividades agrícolas e informales en la economía (Jiménez y Cuadros, 2003:120, 131).
- Homologación y portabilidad de los sistemas de pensiones: es preferible contar con un único régimen de pensiones que imponga iguales reglas de participación a todas las personas. En caso de existir diversos regímenes, es deseable que estos se unifiquen y que se facilite la portabilidad de las cuentas individuales, de forma tal que resulte sencillo trasladar los ahorros de un fondo a otro si la persona así lo desea, o si cambia de actividad productiva.
- Equidad horizontal y vertical: los sistemas de pensiones deben reflejar los esfuerzos de ahorro individual, de manera que los beneficios recibidos correspondan con el valor de los aportes. En la medida en que los sistemas de pensiones reflejan un consenso sobre el tipo de sociedad que se desea, estos pueden alterar –en forma progresiva o regresiva– la redistribución del ingreso mediante mayores transferencias a los grupos de menores ingresos.
- Separación de los componentes contributivo y no contributivo: las pensiones contributivas deben ser compatibles con las no contributivas, de forma tal que no compitan entre sí y el acceso a las primeras no le impidan a alguien, en condición de pobreza, recibir una transferencia del régimen no contributivo (CEPAL, 2006:143).
- Impedir la evasión.
- Reglas claras de inversión y supervisión: debe ofrecerse información, educación, protección y supervisión adecuadas sobre la rentabilidad de los fondos, de manera que pueda garantizarse un monto apropiado de pensión en el futuro.
- Eficiencia en la administración: las administradoras u operadoras de pensiones deben ser eficientes en la administración de los fondos a su cargo, de forma tal que los costos operativos no consuman una fracción significativa de los aportes y se pueda garantizar un flujo de ingresos en el futuro para los y las contribuyentes.

Recuadro 4.2: Modelos de sistemas de pensiones de reparto y capitalización individual**Reparto****Capitalización****Definición**

Los fondos aportados en cada período se utilizan en su totalidad para financiar las pensiones de las personas pensionadas. En caso de que los aportes recolectados superen el monto de las pensiones pagadas, el sistema se denomina de reparto con capitalización parcial, pues además de la redistribución intergeneracional, se crea un fondo de reservas que genera intereses y se utilizaría para financiar el pago de pensiones futuras.

Los aportes se depositan en cuentas individuales que generan un rendimiento financiero, son portables entre ocupaciones o sectores y son administradas por operadoras privadas. El monto de la pensión futura se calcula a partir del saldo en la cuenta individual y la esperanza de vida al momento de la jubilación, por lo que los beneficios se hallan directamente relacionados con el valor de las contribuciones.

Beneficios

- Se comparten los riesgos intergeneracionalmente.
- Es un sistema solidario que les facilita el acceso a una pensión a grupos vulnerables y en condiciones de pobreza.
- Menores costos administrativos.

- Mayor sostenibilidad en el largo plazo.
- Promueve la cotización permanente.
- Limita la evasión y la subdeclaración.
- Al estar en relación directa con los beneficios, las contribuciones son percibidas como un ahorro propio.

Debilidades

- Quienes no alcanzan la densidad (mínimo de cuotas) para pensionarse o llegan a la máxima tasa de reemplazo tienen incentivos para subdeclarar.
- No pondera el momento de los aportes, por lo que hay incentivos para subdeclarar el monto de pensión al inicio de la vida laboral y sobrerreportar los ingresos en los momentos previos a la jubilación.
- El reparto depende del ciclo económico.
- La disociación entre los aportes y los beneficios hace que se perciba como impuesto y no como un ahorro para el futuro (Jiménez y Cuadros, 2003:120).
- No es sostenible en procesos de envejecimiento poblacional.

- Se transfieren los riesgos financieros a las personas trabajadoras.
- Pérdida de algún grado de solidaridad, compensable con pensiones mínimas o subsidios.
- Puede generar brechas en detrimento de las mujeres, quienes tendrían menores aportes a raíz de la discriminación salarial, una mayor tasa de desempleo y una mayor esperanza de vida.
- Los beneficios dependen de la variabilidad financiera.
- Podría perder atractivo como inversión frente a otros proyectos.
- Podría haber altos costos por comisiones. En América Latina, estos costos, en promedio, consumen hasta el 25% del aporte total o el 33% del aporte capitalizable. (Uthoff, 2002:51).

De un sistema de reparto a uno multipilar: la sostenibilidad de las pensiones exige constante revisión

En menos de una década, el sistema de pensiones costarricense ha sufrido dos reformas: la primera de ellas, en el año 2000, fue de carácter estructural y convirtió el antiguo sistema de reparto en un sistema mixto que incluía componentes de capitalización individual, mientras la segunda, ocurrida en el 2005, consistió en una reforma paramétrica¹¹ que solventaba los problemas de sostenibilidad en el corto plazo.

Dicho cambio implica que será necesario aplicar otras reformas en el futuro para asegurarles el pago de pensión

a quienes actualmente están trabajando. Los principales logros de estas reformas se resumen a continuación:

- Reforma del 2000: la ley 7983 de Protección al Trabajador reforma estructuralmente al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) de la Caja Costarricense de Seguro Social al convertir el sistema de reparto en un sistema de tres pilares, con el objetivo de asegurarle, en el futuro, a la población pensionada un ingreso equivalente, por lo menos, al 70% de su salario de referencia.
- Esta ley considera la universalización de las pensiones para las personas

adultas mayores en condición de pobreza, la ampliación de la cobertura del régimen de IVM y la definición del marco regulatorio y de supervisión para los regímenes de pensiones complementarias, tanto públicos y privados, como obligatorios y voluntarios (art. 1).

- La Superintendencia de Pensiones (SUPEN) se creó como ente regulador del mercado específico; se creó un sistema centralizado de recaudación (SICERE) que facilita la recolección y la portabilidad entre regímenes; se fortaleció el régimen de IVM y se buscó ampliar la cobertura y la sostenibilidad del sistema en general.
- Adicionalmente, la Ley de Protección al Trabajador introdujo cuatro reformas no paramétricas (Martínez, 2005:27); creó mecanismos para combatir y reducir la evasión, la morosidad y la subdeclaración; creó nueva regulación para permitirle a la CCSS diversificar su cartera de inversión; se fijó un plazo de cinco años para incorporar al régimen de IVM a la totalidad de la población que trabaja en forma independiente y se dotó de ingresos complementarios a la CCSS para financiar la ampliación de la cobertura del régimen de IVM.
- Reforma del 2005: la Reforma al Reglamento del Seguro Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS, 2005) prolonga la sostenibilidad del sistema de pensiones en, aproximadamente, veinte años¹², al implementar las siguientes reformas paramétricas (Rodríguez, 2005a:3 y ss.):

Cuadro 4.14: Evolución del sistema de pensiones en Costa Rica

| | |
|--------------|---|
| 1941: | Creación de la Caja Costarricense de Seguro Social. |
| 1943: | Reforma a la Ley de creación de la Caja Costarricense de Seguro Social. |
| 1947: | Creación del régimen de invalidez, vejez y muerte. |
| 1954: | Extensión del aseguramiento a la esposa del trabajador asalariado. |
| 1961: | Promulgación de la universalización del seguro social en un plazo de diez años. |
| 1965: | Extensión del aseguramiento al grupo familiar de la persona asalariada. |
| 1970: | Eliminación de los topes salariales en el monto de la cotización. |
| 1971: | Obligatoriedad del seguro de pensiones de invalidez, vejez y muerte para todas las trabajadoras asalariadas, reducción de la cuota aportada por el Estado e incremento –en igual monto– de la cuota patronal. |
| 1974: | Creación del régimen de pensiones no contributivas para las personas en condiciones de pobreza, financiado mediante el Fondo de Asignaciones Familiares. |
| 1975: | Creación del seguro voluntario de pensiones para quienes trabajan por cuenta propia. |
| 1980: | Ampliación de la cobertura contributiva al 68% de la población ocupada. |
| 1991: | Aumento de la edad de retiro de 55 a 60 años para las mujeres y de 57 a 62 años para los hombres. |
| 1992: | Unificación de los regímenes especiales con cargo al Presupuesto Nacional. |
| 1995: | Reforma al régimen de pensiones del Magisterio Nacional. |
| 2000: | Reforma estructural que convierte al sistema de pensiones de reparto en un sistema multipilar. |
| 2005: | Reforma paramétrica |

Fuentes: Martínez, 2008:9 y ss. y López, 2004: 147 y ss.

- Requisitos y salario de referencia: el derecho a pensión por vejez mantiene la edad de retiro a los 65 años de edad, pero se incrementa en años de trabajo (de 240 a 300 cuotas) los requisitos de cotización (CCSS: 2005, art.5).
- Asimismo, se modifica el cálculo del salario de referencia, al pasar de los 48 mejores salarios nominales de los últimos 60, al promedio de los últimos 240 salarios en términos reales, según el índice de precios al consumidor (CCSS: 2005, art. 23). Se permite el retiro anticipado cuando: (i) se tienen 300 cuotas y se ha llegado a los 60 años, en el caso de las mujeres, o los 62 en los hombres; o (ii) cuando, teniendo 300 cuotas y menor edad, se acepte una reducción en el monto de la pensión (CCSS, 2005, art. 5).
- Modificación de beneficios: se reduce la tasa de reemplazo y se establece en función inversa al salario, desde 43% para los mayores salarios y 52,5% para los menores. A partir de las 240 cuotas, se reconoce una cuantía adicional del 0,0833% sobre el salario promedio de referencia por cada mes cotizado en exceso (CCSS, 2005, art. 24). Y, por postergación de la jubilación (a partir de 300 cuotas y 65 años), se reconoce una cuantía de 0,1333% sobre el salario de referencia por cada mes adicional, siempre y cuando el monto total recibido por concepto de pensión no supere el 125% del salario de referencia (CCSS, 2005, art. 25).
- Asimismo, se establece que el monto de la pensión no puede ser inferior al 50% del ingreso o salario mínimo de contribución, mientras que queda a discreción de la Junta Directiva de la CCSS establecer el monto máximo de pensión (CCSS: 2005, art. 29). También se introdujo un beneficio reducido de vejez para quienes alcanzan la edad de retiro con más de 15 años (180 cuotas) pero menos de 25 (300 cuotas) laborados.
- Este beneficio se define como un porcentaje de la pensión mínima y aumenta conforme aumentan los años de cotización, desde 75% para 180 cuotas hasta 99,79% para 299 cuotas (CCSS: 2005, art. 24).
- Modificación de la tasa de cotización: Se introduce, a partir del 2010, incrementos quinquenales del 0,5% del salario, de forma tal que el aporte a la pensión pase del 7,5% al 10,5% del salario en 2035 (CCSS: 2005, art. 33).

¿En qué consiste el régimen base obligatorio?

El régimen base obligatorio es el primer pilar del sistema, de gestión pública y carácter obligatorio, tanto para la población asalariada como independiente de donde proviene la principal fuente de ingreso por concepto de pensión que reciben las personas jubiladas.

Se define como un sistema de reparto con capitalización parcial basado en primas escalonadas, de contribuciones indefinidas¹³ y beneficio definido¹⁴ que ofrece un nivel básico de protección y considera una función progresiva en la redistribución del ingreso, pues sus tasas de reemplazo¹⁵ son regresivas, es decir, a mayores ingresos y aportes, menor es el monto de la pensión relativo al salario base que se recibe, lo cual genera transferencias desde los grupos de mayores ingresos hacia los de menores ingresos (López, 2004:146). Actualmente, en promedio, esta tasa de reemplazo ronda la mitad del salario base.

Este régimen está integrado, principalmente, por el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, el cual cubre al 89% de la población asegurada, al 62% de la pensionada y al 54% de la población económicamente activa (CCSS y SUPEN¹⁶). El resto de las personas aseguradas (11%) están cubiertas por los regímenes especiales con cargo al Presupuesto Nacional¹⁷, el Fondo de Capitalización Colectiva del Magisterio Nacional, el Fondo de Pensiones del

Poder Judicial y el Fondo de Pensiones del Benemérito Cuerpo de Bomberos. A estos debe agregárseles el régimen no contributivo, el cual cubre al 32% de las personas pensionadas.

Además de los regímenes básicos, existen seis regímenes colectivos especiales de pensiones, creados en su momento en beneficio de algunos grupos de interés. Estos son: el Fondo de Garantías y Jubilaciones del Banco de Costa Rica, el Fondo de Garantías y Jubilaciones del Banco Nacional de Costa Rica, el Fondo de Retiro de la CCSS, el Fondo de Garantías y Jubilaciones del Banco Central de Costa Rica, el Fondo de Garantías y Jubilaciones de la Refinadora Costarricense de Petróleo (RECOPE) y el Fondo de Garantías y Jubilaciones del Instituto Costarricense de Electricidad.

En total, hay alrededor de 62.500 personas afiliadas a estos fondos especiales que, en el 2007, mantenían activos por 291.506 millones de colones.

La existencia de estos regímenes especiales –tanto básicos como colectivos– explica por qué las personas adultas mayores quienes habían trabajado para el Estado mostraban una incidencia de pobreza mucho más baja que el resto; debido a los privilegios y el tamaño reducido de cada grupo, estos regímenes cuentan con más recursos para repartir entre sus miembros.

En el 2007, los regímenes básicos de pensiones totalizaban activos netos por casi 1,6 billones de colones y contaban con 1.048.880 personas afiliadas (SUPEN), pero se presentan fuertes asimetrías entre los fondos y los beneficios que estos pueden ofrecer. Por ejemplo, en promedio, el fondo de IVM cuenta con algo más de un millón de colones en activos netos por cada persona afiliada a su régimen; mientras los activos per cápita del Magisterio ascienden a 6,6 millones de colones, los del Poder Judicial a 23,1 millones y los del Cuerpo de Bomberos a 58,5 millones de colones.

Resulta preocupante que los activos netos del régimen de IVM crecen a

una tasa relativamente estable y cercana al 6% pero la afiliación crece, en promedio, al 8,4% anual, lo que supone una constante reducción de los activos disponibles per cápita en el principal régimen del sistema.

La anterior es una de las señales que evidencian la necesidad de aplicar futuras reformas orientadas tanto a darle sostenibilidad al régimen de IVM como a reducir las asimetrías entre los diferentes regímenes aún vigentes.

Los regímenes colectivos benefician a alrededor de 240.000 personas (SUPEN), siendo el régimen de IVM el de mayor importancia: el 62% de las pensiones corresponde al régimen de IVM. Por ser el régimen de IVM el principal fondo básico, las pensiones que reciben las personas afiliadas a él son inferiores a las de los fondos privilegiados, con excepción –obviamente–, del régimen no contributivo, que es asistencial.

Mientras la pensión promedio del régimen de IVM fue de 127.662 colones mensuales en el 2007, el promedio de las pensiones mensuales otorgadas

Recuadro 4.3: Regímenes con cargo al Presupuesto Nacional bajo el programa 743

1. Beneméritos.
2. Premio Magón Ley 7302.
3. Correos, telégrafos y radios, nacionales.
4. Derecho, Guardia Civil.
5. Derecho, Música.
6. Gracia.
7. Expresidentes de la República.
8. Hacienda y Poder Legislativo.
9. Magisterio Nacional y profesores, según Ley 2248. del 5 de agosto, 1958.
10. Magisterio Nacional y profesores, según Ley 7268 del 14 de setiembre, 1991.
11. Magisterio Nacional y profesores, según Ley 7531 del 10 de julio, 1995.
12. Obras públicas.
13. Registro Público.
14. Víctimas de guerra.
15. Empleados del Ferrocarril Eléctrico al Pacífico.
16. Régimen general de pensiones.

por los otros regímenes fue de 180.633 colones. En cuanto al régimen no contributivo, este ofrecía una pensión de 52.446 colones al mes.

¿En qué consiste el régimen de pensiones complementarias obligatorias?

Las pensiones complementarias obligatorias nacen como un ahorro individual que permite compensar las reducciones previstas en las tasas de reemplazo del sistema de reparto, producto del envejecimiento demográfico. Al pensionarse, las personas pueden esperar recibir de este pilar alrededor del 20% de su salario de referencia, lo que se suma al 50% que les ofrece el primero (Martínez, 2005:6).

Este pilar se financia con un aporte patronal del 3% sobre el salario (Ley 7983, 2000, art. 3), el cual se destina a un fondo de capitalización laboral y un fondo de pensión complementaria. Estos son fondos de capitalización individual, de contribución definida y de beneficios indefinidos, por lo que las prestaciones futuras que ofrezcan dependerán directamente de la magnitud de los aportes, el tiempo en el que se cotizó y la rentabilidad de las inversiones realizadas.

La gestión de este pilar es privada, y se ejecuta mediante las operadoras de pensiones complementarias, las cuales cobran una comisión por la administración de los fondos; están sujetas a la regulación financiera, especialmente a la Superintendencia de Pensiones y deben contar con un capital mínimo de doscientos cincuenta millones de colones (Ley 7983, 2000, art. 37).

Además, en tanto este es de capitalización individual, el monto futuro de las prestaciones depende no solo de los aportes acumulados en cada cuenta sino, también, de la rentabilidad que rinda el fondo. Al respecto, cabe mencionar que la rentabilidad real anual del régimen ha sido altamente variable: de 9,8%

en el 2003, 2,5% en el 2004, 4,1% en el 2005, 10,3% en el 2006 y -0,7% en el 2007.

Hacia finales del año 2007, había 1.608.595 personas afiliadas a algún fondo obligatorio en las operadoras de pensiones, las cuales totalizaban activos por 718.090,5 millones de colones. Desde la implementación de la Ley de Protección al Trabajador, en promedio, se han acumulado 446.408 colones de activos por cada cotizante en el segundo pilar.

Tanto los fondos obligatorios como los voluntarios sufren de limitaciones para diversificar su portafolio debido a la pequeñez y poca profundidad del mercado bursátil costarricense¹⁸, por lo que se hallan altamente concentrados en emisiones del sector público. En el 2007, el 65,2% del portafolio del régimen obligatorio de pensiones complementarias se invirtió en el sector público, contra el 16,1% en el sector privado, 13,4% en emisores extranjeros y 5,4% en títulos de participación de fondos de inversión.

Aparte de una alta concentración en la composición de los portafolios, otro aspecto que genera discusión versa sobre la necesidad de cambiar la actual estructura de comisiones –en la que se paga un 8% sobre la rentabilidad nominal y un 4% sobre el aporte– hacia una estructura de comisiones sobre saldos que sea al menos tan competitiva como el promedio latinoamericano (SUPEN, 2007).

¿En qué consiste el régimen de pensiones complementarias voluntarias?

Las pensiones voluntarias ofrecen la posibilidad de incrementar el monto de la pensión final mediante un plan de ahorro adicional, en el que las personas definen el monto de sus aportes individuales durante el período de capitalización. Al igual que el segundo pilar, el tercero es de capitalización individual, contribución definida, beneficios indefinidos y gestión privada, pero difiere de este en que es un régimen voluntario y permite mantener contratos expresados en divisas.

Actualmente, estos fondos los administran las mismas operadoras del régimen obligatorio complementario, excepto por la operadora de la CCSS, quien no participa de este pilar. Debido a su carácter voluntario, a la escasa capacidad de ahorro de algunos sectores y a que debe competir con otros instrumentos de inversión financiera, es lógico que este sea el pilar de menor peso en el sistema, por lo que se han diseñado incentivos fiscales para estimular la participación en ellos.

Al 2007, los activos en los fondos voluntarios de pensiones ascendían a 132.423,3 millones de colones y a 132,4 millones de dólares en los fondos denominados en las respectivas monedas. Además, en estos participaban 153.472 y 13.633 personas, respectivamente. Sobre este tercer pilar, conviene resaltar las siguientes observaciones:

- Apenas el 10% de las personas afiliadas al segundo pilar participan de los fondos voluntarios de pensiones, lo cual puede deberse a dos motivos: la escasa capacidad de ahorro por parte considerable de la población o una baja competitividad de los fondos voluntarios frente a otros instrumentos financieros.
- Los activos per cápita en estos fondos ascendían a 1.027.126 colones y 9.713 dólares (cerca de 4,8 millones de colones). De esa forma, los activos per cápita del fondo voluntario en colones igualan al del régimen complementario obligatorio, mientras que los activos per cápita del fondo voluntario en dólares lo cuadruplican. Esto refuerza la noción de que las personas con mayor capacidad de ahorro participan del tercer pilar y, especialmente, de los fondos en dólares.
- Entre 2003 y 2007, la rentabilidad promedio del régimen fue de 5,2% para los fondos en colones y de 6,4% para los fondos en dólares, con pérdidas reportadas en diferentes operadoras durante el 2004 y el 2007.
- El mal desempeño en la administración de los fondos entre el 2003 y el 2004, junto con la movilidad que estos ofrecen (debido a su carácter voluntario), contrajo los activos de los fondos voluntarios en colones en un 35% y en un 74% los de dólares, lo cual nuevamente plantea la interrogante de si el mercado financiero costarricense es aún demasiado limitado para administrar apropiadamente este tipo de instrumentos.

La cobertura del régimen contributivo de pensiones es insuficiente

El régimen contributivo de pensiones debería tener una cobertura del 100% de la población económicamente activa (PEA), porque le da mayor sostenibilidad y porque las personas merecen contar, en su edad de retiro, con una fuente de ingresos que les permita vivir en condiciones similares a las que están acostumbradas.

La cobertura sobre la PEA corresponde a un total de 1.085.720 personas. De estas, 900.592 son asalariadas, 153.701 trabajan por cuenta propia y 31.427 se hallan aseguradas por convenios especiales. En total, apenas equivale al 53,6% de la PEA, aunque se han mostrado avances en el aumento de la cobertura durante los últimos años: tras la reforma del 2000, empieza a revertirse la tendencia de reducción de la cobertura que venía presentándose desde hacía una década y, tras la segunda reforma, se acelera su ritmo de crecimiento (gráfico 4.6).

Entre 1993 y 2002, la cobertura cayó –con algunos altibajos– del 48% al 44,2% y, a partir del 2002, empezó a crecer en forma sostenida, de forma tal que, en el 2006, se logró recuperar y sobrepasar el nivel de 1993 y, al año siguiente, en el 2007, se registró la mayor cobertura del sistema (53,6%).

Nótese que, mientras en el período comprendido entre 1993 y 2002, la cobertura decreció a una tasa promedio de 0,8% y creció levemente –a una tasa del 1,1%– en el 2003 y 2004,

después de la última reforma, entre el 2005 y 2007, esta creció anualmente a ritmos del 3,6%, 6% y 8,2%, mayores al crecimiento de los años previos.

El aumento en la cobertura sugiere que, efectivamente, la reforma del 2005 estuvo acompañada de esfuerzos para reducir la evasión y para promover el aseguramiento, lo que supone una mayor eficiencia en la gestión y en la supervisión. A su vez, esta mayor cobertura –y no incrementos en los aportes o salarios a partir de los cuales se cotiza– es la que explica los incrementos en la masa cotizante¹⁹ que, en el 2007, ascendía a los 280.539 millones de colones reales, lo que podría indicar que los aportes que se hacen individualmente –y que afectan los desembolsos futuros del segundo y tercer pilares– no están creciendo tanto como se desearía.

Problemas estructurales del mercado laboral limitan el crecimiento del régimen contributivo de pensiones

El aumento en la cobertura sobre la PEA se logró a partir de un mayor aseguramiento a la población no asalariada, paralelo al deterioro del aseguramiento sobre la población asalariada, lo cual es un indicador de deterioro del mercado laboral y de dificultades estructurales en el régimen de pensiones.

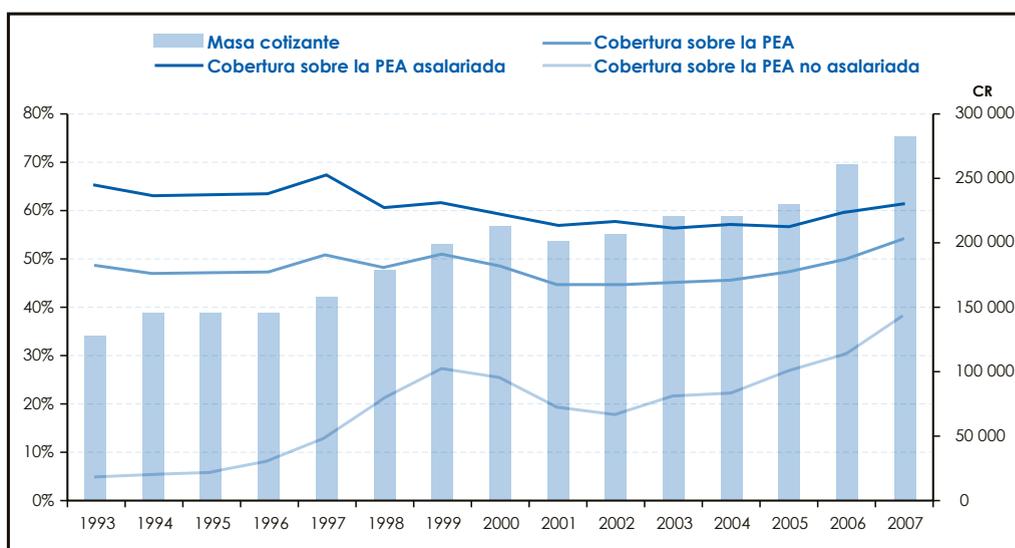
Entre 1993 y 2007, la cobertura sobre el primer grupo aumentó del 4% al 37,8%, mientras la del segundo grupo disminuyó de 64,9% a 60,9%, cuando lo esperable hubiese sido que ambas aumentasen (gráfico 4.6). No solo se deterioró la cobertura sobre la población asalariada, sino que la cobertura sobre la no asalariada está muy lejos del 100%, por lo que persisten aún dificultades estructurales para extender el sistema a una cuantiosa porción de la población.

Específicamente, este comportamiento muestra un incremento en la informalidad de la economía, que, a su vez, representa una amenaza a la sostenibilidad del sistema, porque supone una mayor volatilidad a los ciclos económicos y, por tanto, una mayor inconstancia en la cotización, así como mayores condiciones para evadir las regulaciones.

El aseguramiento a toda la población activa se dificulta por el crecimiento del empleo informal

Las dificultades para expandir el seguro de pensión hace improbable lograr la cobertura universal en el corto y en el mediano plazos. Esto último implica que habrá una parte significativa de personas trabajando que seguirán quedando excluidas

Gráfico 4.6: Cobertura del seguro de pensiones (como porcentaje) y masa cotizante (en millones de CRC reales del 2007) (1993-2007)



Fuente: CCSS, Dirección Actuarial.

del sistema y, por tanto, enfrentarán mayores riesgos de pobreza durante la vejez, así como mayores niveles de dependencia por falta de ingresos.

Entre el 2002 y el 2005, la afiliación creció, en promedio, a un ritmo del 4,5% anual y en el 2006 y el 2007 lo hizo al 8,6% y 10,7%, respectivamente, cifras superiores al 2,8% de crecimiento que experimenta la población económicamente activa, lo cual explica, evidentemente, los aumentos en la cobertura. Así, el aseguramiento directo pasó de 499.890 personas en 1990, a 771.979 una década después, y a 903.266 en el 2005, hasta superar el millón de personas en el 2007. Si la afiliación continuara creciendo a una tasa del 6,2% -equivalente al promedio entre 2002 y 2007-, entonces podría tomar 19 años completar la cobertura sobre la población económicamente activa.

Como producto de las tasas disímiles en el crecimiento de la afiliación entre la población asalariada y no asalariada, se ha dado un cambio en la estructura del aseguramiento. Mientras en 1990 casi la totalidad (98,2%) de las personas afiliadas al seguro de pensiones eran asalariadas, en el 2007 el peso relativo de este grupo era del 82,9% y el restante 17,1% se dividía entre las personas aseguradas por cuenta propia (14,2%) y por convenios especiales (2,9%).

Entre el 2000 y el 2007, la afiliación en la población asalariada creció, en promedio, a un ritmo del 4% anual y pasó de 668.164 a 900.592 personas, mientras la afiliación en la segunda creció, en promedio, al 8,6% anual, desde 103.815 a 185.128 personas, lo que se caracteriza, además, por una mayor volatilidad que la lleva a tener picos de crecimiento altos (superiores al 20% en el 2006 y en el 2007) y bajos (reducción del 15,4% en el 2001).

Por último, debe considerarse que, dados los costos crecientes para lograr mayores niveles de aseguramiento, especialmente en el sector informal de la economía, un menor crecimiento en la afiliación en el sector formal desacelerará aún más

rápido la capacidad de incrementar la cobertura de aseguramiento, lo que hace todavía menos factible extender el seguro de pensiones a toda la población.

¿Quiénes se aseguran y cotizan para el seguro de pensiones?

Las siguientes son las características más relevantes de la población asegurada:

- **Distribución por género:** en su gran mayoría (68,8%), las personas aseguradas son hombres; se obtiene así un total de 338.280 mujeres y 747.440 hombres.
- **Grupos de edad y sexo:** el grupo de edad más numeroso con aseguramiento directo es muy joven, tiene entre 25 y 29 años y corresponde a 64.533 mujeres y 122.399 hombres. A este le sigue el grupo con edades entre 20 y 24 años, en el que se encuentran 59.864 mujeres y 111.113 hombres. Estos dos grupos abarcan una tercera parte del total de personas aseguradas. El 60% de la población asegurada se encuentra entre los 20 y los 39 años de edad. Además, el 3,5% es menor de 20 años y el 0,7% supera la edad de jubilación (gráfico 4.7).
- **Sector institucional:** el 67,1% de las personas aseguradas labora en la empresa privada, seguidas del 10,7% que labora en instituciones autónomas, el 4,4% en el Gobierno Central y el 0,8% lo hace en servicios domésticos. Todos estos sectores corresponden a la población asalariada y han visto disminuir su participación desde 1999. Por su parte, la población no asalariada incluye al 14,2% de cuenta propia y al 2,9% asegurada por convenios especiales (gráfico 4.8).
- **Ubicación:** el 53,3% de la población asegurada se encuentra en San José y el 82,6%, en las provincias centrales (gráfico 4.9).

- Rama de actividad: el 12,3% de la población asegurada se dedica a actividades primarias (agricultura, ganadería, caza, silvicultura, pesca y minería); el 19,7% se dedica a actividades secundarias (industria, construcción y servicios públicos de infraestructura), mientras que la gran mayoría, 53,8%, realiza actividades del sector servicio, y el restante 14,2% ejerce actividades independientes. Ramas productivas y rentables como actividades turísticas (4%) o la intermediación financiera (3,5%), emplean a un porcentaje bajo de la población asegurada (gráfico 4.10).

Riesgos de sostenibilidad del sistema de pensiones

Los riesgos de sostenibilidad a que se enfrenta un sistema multipilar pueden provenir tanto del sistema de reparto como del de capitalización individual.

Por un lado, el sistema de reparto corre riesgo de volverse insostenible si: (i) continúa el aumento del peso de la población adulta mayor respecto a la población cotizante, la cual se espera que aumente, del actual 10,5% de la población en edad de trabajar, al 36,8% en el 2050, (ii) el mercado laboral continúa segmentándose mediante un mayor crecimiento del empleo informal (4,1%) relativo al empleo formal (3,8%) y, por tanto, excluyendo del aseguramiento directo a una parte considerable de la población trabajadora, (iii) no se logra revertir la eliminación de portillos que eventualmente permiten las jubilaciones tempranas disfrazadas de invalidez, o (iv) no se eliminan la evasión y la subdeclaración entre cotizantes, las cuales se estimaban en un tercio de los ingresos de la CCSS por concepto de cuotas antes de implementar la primera reforma (Foro de Concertación Nacional, 1998).

El riesgo en la capitalización individual consiste en que, al momento de jubilarse, la cuenta individual ni siquiera genere un monto mínimo de pensión. Tal situación ocurriría por dos motivos: o el saldo en la cuenta (la base) es reducida o lo es la rentabilidad (los intereses).

El primero de estos se origina cuando la capacidad o disponibilidad de ahorro individual son escasas y, por tanto, los aportes son bajos, cuando se interrumpe por varios períodos la cotización al sistema o cuando se ha cotizado por poco tiempo y cerca de la edad de retiro, de forma tal que no se consolida un ahorro significativo.

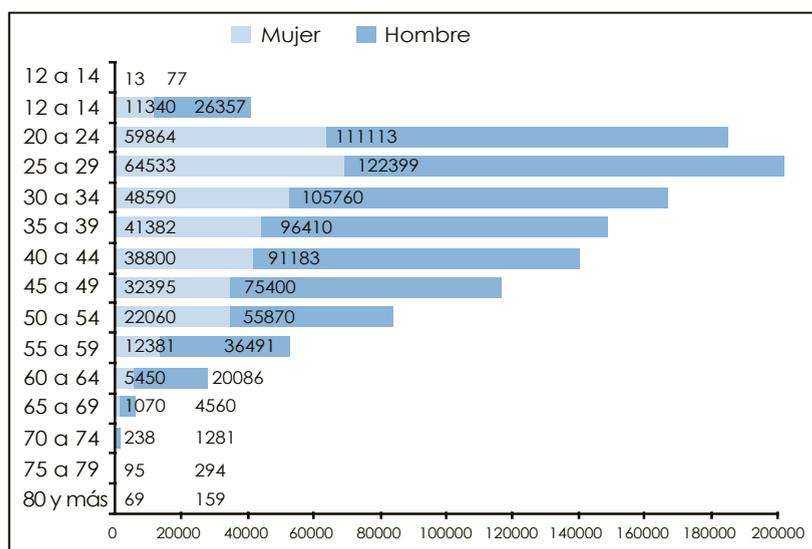
El segundo caso ocurre por una mala administración del fondo de pensiones, de forma tal que lo descapitalice o, al menos, le impida crecer, escasez de instrumentos financieros que limiten las posibilidades de inversión o un cobro excesivo de comisiones por parte de la operadora. Estos últimos riesgos pueden disminuirse mediante una adecuada regulación, así como el fomento de una cultura financiera que promueva la profundización y competencia de los sistemas financieros.

Cualquiera de estas circunstancias implicaría mayores costos para sostener el sistema de pensiones. Actualmente, los ingresos del seguro de pensiones se financian en un 58,3% con cuotas patronales, 38,3% con cuotas laborales y 3,4% con cuotas del Estado y equivalen a cerca del 13,5% de la masa salarial o el 3,4% del PIB.

Los gastos representan el 7,2% de la masa salarial y 1,8% del PIB. Por tanto, actualmente se cuenta con un superávit en el seguro de pensiones de aproximadamente 1,6% del PIB. En términos de los salarios, se estima que el costo de las pensiones es del 7,4% (Martínez, 2005: 30). Sin embargo, este irá creciendo conforme aumente la población adulta mayor o, inversamente, conforme disminuyan las personas en edad de trabajar por cada persona adulta mayor.

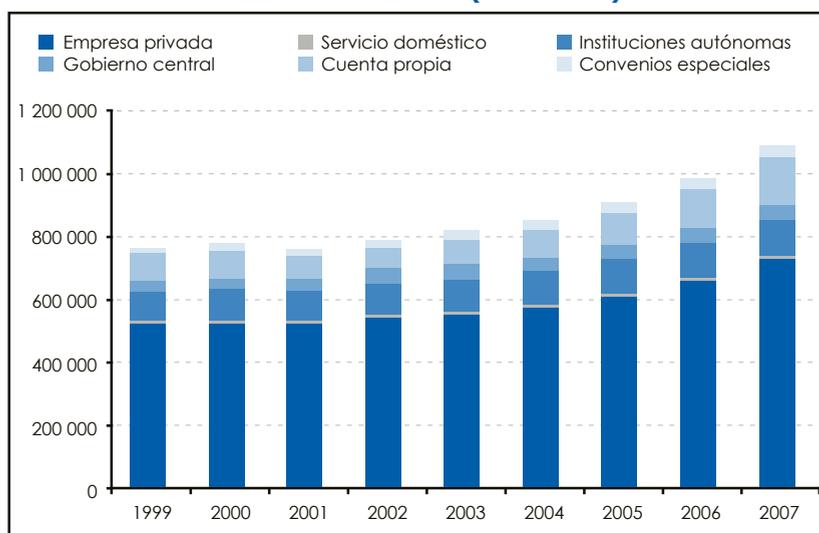
Así, mientras en 1970 había 10,5 personas en edad de trabajar por cada pensionada, hoy hay 9,5, cifra que disminuirá a 6,9 en 2020, 4,5 en 2030, 3,5 en 2040, y 2,7 en 2050 (gráfico 4.12). Se estima que esta evolución

Gráfico 4.7: Personas aseguradas directas activas por grupos de edad, según sexo (2007)



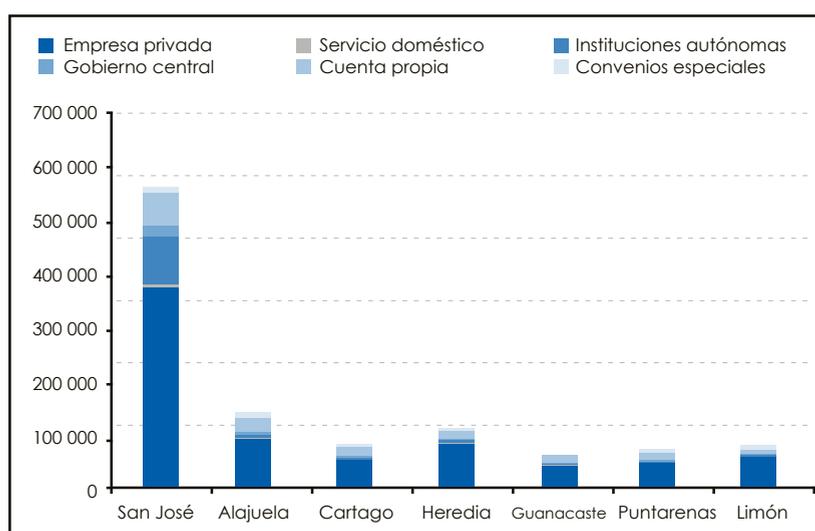
Fuente: CCSS, Dirección Actuarial.

Gráfico 4.8: Personas aseguradas directas por sector institucional (1999-2007)



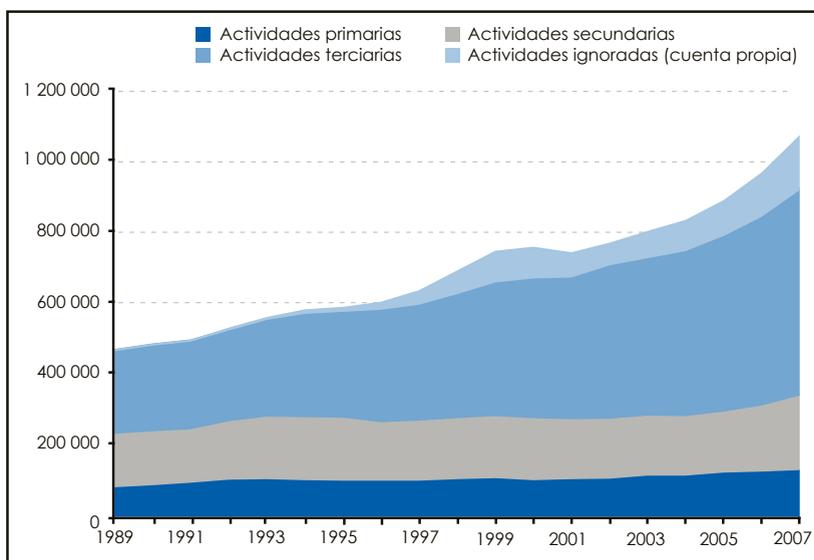
Fuente: CCSS, Dirección Actuarial.

Gráfico 4.9: Personas aseguradas directas por sector institucional según provincia (2007)



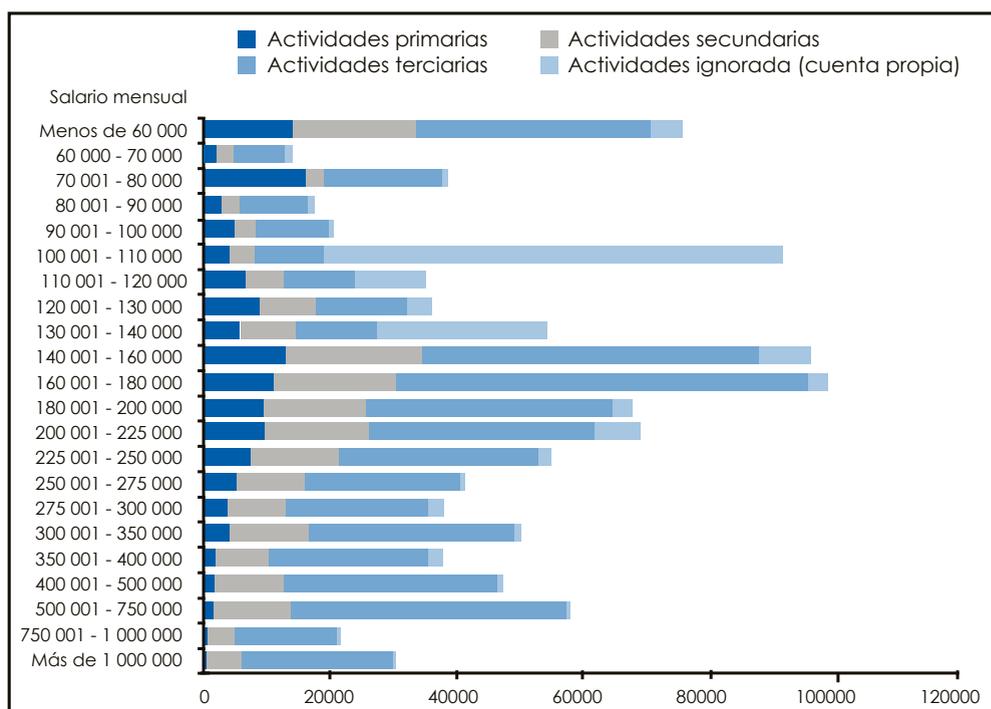
Fuente: CCSS, Dirección Actuarial.

Gráfico 4.10: Personas aseguradas directas por rama de actividad (1989-2007)



Fuente: CCSS, Dirección Actuarial.

Gráfico 4.11: Personas aseguradas directas por rama de actividad, según escala de salario mensual (2007)



Fuente: CCSS, Dirección Actuarial.

demográfica elevará el costo de las pensiones sobre los salarios al 8,8% en el 2020, 11% en el 2030, 13,7% en el 2040 y 15,6% en el 2045.

Esta presión, por más recursos plantea nuevos momentos críticos para la sostenibilidad del régimen de IVM: se estima que en el 2041

habrá de recurrirse a los intereses de las reservas para cubrir el pago de las pensiones; se recurrirá al fondo en el 2046 y este terminará por agotarse en el 2054 (Martínez, 2005: 29). Por ello, resulta ineludible abrir, nuevamente, un espacio de diálogo para acordar una solución a este problema de sostenibilidad.

¿Quiénes gozan actualmente de pensiones contributivas?

Se otorga similar número de pensiones por invalidez, como por vejez o por muerte

El régimen contributivo tiene la particularidad de que las personas se pensionan en similar proporción por cada uno de los diferentes riesgos. En consecuencia, si bien el sistema está orientado hacia las personas adultas mayores, no todas sus beneficiarias tienen edades por encima de los 65 años.

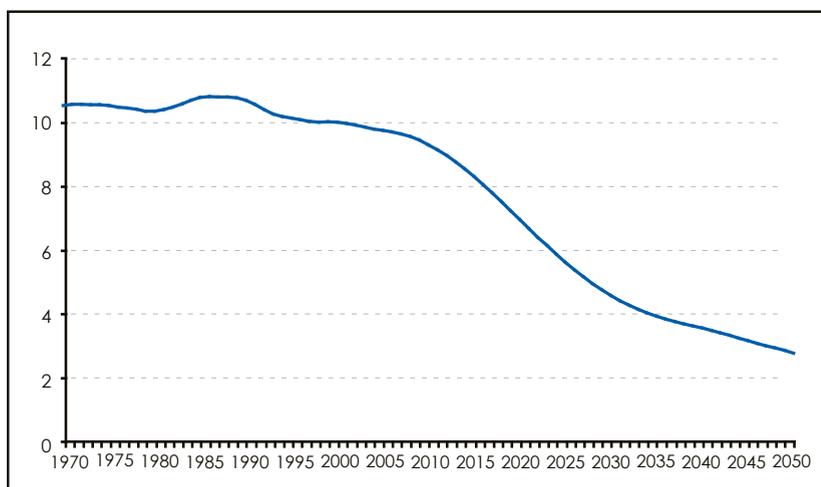
En el 2007, 145.308 personas recibían una pensión por el régimen de IVM (gráfico 4.13). De estas, el 35% era beneficiaria de una pensión por muerte, 34,6% por vejez y 30,3% por invalidez. Este orden relativo en la distribución de las pensiones por riesgo se mantiene desde 1999 ya que, en los años anteriores (1992-1998), la mayoría de pensiones se otorgaba por vejez. Además, hasta 1995, la segunda razón para otorgar una pensión era la invalidez.

De esta forma, el peso promedio de las pensiones otorgadas por vejez, invalidez y muerte entre 1992 y 1995 era de 34,8%, 33,2% y 31,9%, respectivamente. Y, entre 1996 y 1998, la relación entre vejez, invalidez y muerte era de 34,3%, 32,4% y 33,2%, respectivamente. Llama la atención la alta ponderación de las pensiones por invalidez.

El 39% de las pensiones por invalidez se les otorga a personas en edad de trabajar. Como las reformas implementadas intentaban atacar este problema, es comprensible que las pensiones por invalidez hayan ido perdiendo terreno, aunque todavía mantienen un peso significativo.

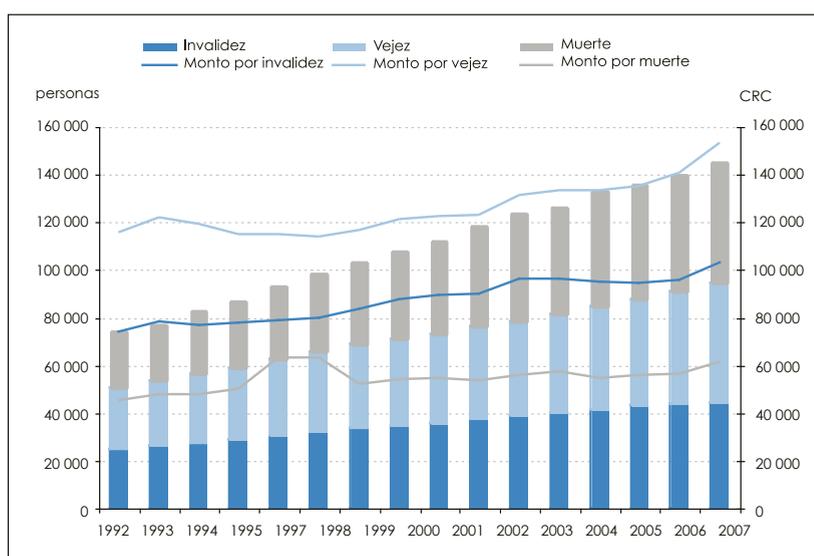
El número de pensiones otorgadas por el sistema aumenta conforme la población costarricense se envejece y más personas alcanzan la edad de retiro, lo que implica mayores gastos para poder ofrecerle a la población pensionada un ingreso adecuado. Entre 1992 y 2007 las pensiones otorgadas prácticamente se duplicaron

Gráfico 4.12: Personas en edad de trabajar (de 20 a 64 años) por cada persona adulta mayor (1970-2050)



Fuente: Elaboración propia a partir de las proyecciones de población de INEC y Centro Centroamericano de Población.

Gráfico 4.13: Personas pensionadas y monto promedio pagado por pensión, según riesgo (en CRC reales del 2007) (1992-2007)



Fuente: CCSS, Dirección Actuarial.

y el valor medio de estas –en colones constantes del 2007– se incrementó en algo más de un tercio, pasando de 78.840 colones reales en 1992 a 105.785 colones reales en 2007.

El gasto total durante ese período se incrementó desde 5.870,13 millones a 15.371,35 millones de colones del 2007. Asimismo –y como es de esperarse–, las personas jubiladas reciben los mayores beneficios, con una pensión mensual que, en el 2007, alcanzó un valor promedio de 153.283 colones.

A estas les siguen las pensiones por invalidez, con valor de 102.930 colones y, por último, las pensiones por muerte con un valor medio de 61.424 colones. El monto promedio de pensión muestra cómo ser cotizante directo durante la edad productiva retribuye mejores beneficios en la vejez que las otras formas de aseguramiento.

La reasignación de ingreso por pensiones beneficia más a los hombres

La diferencia de los montos recibidos por pensión, según el riesgo, genera una reasignación de ingresos entre la población pensionada que favorece a los hombres: el 64% de las mujeres pensionadas están cubiertas por el seguro por muerte, el 19,4% por el de invalidez y apenas el 16,6% por el seguro de jubilación, contrariamente a los hombres, que se benefician en primer lugar del seguro por vejez (50%), luego por el de invalidez (39,6%) y solo en una pequeña proporción (10,4%) por el de muerte.

Consecuentemente, las 66.910 mujeres pensionadas reciben un ingreso promedio por este rubro de 85.972 colones, mientras los 78.398 hombres reciben una pensión de 122.694 colones. Esta diferencia obedece a la alta tasa de dependencia entre las mujeres que, en su mayoría, no alcanzan a jubilarse sino que dependen de la herencia de su pareja o de transferencias de otras personas, así como al menor ingreso que reciben aquellas mujeres que sí cuentan con seguro por vejez, de 141.176 colones, relativo al de los hombres, que asciende a 156.706 colones.

Solo algo más de la mitad de la población adulta mayor recibe pensión

Para incrementar el número y el monto de las pensiones en la población adulta mayor, es necesario que el fondo sea lo suficientemente robusto para generar los intereses que financien estas pensiones, o que la cantidad de cotizantes sea lo suficientemente amplia como para mantener a la población dependiente.

No obstante, durante quince años, la relación entre personas pensionadas y aseguradas ha permanecido relativamente constante alrededor del 14,6%. Es decir, por cada persona pensionada, hay siete cotizando para el sistema. Esto podría interpretarse como algo positivo, excepto porque la aparente estabilidad no está vinculada a las relaciones intergeneracionales sino a las dificultades del sistema de pensiones para cubrir a la totalidad de la población adulta mayor.

En el 2007, las personas pensionadas representaron el 54,5% de la población con 65 años o más²⁰. Es decir, casi la mitad de las personas adultas mayores se encuentra actualmente excluida del sistema de pensiones, lo cual es preocupante pues las pensiones, al ser una de las fuentes primordiales de ingreso para este grupo de edad, reducen significativamente su riesgo de pobreza.

¿En qué consiste el régimen de pensiones no contributivo?

El régimen de pensiones no contributivo disminuye la pobreza entre la población adulta mayor

El régimen de pensiones no contributivo –considerado como el cuarto pilar o pilar cero– consiste en un fondo de ayuda focalizada para satisfacer las necesidades básicas de la población en condiciones de pobreza y que no cumpla con los requisitos del régimen contributivo, con especial énfasis en el auxilio de la población adulta mayor (CCSS, 2007, art. 1). Las ayudas ofrecidas por el régimen no contributivo consisten en una pensión mensual para satisfacer las necesidades básicas –incluido el pago del décimotercer mes–, acceso al seguro de salud y capacitaciones adecuadas a los diferentes grupos de atención.

Este régimen es administrado por la CCSS y financiado, principalmente, por el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (Ley 7983, 2000, art. 1, 77 y 86). En el 2006, este fondo reportó activos por 82.149

millones de colones constantes del 2007, ingresos por 76.469,1 millones y gastos por 48.602,2 millones, lo que generó un superávit de 27.866,8 millones de colones reales.

Así, el régimen no contributivo cuenta con más de treinta años y se ha consolidado, aunque no se halla libre de críticas, pues, tal y como lo señalan Durán-Valverde (2002:18) y Martínez (2005:11), en ocasiones, y aduciendo razones presupuestarias, el Ministerio de Hacienda no ha girado la totalidad de los recursos que le corresponden (Durán-Valverde, 2002:18), lo que, aunado a problemas administrativos, limita la cobertura de este.

Para beneficiarse de este fondo, debe cumplirse con los siguientes requisitos: (i) el ingreso per cápita del grupo familiar no debe ser mayor a 1,5 veces el costo de la canasta básica de alimentos nacional fijada por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), (ii) como máximo puede tenerse una única propiedad y esta no debe superar los 400 m² en zona urbana ó 1.000 m² en área rural y (iii) no debe poseerse otros bienes que sean o puedan ser fuentes generadoras de ingreso (CCSS, 2007, art. 2).

Durante la actual Administración, se estableció un compromiso por incrementar el monto de la pensión no contributiva, primero de 17.500 colones a 35.000 y, a partir del 1.º de junio de 2007, a 50.000 colones, lo que significó un incremento del 43% con respecto al monto anterior (CCSS, 2007, art. 32).

Aunque el uso de incrementos en el monto mínimo de la pensión no contributiva como instrumento de combate a la pobreza tiene límites pues, para evitar incompatibilidades entre regímenes, las ayudas focalizadas no deben rivalizar con el monto mínimo de pensión del régimen contributivo (actualmente de 82.500 colones) de forma que se desincentive la cotización, la política ha sido exitosa: el aumento de la cuantía básica del régimen no contributivo a 50.000 colones mensuales tiene como efecto directo una reducción del porcentaje de personas pobres en el nivel nacional del 20,9% al 19,7% (Trejos, 2008).

El régimen no contributivo mejora las condiciones económicas de la población adulta mayor

La pensión del régimen no contributivo por monto básico es la principal transferencia estatal hacia la población adulta mayor sin ingresos autónomos y en situación de pobreza. Este régimen beneficia a alrededor de 100.000 personas, de las cuales la mayoría son personas adultas mayores (55%) –especialmente de edad avanzada– y mujeres de todas las edades (57%).

Esta ayuda favorece al 18% de la población adulta mayor y al 75% de las personas adultas mayores con ingresos no autónomos, aunque también se reportan casos de personas con ingresos autónomos beneficiadas por este régimen. El programa se focaliza hacia la ayuda a personas en riesgo de pobreza y, en este sentido, se considera exitoso: cerca de un tercio de las personas adultas mayores beneficiadas por este régimen padecen cuadros de privación (Trejos, 2008 y Trejos y Sáenz, 2006).

A pesar de la situación señalada, es claro que existe todavía un contingente de personas pobres mayores de 65 años quienes no cuentan con ingreso alguno: de las 71.000 personas adultas mayores sin ingresos, cerca de 20.000 son pobres y se desconoce la situación para algo más de 10.000. Igualmente, hay cerca de 6.000 personas adultas mayores pobres que reciben solo transferencias distintas al régimen no contributivo.

Las personas adultas mayores, quienes reciben pensiones del régimen no contributivo, incrementan su participación dentro del régimen conforme aumenta su edad, de modo que se observa una concentración evidente entre quienes tienen 80 o más años, lo que, de paso, puede ayudar a explicar su menor riesgo de pobreza, que es de 28%, inferior a la media de 32%.

Esta transferencia también es más frecuente entre las mujeres mayores de edad, quienes reciben el 58%

de los beneficios y, aunque la mayoría de las personas beneficiarias es jefa de hogar (61%), se observa una sobrerrepresentación (de 30%) a favor de quienes son allegadas a los hogares (madre, padre, suegra, suegro u otros miembros).

El 88% de las pensiones no contributivas a personas adultas mayores se les otorgan a quienes no han logrado completar la primaria, con especial énfasis en quienes no cuentan con educación alguna (41%). La concentración de este beneficio en zonas rurales y regiones periféricas es mayor que su grupo de referencia y esta es, además, mayor entre los hombres.

La participación laboral y los ingresos autónomos de quienes se benefician del régimen no contributivo es limitada (menos del 10% de las personas adultas mayores beneficiadas pertenece a la fuerza laboral) y más frecuente entre los hombres, pero aquellas personas que logran trabajar o recibir otros ingresos, además de la ayuda estatal, reducen su riesgo de pobreza significativamente. Por ejemplo, las personas que reciben esta asistencia y pasan a estar laboralmente activas disminuyen su vulnerabilidad a la mitad (del 34% al 17%) y quienes logran obtener un ingreso autónomo pasan del 34% al 22%.

Más de la mitad de las personas adultas mayores con pensión no contributiva aporta menos del 50% del ingreso familiar, pero el riesgo de pobreza del hogar crece al aumentar la dependencia de esa transferencia (cuadro 4.15).

Debates pendientes e implicaciones de política

- La evolución de la pobreza en la población adulta mayor, por encima y en forma paralela a la de la población en su conjunto, sugiere el uso de instrumentos diferentes en cuanto al combate de la pobreza en dos poblaciones distintas: la ampliación de la cobertura de los programas que atienden a la población adulta mayor pobre -como lo es, por ejemplo, el régimen no contributivo-. Esta

debe orientarse a los hogares con personas adultas mayores y, especialmente, a aquellos jefeados por una persona adulta mayor.

- Las políticas específicas de protección social (transferencias concentradas en mujeres, residentes de zonas rurales y personas adultas mayores en edad avanzada) impactan significativa y positivamente la situación material de las personas adultas mayores.
- El riesgo de privación disminuye cuando hay varios perceptores y perceptoras de ingreso y el peso del ingreso de las personas adultas mayores dentro del hogar oscila entre 25% y 75%.
- Es necesario implementar políticas laborales que combatan las inequidades en detrimento de las mujeres, tanto en el acceso a la cobertura como en el monto de las pensiones recibidas; las personas adultas mayores sin ingresos son, principalmente, mujeres dedicadas a la atención de su casa, con una relación que las hace dependientes del acceso al seguro de salud por medio familiar y del número de perceptores del hogar.
- Las mujeres adultas mayores ocupadas en el sector informal, especialmente en los servicios domésticos, también muestran una vulnerabilidad más alta.
- En la contratación laboral, además, existe una práctica de discriminación por edad que afecta a los hogares con personas adultas mayores.
- Las personas adultas mayores que dependen de transferencias tienen menor nivel educativo, una residencia más rural y periférica y concentran a personas adultas mayores con discapacidad permanente, por lo que requieren de apoyo.
- Las regiones Chorotega y Brunca muestran mayor riesgo de pobreza entre los hogares con personas adultas mayores.

Cuadro 4.15: Perfil de las personas adultas mayores con pensión no contributiva, según grado de pobreza y sexo (2007)

| Indicador | Personas adultas mayores con RNC | | | Hombres | | | Mujeres | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------|--------------------|-----------------------|--------------|--------------------|-----------------------|--------------|--------------------|
| | Distribución relativa | | Incidencia pobreza | Distribución relativa | | Incidencia pobreza | Distribución relativa | | Incidencia pobreza |
| | Total | Pobres | | Total | Pobres | | Total | Pobres | |
| Edad | 100,0 | 100,0 | 32,4 | 100,0 | 100,0 | 34,1 | 100,0 | 100,0 | 31,1 |
| De 65 a 69 | 18,6 | 17,7 | 31,7 | 19,2 | 17,6 | 32,0 | 18,2 | 17,8 | 31,6 |
| De 70 a 74 | 22,4 | 25,3 | 37,2 | 20,8 | 28,2 | 44,9 | 23,6 | 23,0 | 31,8 |
| De 75 a 79 | 24,5 | 26,4 | 34,9 | 28,6 | 36,0 | 43,3 | 21,5 | 18,6 | 26,7 |
| De 80 y más | 34,5 | 30,5 | 28,0 | 31,5 | 18,3 | 19,8 | 36,7 | 40,5 | 32,9 |
| Relación con el jefe/a | 100,0 | 100,0 | 32,4 | 100,0 | 100,0 | 34,1 | 100,0 | 100,0 | 31,1 |
| Jefe/a del hogar | 60,7 | 65,8 | 35,2 | 70,0 | 79,7 | 38,6 | 53,9 | 54,6 | 31,9 |
| Esposa o compañera | 9,8 | 6,6 | 22,1 | 2,4 | 1,9 | 37,7 | 15,2 | 10,5 | 20,8 |
| Padre, madre o suegro | 21,1 | 19,3 | 29,0 | 16,7 | 5,7 | 11,7 | 24,2 | 30,3 | 37,3 |
| Otros miembros | 8,5 | 8,2 | 32,9 | 10,9 | 12,8 | 38,9 | 6,7 | 4,6 | 24,4 |
| Educación | 100,0 | 100,0 | 32,4 | 100,0 | 100,0 | 34,1 | 100,0 | 100,0 | 31,1 |
| Sin educación | 41,0 | 38,5 | 30,9 | 36,8 | 39,6 | 37,3 | 44,1 | 37,6 | 27,0 |
| Primaria incompleta | 47,7 | 52,2 | 34,3 | 54,5 | 54,7 | 33,4 | 42,7 | 50,2 | 35,0 |
| Primaria completa o más | 11,3 | 9,3 | 29,0 | 8,7 | 5,7 | 24,7 | 13,2 | 12,2 | 31,0 |
| Zona de residencia | 100,0 | 100,0 | 32,4 | 100,0 | 100,0 | 34,1 | 100,0 | 100,0 | 31,1 |
| Zona urbana | 41,9 | 53,0 | 41,9 | 28,8 | 34,2 | 41,0 | 51,5 | 68,3 | 42,3 |
| Zona rural | 58,1 | 47,0 | 25,8 | 71,2 | 65,8 | 31,4 | 48,5 | 31,7 | 19,8 |
| Región de residencia | 100,0 | 100,0 | 32,4 | 100,0 | 100,0 | 34,1 | 100,0 | 100,0 | 31,1 |
| Región Central | 49,3 | 52,7 | 35,3 | 39,5 | 38,7 | 34,0 | 56,4 | 64,0 | 36,0 |
| Regiones periféricas | 50,7 | 47,3 | 29,7 | 60,5 | 61,3 | 34,2 | 43,6 | 36,0 | 25,0 |
| Condición de actividad | 100,0 | 100,0 | 32,4 | 100,0 | 100,0 | 34,1 | 100,0 | 100,0 | 31,1 |
| Activos/as | 8,3 | 4,5 | 17,2 | 16,6 | 7,8 | 15,7 | 2,2 | 1,9 | 25,8 |
| Inactivos/as | 91,7 | 95,5 | 33,8 | 83,4 | 92,2 | 37,9 | 97,8 | 98,1 | 31,2 |
| Fuente de ingreso | 100,0 | 100,0 | 32,4 | 100,0 | 100,0 | 34,1 | 100,0 | 100,0 | 31,1 |
| Solo ingreso no autónomo | 87,6 | 91,4 | 33,9 | 77,9 | 85,9 | 37,9 | 94,7 | 95,8 | 31,5 |
| Con ingreso autónomo | 12,4 | 8,6 | 22,0 | 22,1 | 14,1 | 21,2 | 5,3 | 4,2 | 24,4 |
| Aporte al ingreso familiar | 100,0 | 100,0 | 32,4 | 100,0 | 100,0 | 34,1 | 100,0 | 100,0 | 31,1 |
| De 1% hasta 25% | 36,8 | 14,8 | 13,0 | 30,0 | 10,7 | 12,2 | 41,9 | 18,2 | 13,5 |
| De 25,1 hasta 50% | 25,4 | 26,7 | 34,0 | 26,7 | 19,7 | 25,2 | 24,4 | 32,4 | 41,2 |
| De 50,1 a menos 100% | 4,4 | 6,6 | 48,0 | 5,9 | 9,3 | 54,0 | 3,4 | 4,4 | 40,4 |
| Del 100% | 33,3 | 51,9 | 50,4 | 37,5 | 60,3 | 55,0 | 30,3 | 45,1 | 46,3 |

Fuente: Trejos, 2008 con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples.

- Las políticas orientadas a facilitar la obtención de una vivienda propia, o a mantenerla en buenas condiciones, podrían contribuir a disminuir la incidencia de pobreza en los hogares donde residen adultos mayores, puesto que aumenta la probabilidad de poder solventar las necesidades básicas de albergue del hogar.
- Si bien las personas adultas mayores que se encuentran laboralmente activas logran disminuir significativamente su incidencia de pobreza respecto a la media de la población adulta mayor, mantenerse trabajando después de los 65 años no reduce tanto la probabilidad de ser pobre como contar con una pensión contributiva en la edad de retiro.
- En virtud de que las pensiones son una fuente determinante de ingreso en la edad de retiro y reducen significativamente el riesgo de ser pobre, ello hace esencial aumentar la cobertura sobre la población económicamente activa. Para ello hay que enfrentar dificultades estructurales como el crecimiento de las actividades informales de la economía, ineficiencias administrativas y de supervisión que toleran aún la evasión.
- Aún se requieren reformas que fortalezcan el actual régimen de pensiones, debido a que el aumento en la tasa de dependencia, que incrementará los costos sobre los salarios, ejerciendo mayores presiones sobre el sector productivo—que de por sí ya paga cargas laborales del 26% sobre las planillas— podría hacer entrar en crisis al sistema hacia el año 2040.
- La regulación del sistema de pensiones debe analizar las consecuencias para la rentabilidad y la administración de los fondos de pensiones de la conveniencia o no de la alta concentración de los portafolios de inversión en papeles del Estado o la poca competencia en el sistema financiero nacional que conduzca a las entidades financieras a trasladarles todas las responsabilidades y las consecuencias de la administración de los fondos de pensiones a sus clientes.
- Es recomendable fomentar una mayor cultura financiera que motive a la población a tomar decisiones razonadas sobre sus ahorros individuales de pensión o aprender a prever planes de ahorro para enfrentar su vejez, pues preocupa la limitada capacidad de ahorro por parte de un gran sector de la población, que restringe el acceso efectivo al tercer pilar al 10% de la población cotizante.

Notas

1. Se considera pobres a aquellas personas cuyos ingresos corrientes no cubren el costo mínimo de la canasta de bienes y servicios necesarios para alcanzar los umbrales de satisfacción.
2. Esta metodología, también conocida como necesidades básicas insatisfechas (NBI), considera pobres a quienes no son capaces de satisfacer el consumo efectivo de ciertas necesidades sociales.
3. Las encuestas no contabilizan los ingresos en especie ni el alquiler imputado.
4. De acuerdo con el estudio CRELES del Centro Centroamericano de Población, un 30% de las mujeres y un 16% de los hombres recibieron transferencias en dinero en los últimos doce meses (véase el capítulo sobre Redes de apoyo).
5. Siguiendo tanto el método de NBI como el MIP.
6. Mide la pobreza considerando tanto el ingreso como las necesidades de consumo, vinculadas particularmente a las necesidades de vivienda.
7. Estrictamente, en la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples se obtiene una medición de la pobreza por hogar. Esto permite observar el comportamiento de los hogares con personas adultas mayores, de forma tal que la comparación observada refiere a los hogares con personas adultas mayores contra el total de hogares y no a las personas adultas mayores en forma exclusiva.
8. Este no corresponde a la totalidad de personas pensionadas pues algunos se mantienen trabajando y se clasifican como parte de la fuerza de trabajo. Más adelante se especificará quiénes cuentan con ingresos por concepto de pensiones contributivas.
9. La EHPM diferencia en dos a las personas que laboran en forma independiente: quiénes son patrones (independientes) y quiénes no lo son (cuenta propia).
10. Si bien las pensiones no contributivas aumentaron más del 100% entre el 2006 y el 2007, este aumento no se refleja totalmente en la EHPM del 2007, aunque sí ya evidencia un impacto significativo que puede explicar la alta proporción de personas pensionadas no pobres (Trejos, 2008).
11. Las reformas paramétricas no son reformas estructurales y, por tanto, no interrumpen el contrato intergeneracional, sino que modifican los parámetros del diseño del sistema de pensiones, con el fin de equilibrar el valor de los aportes recibidos con las pensiones pagadas, mediante variaciones en la recaudación, los beneficios, la edad de jubilación, la tasa de reemplazo o la densidad de cotización.
12. Aún después de la reforma introducida por la Ley de Protección al Trabajador, el análisis actuarial del régimen de IVM señalaba que el sistema empezaría a deteriorarse en el 2011, hasta agotarse en el 2028 (Rodríguez, 2005a:1); con la reforma del 2005, el sistema empezará a deteriorarse a partir del 2040.
13. Las cuotas que se pagan se calculan como un porcentaje sobre la base del salario actual. Si el salario de la persona varía, también lo hace el monto de sus contribuciones al sistema.

14. Los desembolsos que la persona recibe en cada período a partir de su jubilación corresponden a un monto predeterminado (que solo varía por ajustes inflacionarios).
15. La tasa de reemplazo es el porcentaje del salario base que se cubre con la pensión. Por ejemplo, una tasa de reemplazo del 60% sobre un salario mensual de 100.000 colones implica que se recibirá una pensión de 60.000 colones mensuales.
16. En los apartados sucesivos de este capítulo, las fuentes primarias de información son los registros de la Dirección Actuarial de la Caja Costarricense del Seguro Social y de la Superintendencia de Pensiones. En los apartados anteriores, la fuente primaria correspondía a las Encuestas de Hogares de Propósito Múltiples del INEC.
17. Los regímenes especiales fueron unificados o cerrados por la Ley Marco (Ley 7302 del 8 de julio 1992) y son administrados por el Ministerio de Hacienda y la Dirección Nacional de Pensiones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
18. La Bolsa Nacional de Valores apenas cuenta con 32 entidades inscritas y tiene un volumen diario de negociación de 183,6 millones de dólares.
19. Masa cotizante es la suma de los salarios e ingresos reportados por las trabajadoras asalariadas e independientes para un período (generalmente un mes) determinado.
20. Nótese que este nivel de cobertura difiere del estimado (40%) según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. Esta premisa sugiere que algunas personas podrían no estar declarando su ingreso durante las entrevistas de la encuesta.

Los siguientes estudios fueron preparados para este capítulo:

- Blanco, Laura (2008). Los sistemas de pensiones y la cobertura de la población adulta mayor. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.
- Trejos Solórzano, Juan Diego. (2008). La pobreza entre los adultos mayores. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.
- Carrillo, Ubaldo y Picado, Gustavo. (2008). Protección social de los adultos mayores desde la perspectiva del Sistema Nacional de Pensiones. Gerencia de División Pensiones, Caja Costarricense del Seguro Social. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.

En los talleres sobre este tema participaron:

- En un primer taller sobre este tema se discutió el documento "Pobreza y mercado de trabajo del adulto mayor en Costa Rica", preparado por María Inés Sáenz.
- Vera Chaves Alpizar (ASPHAL), Andrea Collado (CCP-UCR), Adrián Díaz A. (MEP), Giselle García (UCR), Vilma García (CCSS), Erick Hess Araya (MIVAH), Isela Loría (MIVAH), Jeannette Martínez Muñoz (CCSS), Karen Masís Fernández (UCR), Ericka Méndez Chacón (UCR), Guido Miranda (UNED), Cleidy Monge (Ministerio Salud, Isabel Quesada C. (Despacho Apoyo Social), Marisol Rapso (UCR), Emiliana Rivera (CONAPAM), Rodolfo Rojas (CONAPAM), Pablo Sauma (UCR) y María Inés Sáenz.

Se agradece la colaboración de

- Juliana Martínez Franzoni, por haber facilitado información para la preparación de este capítulo

La edición del capítulo estuvo a cargo de

- Laura Blanco y Arodys Robles.



CAPÍTULO 5

Redes de apoyo social

El hecho de contar con redes de apoyo social tiene un impacto significativo en la calidad de vida de la persona adulta mayor. Existe evidencia de que las relaciones y las transferencias que se establecen en las redes cumplen un papel protector ante el deterioro de la salud. También contribuyen a generar un sentimiento de satisfacción puesto que logran un mayor sentido de control y de competencia personal.

Una parte esencial de las redes son los intercambios entre las personas. Estos pueden ser materiales, de servicios, emocionales u otros y alcanzan satisfacer sus necesidades de las personas. En general se distingue entre dos tipos de redes: informales y formales. Las redes informales se basan predominantemente en las relaciones familiares y las amistades y reúnen un componente afectivo esencial. Las redes formales en cambio, se han establecido con el propósito específico de dar apoyo a las personas adultas mayores. En estas sus miembros cumplen roles concretos y algunas veces requieren contar con la preparación adecuada. Las redes formales pueden ser parte de un centro de salud, comunitarias, de una iglesia, o ser parte de programas gubernamentales.

Una encuesta reciente sobre las personas adultas mayores en el país permite describir las redes informales. Persiste una falta casi total de información sobre las redes formales. Son pocas y, en general, se carece de información en la cobertura de la oferta de programas gubernamentales o comunitarios y privados. Además, las familias no siempre

pueden cumplir con todas las necesidades de apoyo requeridas por esta población.

El componente esencial de la red de apoyo de las personas adultas mayores proviene de la coresidencia con el cónyuge o con otros miembros de la familia inmediata. Entre las personas adultas mayores aproximadamente un 12% vive solo, un 19% en pareja, y un 69% en un hogar multigeneracional. Quienes tienen hijos fuera del hogar presentan una alta frecuencia de contactos con ellos. Igualmente, quienes reciben ayuda económica la perciben sobre todo de los hijos que viven fuera del hogar.

Las necesidades de apoyo de una parte de la población adulta mayor no están, completamente satisfechas. Aproximadamente un 10% dice necesitar ayuda con algunas de las actividades diarias pero no la recibe.

El cuidado que reciben las personas adultas mayores proviene casi en su totalidad de la familia inmediata y en particular de las hijas coresidentes. Las mujeres son las que más brindan cuidados a este grupo etario, ya sea que residan o no en el hogar.

La población adulta mayor cumple un papel primordial dentro de la familia y no son solo receptores pasivos de ayuda. Aproximadamente uno de cada doce adultos mayores declaró cuidar a otro adulto mayor, y la misma cantidad manifestó cuidar niños en el hogar. Muchas personas adultas mayores brindan ayuda económica a otros miembros de su familia.

Las redes de apoyo social constituyen un elemento de protección

Las redes sociales de apoyo, como formas de relación y como sistema de transferencias, pueden proveer varios beneficios y retribuciones para las personas adultas mayores. El valor y la importancia de la red social para este grupo etario se puede considerar un campo de intercambio de relaciones, servicios y productos, a partir del cual se puede derivar seguridad primaria (satisfacción de las necesidades básicas), amparo y oportunidad para crecer como persona (Méndez y Cruz, 2008).

Mediante transferencias, las redes de apoyo contribuyen a la calidad de vida de la población adulta mayor, no solo porque proveen apoyos materiales e instrumentales que mejoran las condiciones de vida, sino también por el impacto significativo en el ámbito emocional. Las percepciones desarrolladas por las personas adultas mayores que participan en las redes, respecto al desempeño de roles sociales significativos, constituyen un elemento clave en su calidad de vida (CELADE, 2003).

Diversos estudios han mostrado cómo la integración social y las relaciones sociales pueden lograr un efecto positivo sobre la salud (Puga, et al., 2007). La red social puede ser un factor de protección frente a la pérdida de funcionalidad y el inicio de la discapacidad básica. Cuando se convive con la pareja hay una menor probabilidad de padecer de depresión, de acuerdo con un análisis de personas adultas mayores costarricenses. Igualmente, la frecuencia de contactos con los hijos fuera del hogar presenta asociaciones positivas con los indicadores de salud examinados.

La probabilidad de una autopercepción negativa de la salud disminuye a la mitad en los que tienen quienes mantienen contacto mensual con sus hijos, si se compara con quienes carecen de relaciones familiares. Los aspectos emocionales mostraron una clara asociación con los indicadores de una red familiar sólida.

No obstante estos resultados, la convivencia con personas fuera de la pareja no mostró claros efectos sobre la salud. Pareciera que cuando la coresidencia se origina en la necesidad de cuidados, los efectos sobre la salud no surten los resultados deseados. Además de la posibilidad de los efectos positivos sobre la salud, también se ha documentado que la integración con la familia y la comunidad, así como las relaciones sociales activas, pueden conducir a un sentimiento de satisfacción por cumplir papeles sociales relevantes y a un mayor sentido de control y competencia personal (Krause, et. al., 2004 citado por Puga, et. al., 2007).

El apoyo puede estructurarse de distintas formas

Se impone una amplia discusión sobre la forma de conceptualizar las redes de apoyo y definir las operacionalmente. Las redes se pueden definir a partir de aspectos individuales o comunitarios. En todas, sin embargo, está presente la idea de los intercambios, que se perciben como interconexiones de las personas. Estos pueden ser de orden material, servicios, emocionales u otros, de acuerdo con las necesidades de las personas. En general, ninguno funciona de manera aislada.

Una primera distinción básica se evidencia entre apoyos informales y formales:

- la red o el grupo primario: es informal, se basa en las relaciones personales, familiares y comunitarias no estructuradas como programas de apoyo. La familia se considera una de las formas más comunes de apoyo a las personas adultas mayores, se centra en el afecto y estimula la socialización al satisfacer las necesidades básicas de comunicación e intimidad. Las redes de amistades y vecinos son un apoyo valioso para las personas adultas mayores; se construyen por afinidad, intereses comunes y actividades compartidas. Los apoyos que brindan las amistades

son más públicos pero más personales, lo cual es esencial para el cuidado fuera del hogar (Méndez y Cruz, 2008).

- el grupo secundario: es formal. Sus miembros desarrollan roles concretos, basados en una organización formal y estructurada que considera objetivos específicos en ciertas áreas determinadas. Se puede integrar con organizaciones no gubernamentales, instituciones públicas y privadas que brindan servicios y organizaciones políticas y económicas que determinan los derechos básicos disponibles a las personas adultas mayores (Sánchez, 2000).

Además de las centradas en la persona y la familia, existen las redes comunitarias, que brindan solución a demandas sociales específicas y se focalizan en la experiencia colectiva. Pueden surgir alrededor de una institución, un centro de salud, una iglesia o una escuela. Mediante diagnósticos, las comunidades están en condiciones de determinar sus propias necesidades. Esto hace que las personas adultas mayores se conviertan en protagonistas de su propia vida, con capacidad de transformación histórica y ubicados en su contexto geográfico (Dabas, citada por CELADE, 2003).

Investigaciones gerontológicas recientes han demostrado que el formar parte de una red no garantiza que el apoyo sea constante, porque puede variar con el tiempo y el curso de la vida de las personas. Conviene determinar si el apoyo será continuo en la etapa de la vejez en casos de enfermedad o de escasez económica. Además, es fundamental la percepción de las personas adultas mayores con respecto a lo que dan y reciben en las redes y la trascendencia de estas para la calidad de vida (CELADE, 2003).

Durante la vejez las necesidades de apoyo aumentan y, en forma concomitante, las redes familiares y de amigos disminuyen. Sin embargo, el valor de los grupos de apoyo es sumamente reconfortante para la población adulta mayor, por lo que, aún cuando las

redes disminuyen en número, su calidad es mucho más significativa.

Las organizaciones comunales son determinantes como medio de contención y pilares de apoyo; en la realidad éstas procuran alternativas de ayuda, lo cual sugiere que el mayor trabajo debería estar dirigido a la orientación y el reforzamiento de estos grupos para que puedan resolver localmente las situaciones que se presentan.

La formación de las diversas personas integrantes de la comunidad, para que asuman en forma responsable y solidaria las necesidades que enfrentan sus miembros, les confiere sentido de autonomía y determinación para resolver las necesidades con sus propios recursos y posibilidades.

Los apoyos sociales son las transacciones interpersonales que implican afecto, ayuda y afirmación; constituyen un flujo de intercambio de recursos, acciones e información (Khan y Antomucci, 1980, citados por CELADE; 2003). Ante el declive funcional, cumplen un papel protector, previenen la enfermedad y mantienen un estado adecuado de salud y de bienestar personal. En síntesis, contribuyen a superar mejor las crisis que se presentan.

Los tipos de apoyo o transacciones, de acuerdo con Sánchez (2000) y CELADE (2003), son cuatro:

1. apoyos materiales: recursos monetarios (dinero en efectivo, como aporte constante o no, remesas, regalos, otros) no monetarios (comida, ropa, pago de servicios).
2. apoyos instrumentales: transporte, ayuda en labores del hogar, cuidado y acompañamiento.
3. apoyos emocionales: cariño, confianza, empatía, sentimientos asociados a la familia y la preocupación por el otro. Pueden presentarse mediante visitas periódicas, transmisión física de afecto
4. apoyos cognitivos: intercambio de experiencias, transmisión de información (significado) consejos.

Los arreglos residenciales están vinculados a las posibilidades de apoyo

Los arreglos residenciales son el aspecto medular en la estructuración de redes de apoyo. Un análisis en varias ciudades en América Latina indica cómo la convivencia con el cónyuge y la coresidencia con otras personas en el hogar evidenció una alta asociación de las posibilidades de recibir ayuda con actividades diarias o de recibir algún tipo de ayuda monetaria (Naciones Unidas, 2005).

La "activación" de las redes sociales de acuerdo con las necesidades de la población adulta mayor es un mecanismo común en este grupo etario. Un análisis comparativo entre siete ciudades latinoamericanas muestra que los principales motivos que originan un cambio de los arreglos residenciales son parte de la dinámica demográfica: la partida de los hijos del hogar debido al matrimonio u otro tipo de unión (el fenómeno del nido vacío) y la transición a la viudez. Sin embargo, alrededor de un 15% a un 20% de las mujeres de 75 años o más menciona el motivo de la necesidad de apoyo (pero no lo mencionan casi los hombres de la misma edad). Es posible que en Costa Rica también exista este patrón (Pérez-Amador y Brenes, 2006).

En Costa Rica, de acuerdo con el estudio Costa Rica: estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable (recuadro 5.1) un alto porcentaje (más de dos tercios) de personas adultas mayores convive con otras personas; aproximadamente una de cada cinco vive con el cónyuge y algo más del 10% viven solos (cuadro 5.1). Estos últimos tienen una condición socioeconómica más baja y una red familiar reducida. Además de tener menos hijas e hijos vivos, es menor la frecuencia de las visitas; manifiestan una mayor necesidad de ayuda no cubierta. En cambio, quienes viven en pareja reúnen las mejores condiciones socioeconómicas y uno de cada cuatro todavía trabaja. Las personas que viven en hogares multigeneracionales poseen una red más amplia tanto por el número de miembros como por la

frecuencia de contactos con los hijos y las hijas que viven fuera del hogar.

Cuadro 5.1: Características de la población adulta mayor según tipo de arreglo residencial

| Característica | Tipo de hogar | | |
|------------------------------------|---------------|-------------|-------------------|
| | Solo | Pareja | Multigeneracional |
| Total | 11,9 | 19,3 | 68,8 |
| Porcentaje de hombres | 46,5 | 64,3 | 41,7 |
| Edad promedio | 75,7 | 72,6 | 74,0 |
| Índice de riqueza | | | |
| Alto | 5,4 | 21,8 | 21,2 |
| Medio | 58,8 | 67,0 | 67,5 |
| Bajo | 35,8 | 11,3 | 11,3 |
| Vive en GAM | 51,7 | 47,7 | 56,1 |
| Primaria completa o más | 39,4 | 47,8 | 44,8 |
| Trabaja | 19,5 | 28,7 | 19,4 |
| Casa propia | 70,9 | 88,0 | 84,9 |
| Tiene pensión | 71,3 | 57,5 | 63,2 |
| Recibe ayuda de instituciones | 38,0 | 38,3 | 36,9 |
| Recibe ayuda de instituciones* | 5,1 | 4,1 | 4,7 |
| Ayuda a adultos mayores | 5,6 | 8,0 | 8,8 |
| Cuida niños | 4,5 | 5,9 | 10,0 |
| Asiste a actividades de la iglesia | 21,9 | 25,8 | 22,6 |
| Tiene hijos vivos actualmente | 79,1 | 93,5 | 93,5 |
| Tiene nietos | 97,8 | 97,9 | 95,7 |
| Ve hijos fuera diariamente | 61,7 | 70,0 | 66,5 |
| Ve hijos fuera semanalmente | 61,0 | 64,6 | 62,2 |
| Correside con cónyuge | | | 51,2 |
| Correside con hijos | | | 79,2 |
| Mala salud | 46,2 | 47,2 | 48,7 |
| Tres o más enfermedades crónicas | 37,7 | 42,5 | 43,9 |
| Sufre de depresión | 5,4 | 5,2 | 6,7 |
| Necesita ayuda con actividades | 44,7 | 39,7 | 48,7 |
| Le ayudan con actividades | 30,4 | 29,1 | 40,2 |
| Cantidad de personas que ayudan | 1,7 | 1,2 | 1,4 |
| Red familiar promedio | 1,3 | 3,7 | 4,1 |

* No incluye el programa Ciudadano de Oro

Fuente: Elaboración propia: base de datos de Costa Rica: estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

En los hogares multigeneracionales, una de cada diez personas adultas mayores cuida niños o a otras personas de similar condición. La frecuencia con que se cumple este papel de cuidador disminuye en los otros hogares pero aún una cantidad considerable (casi uno de cada quince) cuida niños o a personas de su mismo grupo etario. Lo anterior señala que, si bien los arreglos residenciales y el contacto

Recuadro 5.1: CRELES: “Costa Rica: estudio de longevidad y envejecimiento saludable”.

CRELES es un estudio que lleva a cabo el Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica, con la colaboración del INISA y otros organismos públicos como la CCSS y CONAPAM. Es un estudio de tipo longitudinal. Se basa en una muestra nacional, probabilística y representativa de las personas adultas mayores de Costa Rica. El criterio de inclusión es ser residente en Costa Rica, nacido antes de 1946, sin importar la nacionalidad; es decir, se trata de una muestra de las personas que tienen 60 años o más y viven en Costa Rica.

Selección de la muestra:

Para seleccionar la muestra, en una primera etapa se escogieron aleatoriamente 9.600 personas de la base de datos del Censo de Población del año 2000. Esta elección se hizo a partir de una estratificación por grupos quinquenales de edad para asegurar un número suficientemente considerable de personas en edades avanzadas en la muestra. Esta muestra de 9.600 individuos funciona como una “muestra maestra”. Para el seguimiento de tipo longitudinal, incluyendo la encuesta que se utiliza como fuente de información en el presente informe, se seleccionó al azar una submuestra de 60 “Áreas de Salud” (de un total de 102 en todo el país) conglomeradas en subregiones. La muestra cubre el 59% del territorio nacional.

De esta submuestra para el estudio longitudinal se logró localizar y entrevistar a 2.827 personas. Las tasas de no respuesta se refieren a personas que habían fallecido (19%), no localizadas (18%), que cambiaron de residencia (2%), entrevistas pendientes (2%) y rechazo de la entrevista (2%). Las fracciones de muestreo fueron calculadas no sólo por grupos de edad, sino también por residencia urbana y condición social para corregir por no respuesta diferencial.

Trabajo de campo:

El estudio comprende, al menos, dos rondas de visitas separadas por dos años. El trabajo de campo para recolectar la información de la primera ronda se efectuó de noviembre 2004 a septiembre 2006. Para ello se utilizaron computadores de mano (PDA) con software desarrollado en el CCP específicamente para este estudio.

Todos los datos y las muestras fueron recolectados en los hogares de los participantes, generalmente en dos visitas. En la primera visita, los participantes otorgaron su consentimiento a lo informado mediante su firma, y contestaron a un cuestionario que dura alrededor de 90 minutos. Al inicio de la entrevista se incluyó una evaluación cognitiva que, junto con el criterio del entrevistador, lleva a establecer la necesidad o no de un informante que ayude a la persona a responder a las preguntas. El 25% de las entrevistas se efectuaron con la ayuda de un informante.

La entrevista incluyó dos mediciones de presión arterial, así como un conjunto de preguntas sobre consumo de alimentos. La segunda visita al hogar se realizó temprano al día siguiente, para tomar muestras de sangre en ayunas y orina recolectada en la noche. A la vez, un equipo integrado por dos flebotomistas y un quinto entrevistador tomaron las medidas antropométricas y efectuaron pruebas de funcionalidad física, fuerza de la mano y máximo del flujo respiratorio.

Temática abordada:

El cuestionario de CRELES fue construido a partir de comparaciones con otros estudios de envejecimiento en países industrializados y en desarrollo. La información recolectada comprende:

- Una evaluación cognitiva para definir si el adulto mayor podía ser entrevistado o si se requería un informante proxy.
- Información sobre características sociodemográficas del entrevistado y sobre los miembros del hogar, hijos que no residen con la persona adulta mayor, la historia de pensiones y de condición de aseguramiento.

- Un módulo extenso sobre enfermedades crónicas basado en información autorreportada
- Un módulo sobre estilos de vida, focalizado principalmente en hábitos alimenticios, fumado e ingesta alcohólica.
- Un módulo con información autorreportada sobre condiciones en la niñez.
- Una batería de preguntas para determinar limitaciones funcionales, basadas en actividades del diario vivir y en actividades instrumentales del diario vivir.
- Un registro de medicamentos que el adulto mayor poseía en el momento de la entrevista.
- Un módulo de utilización de servicios de salud, principalmente sobre consultas externas, hospitalizaciones y exámenes de laboratorio, y que incluía montos estimados de gasto en salud.
- Un módulo sobre redes de apoyo familiar y social, que se complementa con preguntas en los módulos sobre miembros del hogar e hijos no corresidentes.
- Un módulo sobre empleo e ingresos de la persona entrevistada y su cónyuge.
- Un módulo con características de la vivienda en la que residen los entrevistados.
- Un cuestionario especial sobre trazadores de alimentos, que se emplea para estimar el consumo de nutrientes de los entrevistados.
- Una serie de mediciones antropométricas que incluyen peso corporal, estatura, altura de la rodilla, circunferencia abdominal, circunferencia de la cadera, circunferencia de la pantorrilla, circunferencia del brazo, pliegue cutáneo tricipital, y pliegue cutáneo subescapular.
- Un conjunto de exámenes físicos efectuados a los adultos mayores participantes en el estudio: presión arterial, medidas antropométricas, pruebas de flexibilidad y movilidad, fuerza de la mano y pico de flujo respiratorio.
- Una serie de biomarcadores derivados de las muestras de sangre y orina: glucosa sérica, colesterol total, HDL-colesterol, triglicéridos, creatinina en suero y creatinina urinaria, hemoglobina glicosilada, catecolamina y proteína C-reactiva.

familiar pueden originarse en las necesidades de la población adulta mayor, también existen transferencias de miembros de este grupo poblacional hacia la familia; en este caso, en forma de cuidados brindados. No sabemos, sin embargo, cuánta de esta tarea es siempre voluntaria y valorada por las otras personas que integran la familia.

La persona adulta mayor es soberana de sus tiempos y debe distribuirlos de tal manera que le confieran sentido y calidad de vida. Las recomendaciones señalan que sus tiempos deberían estar estratégicamente distribuidos, de forma que dispongan de espacios para el ocio, la participación social, la creación (Méndez y Cruz, 2008).

El apoyo que reciben las personas adultas mayores de las redes informales

A medida que avanza la edad, la persona adulta mayor requiere asistencia que compense las limitaciones crónicas propias del envejecimiento y la posible disminución de los ingresos. Se trata de un conjunto de ayudas que no exigen preparación técnica específica pero sí cercanía con el adulto mayor.

Dada la naturaleza de la asistencia, no existe una división natural del trabajo sobre quién debe prestar esta ayuda (Soldo y Freedman, 1994). En ausencia de programas públicos (estatales o comunitarios) y sin posibilidades de adquirir algún servicio en el mercado,

la asistencia y el cuidado tienden a recaer sobre todo en hijos e hijas, y particularmente en estas últimas, ya sea que vivan dentro del hogar o fuera de este.

Entre los hombres, uno de cada cuatro vive con el cónyuge frente a solo una de cada ocho mujeres (cuadro 5.2). Esto se debe a la mayor sobrevivencia de las mujeres: estas enviudan en edades relativamente tempranas, en comparación con los hombres.

Los arreglos residenciales en distintos grupos de edad reflejan cambios en el ciclo de vida. Por un lado, cuando las parejas se desintegran, las personas adultas mayores viven solas o en hogares multigeneracionales; ocurre con mayor frecuencia a las mujeres y a quienes viven en el Área Metropolitana.

El desmembramiento del hogar, unido a los problemas de autonomía que pueden aquejar a la población adulta mayor, inciden para que, después de los 80 años, menos personas adultas mayores vivan en pareja, aunque aumenta el número de las que viven solas.

Una de las características de la red de apoyo informal es que, junto a la ayuda, existe un apoyo afectivo. Por esta razón, el contacto frecuente con los hijos o hijas es un componente de la red informal. De acuerdo con la información de la encuesta de CRELES, un 90% de las personas adultas mayores tiene hijos o hijas fuera del hogar (cuadro 5.3). De estos, dos tercios son visitados diariamente por un hijo o una hija. Una cuarta parte de quienes tienen descendientes fuera del hogar solo recibe visitas mensuales de parte de estos.

Fortaleza de la red de las personas adultas mayores

Para medir el grado de fortaleza de la red informal de la población adulta mayor, se toman en cuenta aspectos como: hogar solitario, convivencia con pareja, convivencia con hijos, contacto personal con hijos semanalmente o con mayor frecuencia y, por último, contacto con hijos mensualmente. El conteo de la frecuencia de cada una de estas situaciones para la persona adulta mayor genera un índice que describe las condiciones de apoyo de la persona. No se trata de una medida de transferencias específicas sino de las posibilidades de que eventualmente ocurran. El índice de fortaleza, estimado a partir de la información de CRELES, tiene valores entre 3.5 y 4 para casi todos los casos (cuadro 5.4).

Una comparación de la evolución de las estructuras familiares entre España, Inglaterra y Costa Rica (Puga, D. et al. 2007) mostró las siguientes estructuras de redes familiares:

- redes de alta coresidencia (3.9 /5)
- baja coresidencia y fuertes redes exteriores al hogar (3.3 /5)
- baja coresidencia y redes exteriores al hogar moderadas (2.7 /5)

En el caso de Costa Rica, el componente esencial de la red es la coresidencia. Solo una cuarta parte de las personas adultas mayores tiene un puntaje inferior a cuatro. La mayoría de personas de este grupo etario tienen cuatro o más condiciones que

Cuadro 5.2: Configuración del hogar de la población de 65 años y más, según sexo, edad y área de residencia

| Configuración del hogar | Total | Sexo | | Edad en años | | | Área de residencia | |
|--------------------------------------|-------|--------|-------|--------------|-------|------|--------------------|----------------|
| | | Hombre | Mujer | 65-69 | 70-79 | 80 + | GAM | Resto del país |
| Hogares autónomos – vive solo | 11,9 | 11,9 | 12,0 | 8,8 | 11,6 | 17,7 | 11,4 | 12,5 |
| Hogares autónomos – vive con cónyuge | 19,3 | 26,5 | 12,9 | 21,0 | 21,6 | 11,5 | 17,1 | 21,9 |
| Hogares multigeneracionales | 68,8 | 61,6 | 75,1 | 70,2 | 66,7 | 70,8 | 71,5 | 65,6 |

Fuente: Elaboración propia; base de datos de Costa Rica: estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

Cuadro 5.3: Frecuencia de visita de los hijos e hijas fuera del hogar a la población de 65 años y más, según sexo, edad y área de residencia

| Visitas de los hijos e hijas fuera del hogar | Total | Sexo | | Edad (en años) | | | Área de residencia | |
|--|-------------|---------|---------|----------------|-------|------|--------------------|----------------|
| | | Hombres | Mujeres | 65-69 | 70-79 | 80+ | GAM | Resto del país |
| % con hijos fuera | 88,4 | 90,0 | 87,0 | 88,7 | 88,7 | 87,4 | 86,0 | 91,2 |
| % visitados por un hijo/a diariamente | 66,7 | 64,0 | 69,2 | 63,2 | 70,0 | 65,3 | 65,6 | 67,9 |
| % visitados semanalmente | 62,5 | 63,4 | 61,8 | 60,5 | 63,8 | 63,2 | 65,1 | 59,7 |
| % visitados quincenalmente | 26,8 | 24,2 | 29,0 | 22,0 | 29,2 | 29,3 | 25,2 | 28,5 |
| % visitados mensualmente | 26,2 | 26,5 | 26,0 | 21,4 | 27,3 | 31,9 | 21,0 | 32,0 |

Fuente: Elaboración propia: base de datos de Costa Rica: estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

aseguran la existencia de una red. Esto ocurre con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres puesto que hay más hombres que viven en pareja. A mayor edad es menor la fortaleza de la red; por un lado, a causa de la pérdida del cónyuge y, por otro, a la probable disminución de corresidentes en el hogar.

A pesar de los altos niveles de coresidencia, alrededor de una de cada diez personas adultas mayores tiene un puntaje de fortaleza de la red de 0 ó 1 (cuadro 5.4). Es decir, uno de cada diez individuos tiene muy pocas o ninguna posibilidad de contar con una red de apoyo informal, lo cual ocurre con mayor frecuencia entre las personas adultas de mayor edad y quienes viven en el Área Metropolitana. Es probable que algunas de estas personas residan en hogares u otras instituciones. No obstante, estos casos son escasos; aún así, se trata de personas con pocas posibilidades de contar con apoyo de la red informal compuesta por los familiares inmediatos.

Las necesidades de apoyo no están completamente satisfechas

Casi una de cada diez personas adultas mayores no satisface sus necesidades de apoyo; los grupos etarios más jóvenes y los más avanzados carecen de ayuda (cuadro 5.5). En el caso de los más jóvenes es probable que dicha carencia corresponda al inicio de la pérdida de funcionalidad y su progresivo aumento, problemas que, por lo general, suceden a medida que aumenta la edad.

Cuadro 5.4: Índice de fortaleza de la red de apoyo a la población de 65 años y más, según sexo, edad y área de residencia

| Índice de fortaleza de la red de apoyo | Total | Sexo | | Edad (en años) | | | Área de residencia | |
|--|-------|---------|---------|----------------|-------|------|--------------------|----------------|
| | | Hombres | Mujeres | 65-69 | 70-79 | 80+ | GAM | Resto del país |
| 0 | 3,7 | 4,3 | 3,2 | 2,6 | 3,8 | 5,3 | 4,1 | 3,3 |
| 1 | 5,3 | 4,0 | 6,5 | 4,1 | 6,0 | 5,8 | 6,5 | 3,9 |
| 2 | 10,7 | 10,4 | 10,9 | 8,7 | 10,6 | 14,1 | 9,3 | 12,2 |
| 3 | 5,8 | 3,6 | 7,7 | 6,0 | 4,8 | 7,4 | 4,9 | 6,7 |
| 4 | 44,0 | 38,1 | 49,1 | 38,6 | 44,5 | 51,4 | 42,6 | 45,6 |
| 5 | 30,6 | 39,7 | 22,6 | 40,0 | 30,2 | 16,1 | 32,6 | 28,3 |
| Índice promedio | 3,73 | 3,86 | 3,61 | 3,94 | 3,71 | 3,42 | 3,73 | 3,72 |

Fuente: Elaboración propia: base de datos de Costa Rica: estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

Cuadro 5.5: Apoyo a las personas adultas mayores en actividades instrumentales del diario vivir

| Sexo y apoyo en actividades instrumentales | Edad (en años) | | | Total |
|--|----------------|-------|------|-------------|
| | 65-69 | 70-79 | 80+ | |
| Hombres | | | | |
| Necesita ayuda (%) | 33,3 | 36,4 | 64,1 | 40,7 |
| Recibe ayuda (%) | 23,5 | 26,3 | 58,4 | 31,5 |
| Mujeres | | | | |
| Necesita ayuda (%) | 33,3 | 52,6 | 75,5 | 51,3 |
| Recibe ayuda (%) | 21,8 | 41,4 | 71,7 | 41,6 |

Fuente: Elaboración propia: base de datos de Costa Rica: estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

En lo referente al tipo de ayuda que recibe la persona adulta mayor, no hay correspondencia entre la necesidad de ayuda y la medida en que esta se satisface (cuadro 5.6).

Cuadro 5.6: Necesidades y ayuda recibida en actividades del diario vivir y actividades instrumentales

| Actividad vida diaria o instrumental (AVD) | Mujeres | | Hombres | |
|--|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| | Porcentaje que necesita ayuda | Porcentaje que recibe ayuda* | Porcentaje que necesita ayuda | Porcentaje que recibe ayuda* |
| Acostarse-levantarse de cama | 11,7 | 50,2 | 8,7 | 44,5 |
| Usar servicio sanitario | 8,2 | 61,6 | 5,2 | 48,5 |
| Bañarse | 11,5 | 72,9 | 7,6 | 68,8 |
| Alimentarse | 4,4 | 83,2 | 3,7 | 74,6 |
| Cortarse las uñas de los pies | 43,4 | 78,0 | 33,1 | 67,9 |
| Tomar medicamentos | 18,3 | 92,6 | 15,4 | 96,2 |
| Manejar su propio dinero | 16,3 | 92,8 | 11,4 | 94,6 |
| Preparar comida caliente | 15,5 | 96,3 | 17,8 | 99,7 |
| Hacer compras | 29,1 | 98,6 | 17,0 | 97,8 |

Fuente: Elaboración propia: base de datos de Costa Rica: estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

Prácticamente todas las personas adultas mayores reciben ayuda cuando se trata de asuntos más impersonales, como tomar medicamentos, hacer compras, preparar comida o manejar dinero. En cambio, una menor proporción necesita colaboración cuando se trata de actividades de índole más personal, en que la ayuda debe ser directa. De todas maneras, la asistencia recibida disminuye en forma considerable; cuando esta falta, la mayor dependencia puede indicar un deterioro de la calidad de vida. Igualmente, puede deberse a que algunos adultos mayores con limitaciones funcionales requieren de ayuda especializada que no se encuentra disponible en el hogar o por medio de la contratación de servicios.

Las dificultades para desarrollar actividades de la vida diaria muestran, en el cuadro anterior, un alto nivel de dependencia; para su ejecución la persona adulta mayor debe contar con asistencia continua. Esta se requiere porque disminuyen las habilidades esenciales para las funciones de autocuidado -comer sola, bañarse, usar el servicio sanitario, vestirse, arreglo personal, entre otros.

Una persona adulta mayor que no puede alimentarse, bañarse, tomar sus medicamentos ni ir al baño es "dependiente" de otras.

Igualmente, las actividades instrumentales y la posibilidad de realizarlas marcan la autonomía, que se convierte en un buen indicador de autoestima: cuando alguien puede manejar dinero, hacer sus compras, etc., estas ventajas le confieren un notable grado de independencia. El resultado es similar al anterior (menor en hombres que en mujeres), aspecto inverso en la funcionalidad instrumental, la cual se relaciona con algunas tareas como hacer compras, cocinar, etc.

En cuanto a las dificultades de movilidad, información de la misma encuesta muestra que las mujeres tienen mayores impedimentos para subir escaleras, caminar y empujar objetos. Estas dificultades aumentan para ambos sexos conforme se incrementa la edad.

El cuidado proviene de la familia inmediata

Dos tercios de las personas adultas mayores son cuidadas por una persona que reside en el hogar. En el caso de los hombres, la principal cuidadora es la cónyuge, y las hijas corresidentes, en el caso de las mujeres. A medida que aumenta la edad, el cuidado proviene más de los hijos y las hijas y menos del cónyuge. Entre quienes tienen 65 a 69 años, un tercio recibe ayuda de sus descendientes y entre quienes tienen

80 y más años, más de la mitad recibe ayuda de algún hijo o hija.

Solo uno de cada diez hombres recibe cuidados de una persona no residente y no pariente; lo mismo sucede con una de cada cinco mujeres. Esa diferencia probablemente se asocia con la mayor viudez y la sobrevivencia de las mujeres, así como al hecho de que, a medida que avanza la edad, los cuidados se vuelven más complejos.

El cuidado recae sobre las hijas residentes en el hogar

Las mujeres participan más en el cuidado de la población adulta mayor (recuadro 5.2), y casi todas las cuidadoras son menores de 50 años, a pesar de que hay un grupo considerable de mayores de 60 años (cuadro 5.7).

En el caso de las personas residentes en el hogar, algunas cuidadoras son las cónyuges, aunque existe una gran cantidad de personas mayores de 60 años que cuidan de sus padres, sea que estas vivan en el hogar o no. Esta situación ocurre con mayor frecuencia a medida que aumenta la longevidad de los adultos mayores, como ha estado ocurriendo.

Entre las cuidadoras residentes predominan las mujeres solteras que, en su mayoría, han vivido siempre en el hogar. En el caso de personas que viven en el hogar, pero no son parientes de la persona adulta mayor, o las hijas no residentes, se trata, en su mayoría, de personas en unión (unidas o casadas) (cuadro 5.8).

En el caso de las personas cuidadoras que residen en el hogar pero no son hijas de la persona adulta mayor, estas siempre pertenecen al grupo familiar. En su mayoría, son nueras (16%), nietas (33%), y hermanas (18%). Una de cada diez personas adultas mayores tiene como cuidadora principal a una empleada doméstica y la misma proporción existe para alguna otra persona no familiar. Cuando concierne a no residentes, esto obedece, en su gran mayoría a personas que viven en el mismo barrio (recuadro 5.2).

Las personas adultas mayores reciben y dan ayuda económica

Casi una cuarta parte de la población adulta mayor recibe algún tipo de ayuda económica, que proviene sobre todo de hijos o hijas que viven fuera del hogar (cuadro 5.9).

Cuadro 5.7: Personas cuidadoras que brindan apoyo a las personas adultas mayores en actividades de la vida diaria, según sexo, edad y procedencia

| Principal cuidador/a | Total | Sexo | | Edad (en años) | | | Área de residencia | |
|------------------------------------|-------|---------|---------|----------------|---------|-------|--------------------|----------------|
| | | Hombres | Mujeres | 65 - 69 | 70 - 79 | 80 + | GAM | Resto del país |
| Cónyuge | 23,97 | 44,44 | 10,31 | 41,32 | 25,82 | 12,2 | 23,6 | 24,39 |
| Hijo o hija residente | 31,32 | 20,61 | 38,46 | 16,77 | 30,27 | 40,62 | 29,46 | 33,48 |
| Hijo o hija no residente | 16,73 | 15,57 | 17,51 | 16,52 | 16,87 | 16,69 | 16,54 | 16,96 |
| Otras personas residentes hogar | 11,24 | 9,27 | 12,56 | 10,64 | 8,9 | 14,22 | 10,3 | 12,33 |
| Otras personas no residentes hogar | 16,74 | 10,11 | 21,16 | 14,74 | 18,14 | 16,27 | 20,1 | 12,84 |

Fuente: Elaboración propia: base de datos de Costa Rica: estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

Recuadro 5.2: Las cuidadoras y el cuidado de las personas adultas mayores

Cuando se trata de la atención y el cuidado de las personas mayores dependientes, una de las preocupaciones más frecuentes de la Gerontología se refiere al "apoyo informal". La preocupación alude a la necesidad de que el apoyo informal, principalmente el familiar y el de otras personas allegadas, se vincule estratégicamente con otros modelos o formas de atención. Para ello es necesario conocer y atender, mediante programas educativos y de autocuidado, a este grupo de personas que asumen el cuidado de personas adultas mayores que lo requieren. De igual importancia es que la sociedad y el estado establezcan estrategias adecuadas para lograr la creación o el fortalecimiento de programas como la atención a domicilio, viviendas adaptadas, asociaciones u organizaciones con iniciativa social que refuercen la tarea agotadora de brindar cuidados, además de las prestaciones sociales y de salud necesarias que deben llegar a todos y a todas de manera uniforme.

Las personas cuidadoras

Un conjunto de cambios sociales, como la incorporación de la mujer al mundo del trabajo y la disminución del número de hijos, dificultan la continuidad de la prestación de cuidados a personas adultas mayores por parte de sus familiares y allegados.

Investigaciones en diversos países muestran que el apoyo informal continúa siendo la fortaleza para quienes necesitan cuidados, además de ser un gran ahorro para el Estado. Pero también se ha mostrado que

"...un gran número de mujeres, que son el 90% cuidadoras, toman sobre sí a su exclusivo cargo el cuidado de las personas adultas mayores. Muchas de ellas acaban por sufrir graves problemas de salud y reducciones de sus capacidades psicofísicas. Cuando las personas mayores son dependientes, la angustia de las cuidadoras se acentúa. Suelen describir a sus parientes como personas irritables, de mal carácter, rezongonas, insatisfechos y a menudo críticas y con mal trato hacia la persona que les cuida. Casi todas las mujeres encuestadas indicaron que no esperan o no aceptarían para sí las mismas ayudas por parte de sus hijas." (Lehr y Wilbers, 1989).

En el caso específico de Costa Rica, un estudio en el Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes (Jiménez, 1998), preguntó a 328 personas adultas mayores con quién asistía a la consulta médica; un 76,5% dijo llegar acompañada por familiares, de los cuales un 57% eran hijas. Asimismo, se entrevistó a 228 personas que se autodenominaron cuidadoras principales de las y los adultos mayores. La tabla 5.1 muestra algunas de las características de las personas entrevistadas y de su relación con el adulto mayor.

Tabla 5.1: Características de las personas cuidadoras

| Número de horas dedicado al cuidado de la persona adulta mayor | |
|--|------|
| menos de 1 hora | 5,3 |
| 1 a 4 horas diarias | 20,6 |
| 5 a 8 horas diarias | 19,0 |
| 9 a 13 horas diarias | 23,2 |
| 14 a 18 horas diarias | 1,7 |
| 24 horas | 30,2 |
| Autorreporte de estado físico de las personas cuidadoras | |
| Muy bueno | 13,5 |
| Bueno | 48,6 |
| Regular | 32,4 |
| Malo | 3,6 |
| Sin datos | 1,9 |
| Problemas de las personas cuidadoras | |
| Psiquiátricos | 13,5 |
| De vivienda | 7,0 |
| Económicos | 17,5 |
| Conflictos familiares | 12,2 |

| Otras personas dependen de cuidadora | |
|--------------------------------------|------|
| Ninguna | 42,9 |
| Una | 22,3 |
| Dos o más | 32,9 |
| Sin datos | 1,9 |
| Pierde la calma con facilidad | |
| Siempre | 3,0 |
| Casi siempre | 12,7 |
| Casi nunca | 46,1 |
| Nunca | 35,9 |

Fuente: Jiménez. 1998. Protocolo de valoración de riesgo de abuso en cuidadores principales. Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes. Entrevista a 228 cuidadores principales en la consulta externa.

La sobrecarga en las personas cuidadoras puede generar ansiedad y tensión, no sólo por el cansancio, sino porque pueden subsistir deseos personales que han sido suprimidos. Según estudios, las personas cuidadoras con mayor riesgo de presentar sobrecarga de funciones son las hijas e hijos con una edad promedio de 45 años, debido a los múltiples roles que deben desempeñar en esta etapa de sus vidas, lo que puede generar conflictos familiares y crisis. En el estudio hay evidencia de tensión que se puede asociar con agresión. Las personas cuidadoras reconocen que pierden la calma con facilidad.

Las consecuencias de prestar asistencia continuada a familiares mayores dependientes pueden ser de muy diversa índole: se puede afectar la salud física, la salud emocional, así como las interacciones sociales, las relaciones familiares, la actividad laboral, entre otras. La calidad de vida de las personas mayores dependientes estriba principalmente en la calidad de las relaciones que se establezcan entre la persona cuidadora y la persona adulta mayor. Lo anterior amerita estrategias de intervención que apunten a la creación y consolidación de procedimientos de apoyo y educación, técnicas conductuales, grupos de autoayuda y cuidados de alivio, asesoramiento familiar, servicios comunitarios, y grupos de apoyo y otras iniciativas que mezclan el apoyo formal y el informal.

Cuadro 5.8: Características de las personas cuidadoras de las personas adultas mayores que brindan apoyo en AVD y AIVD, según edad y parentesco

| Característica | Hijo/a residente | Otras personas residentes del hogar | Hijo/a no residente |
|-------------------------------|------------------|-------------------------------------|---------------------|
| % mujeres | 79,14 | 88,31 | 92,58 |
| Edad | | | |
| <29 | 4,35 | 33,76 | 5,13 |
| 30-39 | 21,78 | 18,42 | 22,8 |
| 40-49 | 36,56 | 12,42 | 41,45 |
| 50-59 | 26,12 | 11,52 | 20,0 |
| 60-69 | 9,62 | 10,43 | 4,92 |
| 70+ | 1,58 | 13,45 | 5,71 |
| Estado conyugal | | | |
| Unido | 5,77 | 13,63 | 11,69 |
| Casado | 18,86 | 30,77 | 73,42 |
| Separado/divorciado | 16,5 | 9,16 | 6,3 |
| Viudo | 5,07 | 6,83 | 3,26 |
| Soltero | 53,79 | 39,61 | 5,34 |
| Siempre ha vivido en el hogar | 69,35 | -- | -- |

Fuente: Elaboración propia: base de datos de Costa Rica: estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

Recuadro 5.3: La red se fortalece con la cercanía de hermanos y hermanas

Con información del proyecto CRELES y del Tribunal Supremo de Elecciones, se determinaron diversos indicadores sobre la distancia entre las personas adultas mayores y sus hermanos y hermanas (incluidos medios hermanos y hermanastros) (Brenes-Camacho, 2008a). Sólo 5% de la población adulta mayor vive con hermanos o hermanas en el mismo hogar, pero casi la mitad (45%) lo hacen en el mismo distrito electoral. El hecho de contar con un hermano o hermana viviendo en la misma área geográfica está asociado con tener personas con las cuales poder salir y conversar, así como con recibir cariño y apoyo, aunque no necesariamente con recibir consejos o ayuda directa, cuando se está con problemas de salud. Tener hermanos o hermanas geográficamente cerca está también relacionado con menor depresión y una mejor autopercepción de la salud.

Estos hallazgos coinciden con el criterio de Burhold & Wenger, 1998 de que las relaciones entre hermanos y hermanas adultas se pueden clasificar más frecuentemente como relaciones “relajadas” (“loose-knit relations”) que las relaciones entre padres e hijos. El hallazgo también coincide con la “idea fuerza” de que las redes informales son determinantes entre personas adultas mayores, y que estas redes informales se benefician de la disponibilidad de familiares. Como la población adulta mayor actual nació en una época de alta fecundidad, es muy probable que tengan, al menos, un hermano o una hermana y, aparte, es alta la probabilidad de que un hermano o una hermana vivan cerca (Brenes, 2008a).

La ayuda la reciben en mayor proporción las mujeres: una de cada cinco, de parte de algún hijo o alguna hija que reside fuera del hogar. Quienes tienen 70 años y más reciben ayuda económica con más frecuencia; lo cual es probable que se asocie con la salida definitiva de la fuerza de trabajo, puesto que después, en edades más avanzadas, no parece aumentar sustancialmente la proporción de quienes la reciben.

Como se documentó en el capítulo anterior, mediante los sistemas de pensiones de los regímenes contributivo y no contributivo las instituciones estatales

en Costa Rica son una notable fuente de transferencias monetarias hacia la población adulta mayor costarricense. Si se compara con otros países norteamericanos y asiáticos, el peso del sector público en las transferencias a inter vivos es mucho mayor en Costa Rica que en países de Norteamérica, Asia y Europa (Rosero-Bixby y Robles, 2006).

Para comprender la dinámica de las transferencias monetarias hacia este grupo etario es necesario conocer la interrelación entre la disponibilidad de redes sociales y las instituciones de bienestar social. De acuerdo con Brenes (2008), el número de hijos en Costa Rica que coresiden con la población adulta mayor se asocia con una mayor probabilidad de recibir una transferencia monetaria que el número de hijos e hijas que viven fuera del hogar. Sin embargo, esta relación con los hijos coresidentes se reduce cuando los varones adultos mayores reciben pensiones del régimen no contributivo (Brenes-Camacho, 2008b). Estas relaciones sugieren que:

- los hijos coresidentes son una significativa fuente de apoyo económico.
- la recepción de ayuda económica por parte de los hijos coresidentes es menos probable cuando la población adulta mayor percibe otras fuentes de ingresos.

En otras palabras, más que por una norma cultural las transferencias se pueden explicar parcialmente por la necesidad económica de la persona adulta mayor. Los datos apoyan nuevamente la hipótesis de la trascendencia de las redes informales, que surgen de las mismas circunstancias de los tipos de hogares en los que vive la persona adulta mayor costarricense (Brenes-Camacho, 2008b)).

Muchas personas adultas mayores –cerca de un 15%– también colaboran económicamente. Esta ayuda la destinan sobre todo a los hijos residentes fuera del hogar pero también a otras personas no residentes en este. La contribución económica depende de la cuantía del ingreso, ya sea este autónomo o no.

Si a lo anterior se suma el hecho de que un 78% de la población adulta

mayor recibe algún tipo de ingreso que se adiciona a los ingresos del hogar, se obtiene un cuantioso nivel de transferencias intergeneracionales desde este sector hacia otros miembros de la familia o, incluso, hacia otras personas que no forman parte de la familia.

La existencia de redes puede mitigar la falta de recursos

Se sabe muy poco sobre la existencia de redes de apoyo formal. En el capítulo sobre oportunidades de participación, se documenta la existencia de distintos grupos organizados de personas adultas mayores, pero aún con un alcance limitado. Se trata de grupos cuyos participantes, en general, reciben apoyo en virtud de la solidaridad, pero no son grupos ni organizaciones cuya finalidad y capacidades técnicas estén en función de solventar las necesidades de las personas conforme avanza la edad.

Las redes sociales de apoyo, como formas de relación y como sistema de transferencias, pueden proveer a las personas adultas mayores varios beneficios y retribuciones, como los que ya se han documentado. Además, es sabido que los procesos de transformación de las prácticas gerontológicas requieren tiempo, prácticas justas, moralmente válidas y sustentadas bajo los principios de cooperación y solidaridad (Méndez y Cruz, 2008).

Es necesario prestar especial atención al sector de la población adulta mayor que carece de pensión, que está excluida del mercado laboral, afectada por alguna limitación física o mental y cuya subsistencia depende especialmente de la familia. En este caso, las redes de apoyo institucional, comunal y familiar cobran un valor significativo en la medida en que, al unir esfuerzos, pueden ofrecer el apoyo y la ayuda idónea para que la persona adulta mayor conserve su dignidad y calidad de vida. El intercambio de apoyos es vital en virtud de que propicia la solución de los problemas del diario vivir y facilita el desarrollo personal y colectivo.

No obstante lo anterior, las redes no aseguran el apoyo emocional, instrumental o de otra índole. Para eso es preciso que tengan calidad, frecuencia, efectividad y disponibilidad. No existe certeza alguna de que quienes conviven o mantienen contactos frecuentes con su familia están recibiendo la ayuda esperada, por lo que, a pesar de la convivencia en hogares multigeneracionales, es posible que se requieran apoyos estructurados de una manera más profunda.

Es trascendental el reforzamiento de las organizaciones y las redes que las integran, así como el cumplimiento de las funciones que las leyes confieren a los municipios. De igual importancia se considera la información relacionada con los recursos locales para la atención de este grupo etario.

La persona adulta mayor debería asumir un papel activo en las redes de apoyo

Una particularidad de las redes consiste en que la persona adulta mayor, además de ejercer sus derechos, logre mantener su autonomía e independencia y evite la desvinculación paulatina de la dinámica social en el plano familiar, comunitario y en el ámbito de la sociedad, en general.

Cuadro 5.9: Apoyo económico que reciben y que dan las personas adultas mayores, según edad, sexo y área de residencia

| | Total | Sexo | | Edad (en años) | | |
|-------------------------|-------|---------|---------|----------------|---------|----------|
| | | Hombres | Mujeres | 65 a 69 | 70 a 79 | 80 y más |
| Reciben ayuda económica | 24,4 | 18,44 | 29,62 | 20,93 | 25,93 | 26,73 |
| Alguien del hogar | 5,18 | 3,49 | 6,67 | 6,57 | 5,35 | 2,54 |
| Hijos fuera del hogar | 16,18 | 12,55 | 19,37 | 12,27 | 18,11 | 18,39 |
| Otra persona | 3,03 | 2,4 | 3,59 | 2,09 | 2,47 | 5,79 |
| Dan ayuda económica | 15,96 | 17,57 | 14,54 | 18,2 | 17,03 | 9,97 |
| Alguien del hogar | 1,13 | 1,81 | 0,54 | 1,02 | 1,4 | 0,75 |
| Hijos fuera del hogar | 5,07 | 6,56 | 3,77 | 7,06 | 4,77 | 2,49 |
| Otra persona | 9,75 | 9,2 | 10,23 | 10,12 | 10,87 | 6,73 |

Fuente: Elaboración propia: base de datos de Costa Rica: estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

Si bien es cierto las funciones de las redes sociales variarán según sus objetivos, existe un conjunto de premisas según las cuales los adultos mayores deberían participar en esas redes. Algunas de esas premisas se refieren al papel protagónico, activo y consciente de su propio proceso de desarrollo, que debería asumir este grupo etario en las redes.

Igualmente, quienes dirigen o son responsables de la aplicación de los planes y los programas, deben regirse por principios gerontológicos y ser consecuentes en las prácticas. De lo contrario, algunas de estas redes podrían generar situaciones adversas a quienes reciben el apoyo. Para ello se requiere la participación activa y creativa de las personas adultas mayores en la propuesta de alternativas para enfrentar las situaciones y condiciones de su hogar, residencia, o barrio. De igual validez es la promoción de espacios de encuentros intergeneracionales, en los que medien el respeto mutuo, la aceptación y el conocimiento real de la vejez como etapa de la vida (Méndez y Cruz, 2008).

Las personas adultas mayores cumplen papeles en momentos significativos. Son y pueden ser participantes activas en la propuesta, el desarrollo, la organización y la evaluación de las redes sociales. Quienes requieren algún tipo de apoyo, y aun cuando estén recibiendo servicios, deben opinar, disentir y expresar sus sentimientos e ideas. Se sabe que, eventualmente, algunas de estas personas pasarán de un estado de independencia a uno de dependencia, en su condición física, económica, mental u otra. Sin embargo, eso no significa que la dependencia arrastre hacia una dependencia emocional o psicológica (Méndez, 1998).

Dichas consideraciones suponen que los adultos mayores se distinguen como personas receptoras de servicios pero no por ello deben ser ajenas o pasivas respecto a los procesos de vinculación social. Dentro del sistema de redes ellas son, a la vez, proveedoras y receptoras y "no se trataría, por tanto, solo de redes construidas para ellas en función de la visión de otras personas, sino más bien, que sean actrices primarias en la constitución y el planteamiento de estrategias que les conciernen", afirma Montes de Oca (2005).

En cuanto a los papeles que cumplen las personas adultas mayores y que han sido documentados, pueden mencionarse (Méndez y Cruz, 2008) los siguientes escenarios:

- **El hogar.** Se destaca el apoyo cotidiano en actividades domésticas familiares, así como en las labores de cuidadores de nietos y bisnietos. Sin embargo, éstas deben ser funciones voluntarias, sin que se conviertan en una obligación más allá de sus propias capacidades o recursos.
- **El ámbito de su comunidad y de los grupos sociales constituidos (formales o informales).** Tal es el caso de asociaciones o redes vecinales, o de amistades, que cumplen papeles de apoyo y asistencia a otras personas o instituciones. Reviste gran valor la promoción de estilos de vida saludables y la participación en grupos de iguales e intergeneracionales.
- **Áreas de desarrollo personal que promueven la calidad de vida.** Se apoya en actividades que fomenten la expresión del afecto y las relaciones humanas, el uso creativo del tiempo libre y el ocio, la recreación, la salud, la asistencia a personas o grupos necesitados y el fomento de los valores espirituales y religiosos. En el área de la promoción de la calidad de vida, todas las actividades en que se vinculen favorecerán la autoestima y la participación social activa, de acuerdo con sus posibilidades.
- **Áreas de desarrollo personal-social que promueven el fomento de actividades económicas y laborales.** Por lo general, a causa de la disminución de los recursos económicos de las personas adultas mayores, esta área reviste mucho valor, pues las necesidades de subsistencia, personal y familiar, deben resolverse adecuadamente. La respuesta a estas necesidades se puede atender y solventar tanto mediante las formales como las informales, que mitiguen, sobre todo, las necesidades extremas. La experiencia laboral, la incursión en nuevas áreas ocupacionales o laborales, generan grandes oportunidades para la población adulta mayor.

Los siguientes estudios fueron preparados para este capítulo:

- Murillo González, Ana Cecilia y Gutiérrez, Ilse. (2008). Situación de las Redes Sociales de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.
- Méndez, Elsa y Cruz Conejo, Luis Diego. (2008). Redes sociales de apoyo y persona adulta mayor: Costa Rica. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.

En los talleres sobre este tema participaron:

- Luis Diego Cruz (AGECO), Adrián Díaz (MEP), Zaida Esquivel (AGECO), Xinia Fernández Rojas (UCR), Flora Jiménez (ITCR), Giselle García (UCR), Ilse Gutiérrez (UNED), Erick Hess Araya (MIVAH), Wei Wei Lu Chen (CONAPAM), Ericka Méndez Chacón (CCP-UCR), Elsa Méndez (AGECO), Andrea Milla (MIVAH), Cleidy Monge (Ministerio de Salud), Ana Cecilia Murillo (CONARE), Carlos Murillo (MEP), Marisol Rapso (UCR), Arodys Robles (CCP-UCR), Rodolfo Rojas (CONAPAM) y María José Víquez (UCR).

El recuadro 5.1: CRELES: "Costa Rica: estudio de longevidad y envejecimiento saludable", fue preparado por

- Luis Rosero Bixby
- Gilbert Brenes

El recuadro 5.2: Las cuidadoras y el cuidado de las personas adultas mayores, fue preparado por

- Sandra Jiménez

Se agradecen los comentarios de

- Marielos Alvarado, Gilbert Brenes, Erick Hess Araya, Jorge Hidalgo, Marisol Rapso, Patricia Sedó, Isabel Vega Robles.

Se agradece la colaboración de

- Ericka Méndez Chacón, en el proceso de elaboración de cuadros y análisis estadísticos de datos de redes del proyecto CRELES.

La edición del capítulo estuvo a cargo de

- Arodys Robles y Karen Masís Fernández.



III. Salud y Acceso a Servicios de Salud



CAPÍTULO 6

Estado de salud

Cerca de la mitad de las personas adultas mayores en Costa Rica reporta una percepción de su salud como regular o mala; ello es más frecuente en las mujeres y en quienes viven fuera de la Gran Área Metropolitana (GAM). Sin embargo, a pesar de que las condiciones de salud se presentan más desventajosas para las mujeres, son los hombres quienes tienen mayores tasas de mortalidad. Adicionalmente, las personas mayores residentes de las regiones Huetar Atlántica, Chorotega y Pacífico Central, presentan indicadores generales más desfavorables.

Entre las enfermedades crónicas que reportaron padecer las personas adultas mayores, las más frecuentes son la hipertensión, diabetes, enfermedades pulmonares, osteoporosis y artritis. De ellas, la hipertensión arterial y la diabetes son los principales factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular, la cual es, en este grupo, y en la población en general, la principal causa de muerte. A pesar de ello, alrededor de una sexta parte de las personas hipertensas y diabéticas no utiliza medicamentos para controlar su enfermedad. Esta población podría tener un riesgo más elevado de padecer otras enfermedades asociadas si no controlan su padecimiento con formas alternativas como dieta y ejercicio.

A medida que avanza la edad, las personas adultas mayores sufren una serie de cambios asociados a la funcionalidad, la discapacidad y la dependencia de cuidados de otras personas. Una encuesta reciente (CRELES) permite describirlos; algunos de los más notables son:

- Las dificultades de movilidad, funcionalidad básica e instrumental son más frecuentes en las mujeres y se incrementan con la edad, lo que las hace más vulnerables. Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, los trastornos cognitivos

y la depresión también tienen efectos sobre el funcionamiento físico.

- En lo que se refiere a las disfunciones sensoriales, tres de cada diez personas adultas mayores manifiestan haber sido diagnosticadas con cataratas, pero de ellos sólo la mitad han sido operadas.

- Alrededor de una sexta parte de las personas adultas mayores costaricenses padece algún grado de depresión. El porcentaje de las personas con depresión severa o en riesgo de depresión se mantiene más o menos constante con la edad.

En Costa Rica, alrededor del 24,3% de las personas adultas mayores presentan bajo peso según los criterios de corte para el índice de masa corporal (IMC) de la Oficina Panamericana de la Salud. Los hombres muestran un mayor porcentaje de peso normal, mientras que el porcentaje de mujeres en riesgo de complicaciones metabólicas, según la circunferencia de la cintura, es cerca del triple que el de los hombres. La proporción de adultos mayores con desnutrición aumenta con la edad, lo cual habla de la aparición de síndromes geriátricos de alta complejidad que requieren atención especializada.

La construcción de protocolos de abordaje nutricional diferenciados para este grupo de población debería tener como prioridad de intervención, el bajo peso más que la intervención del sobrepeso.

El perfil de salud de la población adulta mayor caracterizado sobre todo por enfermedades crónicas de larga evolución tal como la hipertensión y diabetes, implica la necesidad de la detección temprana y de acciones preventivas que permitan que las personas lleguen a su vida adulta mayor preservando su funcionalidad, su capacidad cognitiva y su autonomía.

Autorreporte de la salud

Una forma común de estimar la salud en la población adulta es preguntándole su opinión personal de cómo valoran su salud. Esta información ha demostrado ser un buen predictor de la mortalidad y de la salud en general, tanto a nivel poblacional como individual (Idler & Benyamini, 1997). Esta medida representa la medición subjetiva del estado de salud, la cual es una representación general de las condiciones y de la calidad de vida de las personas. La salud autorreportada no sustituye los diagnósticos médicos, pero sí ofrece una aproximación cercana a las condiciones generales de vida de las personas.

Para evaluar la prevalencia de enfermedades crónicas se utilizó el autorreporte de salud, es decir, las respuestas obtenidas al preguntarle a la persona adulta mayor si alguna vez un médico le había dicho que padecía ciertas enfermedades. Aspectos relacionados con funcionalidad física, sintomatología, problemas sensoriales, salud y reproductiva, así como cuidados preventivos, también se refieren a autorreportes (ver anexo 2).

Cerca de la mitad de las personas adultas mayores en Costa Rica reporta una percepción de la salud regular o mala

La evaluación de la autopercepción de salud mostró que las respuestas más comunes que emitieron las personas adultas mayores de Costa Rica fueron "salud regular" (39%) y "buena" (32%). Las respuestas extremas de "excelente" o "mala" fueron elegidas por el 8% cada una. Al agregar en un solo grupo las respuestas "regular" y "mala", el 47% de las personas mayores de 65 años en Costa Rica se ubica en esta categoría.

Este porcentaje es diferencial por sexo, siendo las mujeres adultas mayores quienes reportan peores condiciones de salud (50%) que los hombres (46%). También existen diferencias por grupo de edad y por zona de residencia. El porcentaje de personas adultas

mayores de 65 a 69 años que reporta salud "regular" o "mala" es de 44% y, entre quienes tienen 70 años y más, el reporte de "mala" salud se da en el 50% de los casos. Un dato importante es que de las personas que viven en el Gran Área Metropolitana (GAM), solo un 41% reporta salud "regular" o "mala", comparado con un 56% de quienes viven fuera de ella.

El porcentaje de mujeres que autorreportaron salud regular o mala fue mayor que el de hombres

En todas las ciudades estudiadas, como parte del Proyecto SABE: Salud, Bienestar y Envejecimiento 2000-2001 (Wong et al 2006), la proporción de personas que reportó gozar de una salud "excelente" fue baja (6% o menos). En estas ciudades, al igual que en Costa Rica, el porcentaje de mujeres que reportaron salud "regular" o "mala" fue mayor que el de hombres. Como se observa en el cuadro 6.1, México D.F. fue la ciudad con mayor proporción de personas con salud "regular" o "mala" (66% en hombres y 71% en mujeres). Buenos Aires, Argentina, fue la ciudad con menor proporción de individuos con salud "regular" o "mala" (28% de hombres y 38% de mujeres). Los hombres costarricenses reportan porcentajes de salud "regular" o "mala" en mayor proporción que los de Bridgetown, Montevideo y Buenos Aires. Las mujeres costarricenses, por su parte, reportan porcentajes de salud "regular" o "mala" superiores a los encontrados en La Habana, Montevideo y Buenos Aires.

Al agregar en un solo grupo las respuestas "regular" y "mala", el 47% de las personas mayores de 65 años en Costa Rica se ubica en esta categoría.

Un dato importante es que de las personas que viven en el Gran Área Metropolitana (GAM), solo un 41% reporta salud "regular" o "mala", comparado con un 56% reportado de quienes viven fuera de ella.

Cuadro 6.1: Porcentaje de personas que autorreportan salud "regular" o "mala" en Costa Rica y siete ciudades participantes del proyecto SABE

| País / Ciudad | Hombres | Mujeres |
|---------------|---------|---------|
| Costa Rica | 46 | 50 |
| México DF | 66 | 71 |
| Santiago | 54 | 65 |
| La Habana | 54 | 38 |
| Sao Paulo | 50 | 54 |
| Bridgetown | 38 | 51 |
| Montevideo | 30 | 44 |
| Buenos Aires | 28 | 38 |

Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de CRELES y de Wong et al., 2006.

Es posible que la autoevaluación de la salud difiera en razón de cuán saludables sean las poblaciones entre países, de manera que, en poblaciones más saludables, una buena percepción de la salud puede depender de la salud emocional, de enfermedades crónicas o de funcionalidad física, mientras que en poblaciones con peor salud puede depender más bien de la incidencia de enfermedades infecciosas (Wong et al., 2006). Esto hace que, a pesar de que se formuló la misma pregunta en Costa Rica y en cada una de las siete ciudades, las respuestas obtenidas no sean plenamente comparables. Sin embargo, es útil como una guía para valorar el estado de salud general de las personas adultas mayores costarricenses respecto a las de otras poblaciones.

Morbilidad autorreportada

Las condiciones crónicas autorreportadas más frecuentes son la hipertensión, la hipercolesterolemia, la diabetes mellitus, la enfermedad pulmonar, la artritis y la osteoporosis

En el cuadro 6.2, se muestran los porcentajes de personas que autorreportan (considerando que un médico o personal de salud le haya informado que lo padece) cada una de las enfermedades o condiciones crónicas estudiadas por CRELES. Las seis condiciones crónicas con una prevalencia mayor al 10% son: hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes

Cuadro 6.2: Porcentaje de personas adultas mayores que autorreportan enfermedades crónicas (2006)

| Enfermedad | Todos |
|---------------------|-------|
| Hipertensión | 50,4 |
| Hipercolesterolemia | 37,1 |
| Diabetes | 20,6 |
| Enfermedad pulmonar | 16,6 |
| Artritis | 15,9 |
| Osteoporosis | 10,2 |
| Infarto | 4,9 |
| Cáncer | 6,6 |
| Derrame | 4,8 |

Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de CRELES.

mellitus, enfermedad pulmonar, artritis y osteoporosis. Las tres primeras condiciones son consideradas como factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular, principal causa de muerte en Costa Rica.

La prevalencia de las enfermedades crónicas varía por grupo de edad y por sexo (gráficos 6.1 y 6.2). El porcentaje de hombres que indica padecer enfermedades crónicas (gráfico 6.1) es menor que el de las mujeres (gráfico 6.2). De esta forma, tanto para hombres como para mujeres, la hipertensión arterial y el colesterol alto son las patologías más frecuentes. Los hombres presentan una prevalencia de hipertensión y de colesterol más baja (41% y 32%, respectivamente) que las mujeres (55% y 46%, respectivamente).

De las personas adultas mayores que reportaron ser hipertensas, un 71,2% tiene menos de 20 años de padecer la enfermedad, un 25%, entre 20 y 39 años de sufrir hipertensión y el resto tiene más de 40 años con el padecimiento. Al comparar por sexo, un 35,58% de mujeres tiene más de 20 años de tener el diagnóstico de hipertensión comparado con un 20,3% de los hombres. Esto puede deberse, entre otras razones, a que a las mujeres se les diagnostica más tempranamente la enfermedad porque acuden frecuentemente a los servicios de salud, según se presenta en el capítulo 7.

Para las personas adultas mayores que reportaron padecer diabetes, se observa que un 60% de la población adulta mayor registra menos de 10 años de padecer la enfermedad y, al comparar por sexo, los hombres tienen menos tiempo de sufrir la enfermedad. Un 65,2% de los hombres y un 56,3% de las mujeres tienen 10 años o menos de tener diabetes mellitus. Un 72,1% de las personas que tienen diabetes mellitus, también tiene hipertensión arterial, lo cual aumenta el riesgo de complicaciones de este grupo.

Entre los hombres, la hipertensión y las enfermedades de pulmón prevalecen con tendencia ligeramente creciente conforme aumenta la edad. Otras enfermedades como la osteoporosis y la

artritis, los infartos, el cáncer y los derrames son más frecuentes en los grupos de edades mayores. El cáncer es otra enfermedad cuyo porcentaje de personas que la padecen aumenta considerablemente con la edad, pasa de una frecuencia del 3% en los grupos de edades jóvenes a un 11% en los grupos de edades más avanzadas.

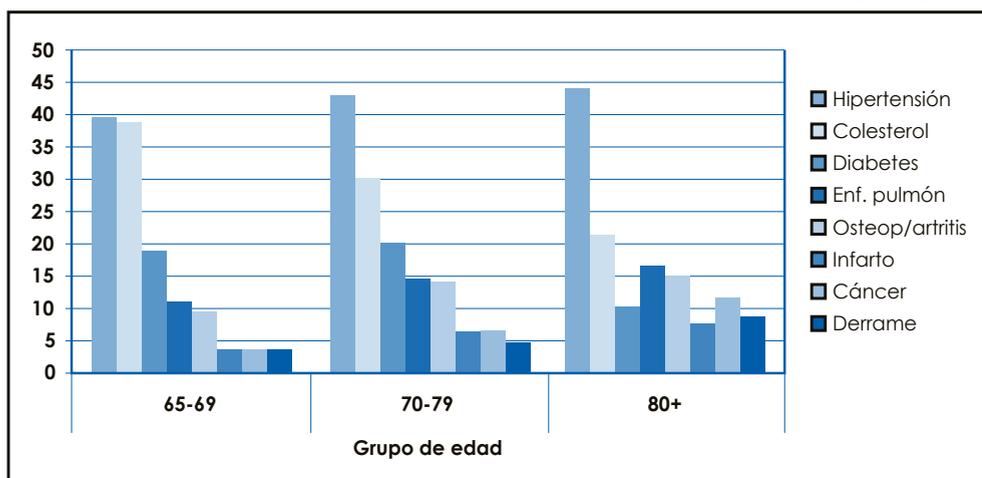
En las mujeres, las enfermedades pulmonares, la osteoporosis y la artritis presentan porcentajes más elevados que en los hombres y, además, se mantienen constantes en los distintos grupos de edad (20% y 31%, respectivamente).

Una tendencia contraria sucede con la diabetes y con el colesterol elevado. Veinte de cada cien hombres de 70 a 79 años son diabéticos, pero este porcentaje

disminuye a la mitad en el grupo de edad de 80 años y más. El porcentaje de hombres con colesterol alto también disminuye con la edad. Este patrón también se observa entre las mujeres. Este último fenómeno podría explicarse debido a la mortalidad provocada directa o indirectamente por la misma diabetes o la hipercolesterolemia, la cual provoca que, entre las personas de 80 años o más, haya un menor porcentaje de diabéticos. Esto también podría explicarse por diferencias en estilos de vida o en funcionamiento metabólico.

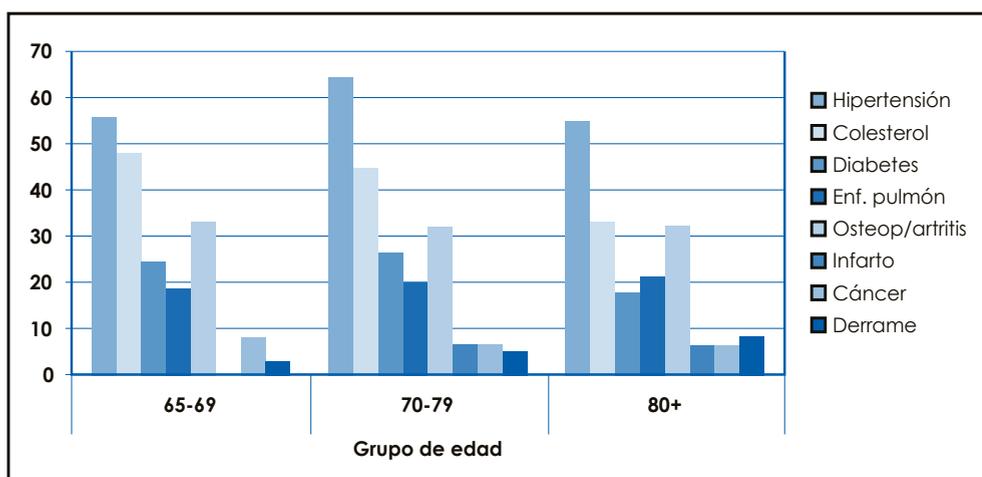
Una indicación que refuerza esta última hipótesis es que entre los adultos mayores costarricenses del proyecto CRELES, la prevalencia de obesidad, niveles altos de triglicéridos (mayores a 150 mg/dl) y alto consumo calórico

Gráfico 6.1: Porcentaje de personas adultas mayores que reporta tener enfermedades crónicas por grupo de edad. Población masculina (2006)



Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de CRELES.

Gráfico 6.2: Porcentaje de personas adultas mayores que reporta tener enfermedades crónicas por grupo de edad. Población femenina (2006)



Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de CRELES.

disminuye con la edad (Fernández y Méndez, 2007).

En cuanto a la prevalencia de enfermedades crónicas por zona de residencia, el aspecto a resaltar es que el porcentaje de hipertensos en la GAM es mayor (52%) que en el resto del país (45%). Este dato coincide con las mayores tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares observadas en la Región Central, en donde se encuentra la GAM.

Si se compara con otras poblaciones (cuadro 6.3), Costa Rica se distingue por un menor porcentaje de personas adultas mayores con artritis (16%). La hipertensión arterial es similar entre Costa Rica (50%) y la mayoría de ciudades de los otros países, en las que la prevalencia está en un rango de 44% a 54%.

Las ciudades con mayores prevalencias de diabetes mellitus son Bridgetown y México D.F. (22%). En Costa Rica prevalece la diabetes en forma similar a la de estas dos ciudades (21%), mientras que Santiago y Buenos Aires son las ciudades con más baja prevalencia (13%). La frecuencia relativa de enfermedades pulmonares crónicas (17%) y de cáncer (6%), en Costa Rica, se encuentra entre las más altas; esta última prevalencia es similar a las observadas en Montevideo y Buenos Aires. La alta frecuencia de personas adultas mayores costarricenses con cáncer también coincide con la información sobre mortalidad

expuesta anteriormente. Costa Rica es, entre los países latinoamericanos avanzados en la transición epidemiológica, el que registra mayores tasas de mortalidad debido a neoplasmas.

La patología y la sintomatología prostática son relevantes para los hombres

En Costa Rica es posible estimar la incidencia del cáncer, gracias al Registro Nacional de Tumores. La incidencia de cáncer de próstata en los adultos mayores es alta (gráfico 6.3). En el grupo de 65-69 años es de 355 por cien mil personas en esa edad y se incrementa considerablemente entre quienes tienen 80 y más años (863 por cada 100.000 hombres de 80 y más).

En las mujeres el cáncer que más afecta su sistema reproductor es el de mama y el de cérvix

Las tasas de mortalidad e incidencia de cáncer de mama se han incrementado en las últimas dos décadas entre las mujeres de varios países de Latinoamérica y el Caribe (Reyes-Ortiz et al., 2006). El cáncer cervical es el segundo cáncer más común en las mujeres alrededor del mundo.

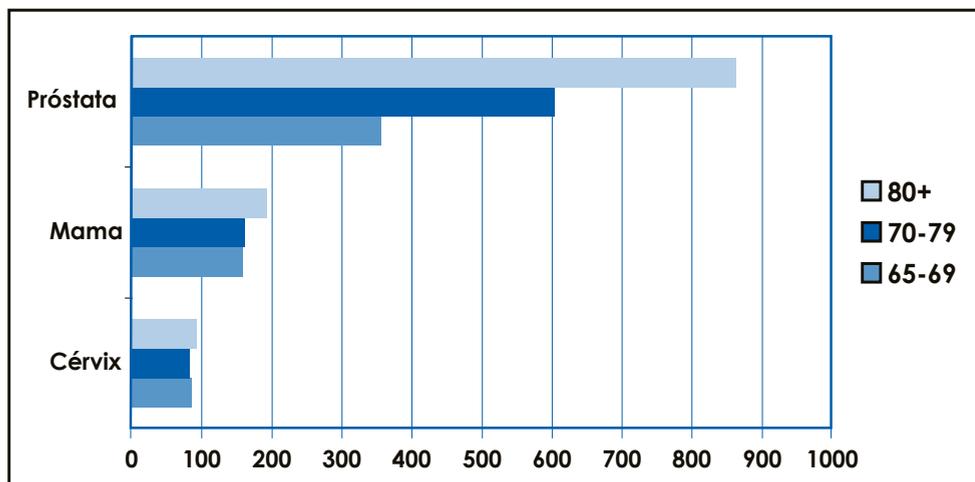
La principal causa de cáncer de cérvix es la infección con tipos altamente riesgosos del virus del papiloma humano. Reviste implicaciones para los sistemas

Cuadro 6.3: Frecuencia relativa de enfermedades crónicas seleccionadas, en personas adultas mayores de Costa Rica, población de México-americanos y siete ciudades participantes del proyecto SABE

| Población | Artritis | Hipertensión arterial | Diabetes mellitus | Cáncer | Enf. pulmonar crónica |
|-------------------|----------|-----------------------|-------------------|--------|-----------------------|
| Costa Rica | 15,9 | 50,5 | 20,7 | 6,6 | 16,7 |
| Buenos Aires | 52,5 | 49,0 | 12,5 | 4,9 | 8,5 |
| Bridgetown | 47,1 | 47,9 | 22,2 | 3,5 | 4,2 |
| Sao Paulo | 32,2 | 53,8 | 17,7 | 3,7 | 12,6 |
| Santiago | 29,5 | 52,3 | 13,3 | 4,5 | 12,7 |
| La Habana | 56,0 | 44,1 | 15,2 | 3,5 | 12,6 |
| México D.F. | 23,8 | 43,1 | 21,9 | 2,0 | 9,7 |
| México-Americanos | 39,9 | ----- | 27,8 | 5,6 | 2,5 |
| Montevideo | 48,3 | 44,9 | 13,0 | 6,0 | 9,2 |

Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de CRELES, de Al Snih et al., 2006, Patel et al., 2006, y de Menéndez et al., 2005.

Gráfico 6.3: Tasas de incidencia de cáncer en el sistema reproductivo, según edad. (1999-2003) (Tasas por 100.000 habitantes)



Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de CRELES.

de salud en cuanto a la prevención por medio de vacunas (todavía en fases incipientes en los países en desarrollo), así como en la prevención secundaria a través del tamizaje. Este tipo de cáncer afecta desproporcionadamente a las regiones más pobres, en donde, usualmente, el tamizaje por medio del papanicolaou ocurre con menor frecuencia.

La incidencia de cáncer de mama entre las mujeres de 65 a 69 años es de 158 casos por 100.000 mujeres, mientras que en el grupo de 80 y más años es de 193. En esta población, el cáncer de cérvix (invasor e in situ) muestra incidencias más bajas que el de mama (gráfico 6.3).

Consumo de medicamentos

La polifarmacia es alta principalmente en las mujeres

De las personas adultas mayores de CRELES, un 79% de la población refirió consumir medicamentos, la mayoría mujeres (58%) residentes de la GAM. Dichos medicamentos proceden, en especial, de la Caja Costarricense del Seguro Social (87%), y de ellos destacan los grupos terapéuticos: antihipertensivos (18%), antitrombolíticos (11%), diuréticos (8%), hipoglicemiantes (7%), hipolipemiantes (6%), que concordaron con el autorreporte de hipertensión, colesterol elevado y diabetes. El 60% de las personas adultas mayores utiliza de 1 a 4 medicamentos, el 40%

tiene polifarmacia (5 a 17 medicamentos), en especial las mujeres que predominan como usuarias en todas las edades y en todas las agrupaciones de medicamentos.

No toda la población adulta mayor que reporta padecer hipertensión arterial recibe tratamiento

Al revisar el botiquín de las personas adultas mayores de CRELES, se encuentra que un 44% toma medicamentos para el control de la hipertensión. El consumo es mayor entre las mujeres (49%) respecto a los hombres (37%). A pesar de que un 50% de la población adulta mayor sabe que es hipertensa, un 18% de ella no tiene antihipertensivos en su botiquín. Este grupo de personas adultas mayores podría presentar un riesgo más elevado de complicaciones asociadas a la hipertensión si no estuvieran controlando la enfermedad con formas alternativas como, por ejemplo, dieta y ejercicio. Por otra parte, se identificó un 9% que no conoce su condición de hipertenso, pero sí cuenta con medicamentos antihipertensivos en su botiquín, lo cual informa de deficiencias en la educación en salud.

Respecto a la diabetes, un 18% de todas las personas adultas reporta medicamentos vía oral o subcutánea para el control de

El 60% de las personas adultas mayores utiliza de 1 a 4 medicamentos; el 40% tiene polifarmacia (5 a 17 medicamentos), en especial las mujeres que predominan como usuarias en todas las edades y en todas las agrupaciones de medicamentos.

A pesar de que un 50% de la población adulta mayor sabe que es hipertensa, un 18% de ella no tiene antihipertensivos en su botiquín.

esta enfermedad. Este reporte es mayor entre las mujeres (21%) que entre los hombres (15%).

En cuanto a la medicación para reducir los niveles lipídicos, el medicamento frecuentemente encontrado en los botiquines del grupo de adultos mayores costarricenses es la estatina (inhibidor de la HMG-

CoA reductasa); un 16% tiene este tipo de medicamento en sus botiquines, aunque entre aquellos con diagnóstico de hipercolesterolemia esta proporción es de un 35%. No obstante, un 5% de las personas que no reporta este tipo de diagnóstico está consumiendo este medicamento. Entre las personas con este diagnóstico, las mujeres y los

Recuadro 6.1: Carga de enfermedad (AVISA) del grupo mayor de 65 años

Tabla 6.1: Años saludables de vida perdidos por discapacidad (AVISA) y tasa por mil habitantes según evento para personas adultas mayores de 65 años

| Evento/ Enfermedad | AVISA | Tasa x 1000 habitantes |
|---|----------------|------------------------|
| Infarto agudo del miocardio | 8314,7 | 33,5 |
| Diabetes mellitus | 4606,9 | 18,5 |
| Artritis reumatoide | 1483,9 | 6,0 |
| Asma | 1090,7 | 4,4 |
| Trastornos depresivos mayores | 500,2 | 3,8 |
| Vehículo motor | 679,6 | 2,7 |
| Dependencia al alcohol | 361,2 | 1,5 |
| VIH | 272,5 | 1,1 |
| Sida | 96,9 | 0,4 |
| Lesiones (fracturas de caderas, clavícula, cúbito, huesos cara, mano, lesión medular) | 102,3 | 0,4 |
| Total AVISA y tasa nacional por mil habitantes | 17508,9 | 70,3 |

Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica. Documento borrador de la Estimación de la Carga de Enfermedad en Costa Rica 2005.

En el 2006, el Ministerio de Salud anunció que las tres principales causas de mortalidad general fueron: enfermedad del aparato circulatorio, tumores y causas externas. No obstante, al no conocer cuál es la carga de enfermedad ocasionada por estos eventos o enfermedades, se solicitó al Banco Interamericano de Desarrollo financiar un proyecto para realizar esa investigación. El objetivo del estudio fue estimar los años de vida saludables perdidos por discapacidad en el año 2005, tomando en cuenta todos los cantones, el sexo y los grupos de edad por quinquenio. Se calculó, entonces, el indicador AVISA, que es la suma de dos indicadores: los años de vida vividos con discapacidad (AVD) y los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP). El cálculo se realizó a 64 eventos clasificados en 3 grupos. En el grupo 1 se ubicaron las enfermedades infecciosas de reproducción, perinatales y deficiencias nutricionales; en el grupo 2, las enfermedades no transmisibles y, en el grupo 3, las lesiones. El total de AVISA para el país fue 358.509 años. Los eventos o enfermedades que ocuparon el 65% de la estimación fueron: VIH/SIDA, trastornos depresivos mayores, infarto agudo del miocardio, artritis reumatoide, accidentes de vehículo motor, trastornos depresivos mayores, diabetes mellitus, asma bronquial y lesiones como las fracturas de caderas, clavícula, cúbito, huesos cara, mano, y lesión medular. En este grupo de eventos, los mayores de 65 años ocuparon un total de 17.508,9 años.

La carga de enfermedad calculada para este grupo representa el 3,7% del total calculado para el país. Dicho dato representa las características de esta metodología, en donde los grupos de menor edad siempre tendrán mayores contribuciones a la carga de enfermedad por diferentes causas. No obstante, es notoria la contribución del infarto agudo del miocardio y la diabetes mellitus a los años de vida saludables perdidos por discapacidad de las personas adultas mayores, lo cual es congruente con la morbilidad y la mortalidad en este grupo.

habitantes de la GAM tienen mayor probabilidad de contar con estatinas en su botiquín. Este diferencial por región podría indicar limitado acceso a este tipo de medicamento entre la población adulta mayor que vive en las regiones periféricas.

Funcionalidad física y cognitiva

El deterioro cognitivo tiene especial importancia dado su efecto sobre las actividades de la vida diaria y la autonomía de la persona adulta mayor. Según progresa el deterioro, la persona adulta mayor tiende a perder su autonomía hasta para las actividades básicas como bañarse, alimentarse y vestirse. Al reducirse su independencia, requerirá del apoyo de cuidadores quienes podrían pertenecer, en su mayoría, al núcleo familiar o de amigos inmediatos, y deberían ser considerados en los programas de atención tanto en lo referente a capacitación para la

atención, como para la prevención de problemas de salud debidos a la responsabilidad de atender individuos con afecciones de la funcionalidad física y cognitiva. La relación entre disfuncionalidad física, deterioro cognitivo y maltrato son discutidos en los capítulos 5 y 10 de este Informe.

Las dificultades para la movilidad, funcionalidad básica e instrumental son más frecuentes en las mujeres y se incrementan con la edad

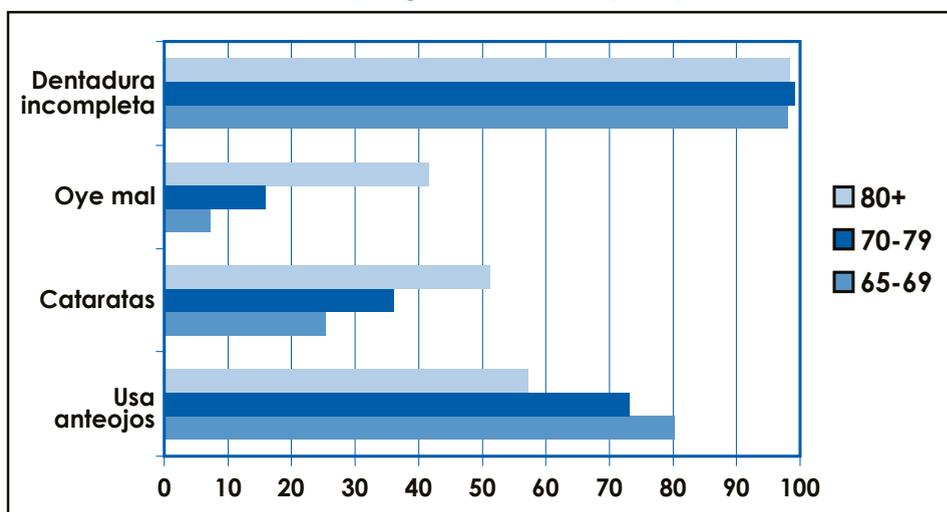
La funcionalidad se define como la capacidad de la persona para realizar sus actividades básicas y las actividades instrumentales de la vida diaria. Así, la discapacidad será la inhabilidad o habilidad parcial de realizar tales actividades, lo que afecta su autonomía y la define como una persona en necesidad de cuidado, lo cual podría ponerla en riesgo de perder su capacidad para participar en la vida familiar y social.

Cuadro 6.4: Frecuencia relativa de personas adultas mayores con dificultad en aspectos de movilidad, funcionalidad básica e instrumental (2006)

| Indicador | Total | Sexo | | Edad (en años) | | |
|---|-------------|-------------|-------------|----------------|-------------|-------------|
| | | Hombres | Mujeres | 65 a 69 | 70 a 79 | 80 y más |
| Acciones de movilidad | | | | | | |
| Subir escaleras | 56,7 | 47,0 | 65,1 | 46,3 | 55,2 | 76,8 |
| Caminar | 41,6 | 34,2 | 48,1 | 28,3 | 40,0 | 66,8 |
| Empujar objetos | 39,7 | 30,8 | 47,5 | 30,7 | 38,4 | 57,0 |
| Levantar brazos | 11,5 | 8,9 | 13,8 | 5,3 | 11,3 | 22,1 |
| Funcionalidad básica | | | | | | |
| Acostarse/levantarse de la cama | 10,2 | 8,7 | 11,6 | 5,9 | 8,9 | 20,3 |
| Bañarse | 9,7 | 7,6 | 11,4 | 2,7 | 7,9 | 24,8 |
| Cruzar cuarto caminando | 7,7 | 6,6 | 8,7 | 2,6 | 6,3 | 19,1 |
| Usar el inodoro | 6,7 | 5,2 | 8,1 | 1,9 | 5,0 | 18,3 |
| Comer | 4,1 | 3,7 | 4,5 | 1,3 | 2,6 | 11,8 |
| Dificultad en al menos una actividad de movilidad o funcionalidad básica | 64,3 | 54,6 | 72,8 | 55,8 | 62,0 | 83,1 |
| Funcionalidad instrumental | | | | | | |
| Hacer compras | 23,3 | 17,0 | 28,9 | 9,2 | 20,2 | 53,3 |
| Tomar medicinas | 16,8 | 15,4 | 18,1 | 6,2 | 14,5 | 39,4 |
| Cocinar | 16,5 | 17,8 | 15,3 | 5,2 | 13,5 | 41,4 |
| Manejar dinero | 13,9 | 11,4 | 16,1 | 4,8 | 11,2 | 34,6 |
| Dificultad en al menos una actividad de funcionalidad instrumental | 27,1 | 23,1 | 32,1 | 12,1 | 25,1 | 60,4 |

Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de CRELES.

Gráfico 6.4: Porcentaje de personas adultas mayores con problemas sensoriales por grupo de edad (2006)



Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de CRELES.

El estudio de la funcionalidad física de las personas adultas mayores es vital debido a que el deterioro funcional es un indicador pronóstico de discapacidad y de dependencia de servicios de salud, así como de cuidados de largo plazo (Albala et al., 2007).

Las actividades del diario vivir se han clasificado en tres categorías: tareas básicas para el cuidado personal o actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y movilidad (Katz & Akpom, 1976; Rosow & Breslau, 1966). En las personas adultas mayores de CRELES, las dificultades de movilidad, funcionalidad física e instrumental son más frecuentes en las mujeres y se incrementan con la edad (cuadro 6.4). La acción de movilidad en la que la población adulta mayor muestra más dificultad es subir escaleras (57%), y en la que menos dificultad presenta, es en levantar los brazos (12%). Entre 4% y 10% de las personas tienen dificultad para realizar actividades básicas y entre un 14% y un 23% tiene dificultades instrumentales del diario vivir. No hay diferencias significativas en cuanto a la proporción de personas con limitaciones funcionales entre quienes viven en la GAM y aquellos que viven fuera de ella.

Las áreas en las que se muestra mayor dificultad deberían ser consideradas para todo lo concerniente a diseño urbano y arquitectónico.

La salud ocular es deficiente en la población adulta mayor

Los defectos visuales son causa considerable de limitación funcional en las personas adultas mayores, especialmente en países en desarrollo en donde los recursos para prevención y tratamiento son escasos (Albala et al., 2007). En Costa Rica, un 74% de la población adulta mayor utiliza anteojos, ya sea para ver de lejos (2%), de cerca (32%) o ambos (37%). El uso de anteojos es ligeramente menor entre los hombres (67%) respecto a las mujeres (77%). Las mujeres utilizan, en mayor porcentaje, los lentes para ver de cerca y de lejos (44%) que los hombres (30%).

El gráfico 6.4 muestra que el uso de anteojos disminuye con la edad. Esto no quiere decir, necesariamente, que las personas adultas de 80 y más años estén en condiciones visuales mejores que los jóvenes, ni que la visión mejore con la edad. Esto puede estar relacionado con un inadecuado comportamiento preventivo conforme aumenta la edad, pues –como se verá en el apartado sobre servicios preventivos– el tener un examen de la vista durante el último año es menos frecuente entre los más viejos. ¿Hasta dónde la baja frecuencia de exámenes de la vista puede estar relacionada con limitaciones inherentes al sistema preventivo de salud? Esta interrogante se discutirá

En Costa Rica, un 74% de la población adulta mayor utiliza anteojos, ya sea para ver de lejos (2%), de cerca (32%) o ambos (37%). El uso de anteojos es ligeramente menor entre los hombres (67%) respecto a las mujeres (77%)

en el capítulo 7 sobre salud y acceso a servicios de salud.

La presencia de cataratas aumenta con la edad, pasando de un 25% en las edades jóvenes (65-69) a un 52% en los adultos de 80 y más años (gráfico 6.4). Tres de cada diez personas adultas mayores manifiesta que un especialista le ha detectado cataratas y de ellas solo un 50% ha sido operado. A su vez, de esta mitad que no ha sido operada, una tercera parte no usa anteojos. Este grupo podría estar en un mayor riesgo de discapacidad o limitación funcional debido a su reducida capacidad visual y falta de anteojos. Otro problema relacionado con la vista es el glaucoma, no obstante, este es reportado solo por un 2% de las personas adultas mayores.

La calidad de la audición se evaluó con una escala entre 1 ("mal") y 7 ("excelente") donde la persona seleccionó el número que mejor representaba la audición y, también, a partir de la percepción del entrevistador. La escogencia de números bajos (1-3) por parte del entrevistado coincidió con la percepción de dificultad de audición por parte del entrevistador. De manera análoga, la elección de números altos (6-7) por parte del adulto mayor, también coincidió con la percepción del

entrevistador al clasificarlos como que "escuchaban inmediatamente". En el gráfico 6.4 se muestra el porcentaje de la población adulta mayor a quien se le percibió (por parte del entrevistador) con problemas de audición, los cuales aumentan con la edad.

El deterioro cognitivo severo es diferente por sexo y por área de residencia

El deterioro cognitivo se refiere a un decaimiento progresivo de la capacidad mental en el que la memoria, la reflexión, el juicio, la concentración, el seguimiento de instrucciones y la capacidad de aprendizaje disminuyen (Sánchez-Ayéndez et al., 2003). Este deterioro progresivo puede, además, afectar rasgos de la personalidad de la persona adulta mayor. Por lo tanto, es de gran relevancia conocer cómo se encuentra esta población en este aspecto de su salud.

La prueba Mini-mental modificada (ver anexo 2) se hizo en CRELES al principio de la entrevista para determinar si la persona entrevistada necesitaba la ayuda de otra persona (conocido como un "proxy") para responder a las preguntas. Un grupo de personas (6% de la muestra ponderada) ni siquiera pudo hacer el Mini-mental y el entrevistador lo catalogó directamente como re-

Cuadro 6.5: Grado de depresión y deterioro cognitivo según sexo, edad y área de residencia (2006)

| Indicador | Total | Sexo | | Edad (en años) | | | Área de residencia | |
|----------------------------|-------------|---------|---------|----------------|-------|------|--------------------|----------------|
| | | Hombres | Mujeres | 65-69 | 70-79 | 80+ | GAM | Resto del país |
| Estado anímico | | | | | | | | |
| Según Escala Yesavage | | | | | | | | |
| Normal(0-5) | 82,7 | 85,7 | 79,9 | 81,6 | 84,3 | 80,4 | 86,3 | 78,1 |
| Riesgo de depresión(6-9) | 11,1 | 9,1 | 12,9 | 11,5 | 9,8 | 14,0 | 8,7 | 14,1 |
| Deprimido(10+) | 6,3 | 5,2 | 7,2 | 6,9 | 5,9 | 5,6 | 5,0 | 7,8 |
| Deterioro cognitivo | | | | | | | | |
| Según Mini-mental Folstein | | | | | | | | |
| Sin deterioro(14-15) | 27,9 | 26,0 | 29,6 | 26,8 | 13,0 | 27,9 | 32,7 | 22,3 |
| Moderado(10-13) | 53,8 | 57,3 | 50,7 | 57,8 | 43,1 | 53,8 | 50,8 | 57,3 |
| Severo(0-9) | 18,3 | 16,8 | 19,7 | 15,4 | 43,9 | 18,3 | 16,5 | 20,5 |

Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de CRELES.

El 18% de las personas adultas mayores de Costa Rica acusa un deterioro cognitivo severo (cuadro 6.6) cuando se consideraba un puntaje de 0 a 9. La proporción es ligeramente mayor entre las mujeres que viven fuera de la GAM.

quiere ayuda por falta de habilidad cognitiva. Un 18% de las personas adultas mayores de Costa Rica acusa un deterioro cognitivo severo (cuadro 6.5) cuando se consideraba un puntaje de 0 a 9. La proporción es ligeramente mayor entre las mujeres quienes viven fuera de la GAM. Los porcentajes de las personas adultas mayores variarán en las diferentes categorías conforme cambie la interpretación del puntaje de la prueba.

La depresión afecta a hombres y mujeres

En Costa Rica, de acuerdo con la escala de Yesavage (ver anexo 2), el 17% de las personas adultas mayores incluidas en el proyecto CRELES está deprimido o en riesgo de estarlo (cuadro 6.5). El 11% se encuentra en riesgo de depresión y el 6% ya tiene depresión. Un 20% de las mujeres y un 14% de los hombres padecen de depresión o están en riesgo de padecerla. El porcentaje con depresión se

mantiene más o menos constante a partir de los 65 años (alrededor del 6%). La proporción de adultos mayores en riesgo de depresión varía entre un 10% y un 14% según la edad (cuadro 6.5). Las personas adultas mayores que viven fuera del área metropolitana presentan más depresión que quienes viven en la GAM.

Mediciones objetivas del estado de salud de la persona adulta mayor

Las principales mediciones objetivas del estado de salud se realizan por medio de exámenes físicos, análisis de laboratorio y de mediciones antropométricas. Mediante el proyecto CRELES, a cada persona adulta mayor se le tomó la presión arterial en dos ocasiones, se le pesó, se midió su estatura y la circunferencia de su cintura y cadera. Además, se tomó una muestra de sangre en ayunas al día siguiente de que se le aplicó la entrevista. Con base en

Cuadro 6.6: Porcentaje de personas adultas mayores en riesgo de problemas de salud según biomarcadores, por sexo, edad y zona de residencia (2006)

| Categoría de biomarcadores | Porcentaje de la población en riesgo | | | | | | |
|--|--------------------------------------|---------|---------|--------|-----|------------|-----|
| | Total | Sexo | | Edad | | Residencia | |
| | | Hombres | Mujeres | 65 -79 | 80+ | No GAM | GAM |
| Función cardiovascular | | | | | | | |
| Presión diastólica alta (≥ 90 mmHg) | 38 | 36 | 39 | 40 | 32 | 38 | 38 |
| Presión sistólica alta (≥ 140 mmHg) | 65 | 65 | 66 | 65 | 67 | 65 | 66 |
| Actividad metabólica | | | | | | | |
| Hemoglobina glicosilada alta ($\geq 6.5\%$) | 11 | 9 | 14 | 12 | 9 | 12 | 11 |
| Glucosa en ayunas alta (≥ 126 mg/dL) | 16 | 15 | 17 | 17 | 12 | 13 | 18 |
| Triglicéridos altos (≥ 150 mg/dL) | 43 | 40 | 46 | 44 | 40 | 41 | 45 |
| Colesterol HDL bajo (≤ 40 ó 50 mg/dL*) | 58 | 51 | 63 | 58 | 55 | 56 | 59 |
| Colesterol total alto (> 250 mg/dL) | 21 | 14 | 26 | 21 | 19 | 19 | 23 |
| Razón col. total/HDL (≥ 5.92) | 25 | 29 | 23 | 26 | 24 | 23 | 28 |
| Razón cintura/cadera (≥ 1.0) | 24 | 27 | 22 | 25 | 24 | 25 | 24 |

* ≤ 40 mg/dL para hombres y ≤ 50 mg/dL para mujeres

Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de CRELES

estas medidas, se obtuvieron una serie de biomarcadores de su estado de salud, los cuales se presentan en el cuadro 6.6. Estas medidas complementan los reportes que esta población hizo sobre su salud, y se consideran medidas más objetivas.

Se observa que un alto porcentaje (65%) de adultos mayores presenta valores de presión sistólica promedio superiores a 140 mm Hg, siendo una condición constante por sexo, edad y zona de residencia. La proporción de personas con niveles de triglicéridos superiores al punto de corte es de 43%. El control metabólico medido por la hemoglobina glicosilada muestra que el 11% tiene valores superiores a lo esperado, siendo este control menor en las mujeres. El porcentaje de población adulta mayor con niveles de HDL considerados bajos es superior al 50%.

Los datos de biomarcadores para las mujeres adultas mayores muestran en general mayores porcentajes fuera de los rangos de normalidad. La población adulta mayor del sexo masculino muestra, en general, menores porcentajes de biomarcadores fuera de los rangos de normalidad.

Las personas de mayor edad presentan menor riesgo en los indicadores relacionados con la actividad metabólica. Estas diferencias varían entre un punto porcentual para la razón cintura/cadera hasta ocho en el porcentaje de personas con presión diastólica alta. No se encuentran diferencias marcadas entre el GAM y el resto del país, con excepción del porcentaje en riesgo medido por la razón colesterol total / HDL.

Las diferencias observadas entre el porcentaje de personas que autorreportan la presencia de enfermedades crónicas diagnosticadas por un profesional en Medicina (hipertensión, diabetes y colesterol alto) y el porcentaje con valores fuera de rango, de acuerdo con los biomarcadores, podrían deberse a varios factores:

- un control adecuado de la enfermedad que hace que la medida

biológica esté dentro de los rangos de normalidad,

- desconocimiento de la presencia de la enfermedad a pesar de que el biomarcador esté fuera del rango de normalidad; o
- no hubo un adecuado ayuno antes de la toma de la muestra por lo que los resultados podrían estar alterados.

El síndrome metabólico es, aproximadamente, el doble más frecuente entre las mujeres que entre los hombres

Otro indicador del estado de salud de los adultos mayores que se estimó a partir de los biomarcadores es el porcentaje de personas con el llamado síndrome metabólico, una combinación de cinco condiciones de salud que identifica individuos con alto riesgo de enfermedad cardiovascular. Debido a la alta prevalencia de enfermedad cardiovascular, la identificación de personas con este síndrome ha cobrado mayor importancia en los últimos años. Según la Federación Internacional de Diabetes (IDF, 2006), el síndrome metabólico se manifiesta si la persona presenta obesidad abdominal (cintura >94 cm. hombres y 80 cm. mujeres) y al menos dos de las siguientes cuatro condiciones: hipertensión, diabetes, triglicéridos altos (≥ 150 mg/dl), o colesterol HDL bajo (≤ 40 mg/dl en hombres o ≤ 50 mg/dl en mujeres). En Costa Rica, casi la mitad (47%) de las personas adultas mayores padece síndrome metabólico según esta definición. El síndrome metabólico es aproximadamente el doble más frecuente entre las mujeres que entre los hombres.

Salud bucodental

La mayoría de los trastornos bucodentales en las personas adultas mayores no son resultado del envejecimiento, sino el producto de 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 han sido relacionados

Cuadro 6.7: Condición de edentulismo de las personas adultas mayores residentes en el área metropolitana

| Año | Lugar | N | Edentulismo total (%) | Fem | Masc |
|------|---------------|-----|-----------------------|-----|------|
| 1998 | Coronado | 405 | 49 | 60 | 40 |
| 1999 | Curridabat | 310 | 50 | 56 | 39 |
| 2000 | Montes de Oca | 239 | 32 | 32 | 30 |
| 2001 | Desamparados | 228 | 50 | 61 | 39 |
| 2002 | Guadalupe | 132 | 45 | 47 | 32 |
| 2003 | Goicoechea | 161 | 45 | 47 | 39 |
| 2004 | Moravia | 91 | 46 | 53 | 35 |

Fuente: Murillo, 1998. Aguilar et al., 1999. Esquivel et al 2000. Agüero, et al., 2002. Beita et., al 2003. Arias et al., 2004.

con la malnutrición y la modificación de la cantidad y la calidad de los alimentos consumidos.

El edentulismo total es superior al 45% y varía según el lugar de residencia de la persona adulta mayor; este porcentaje es mayor en las mujeres

Los servicios odontológicos están considerados en el artículo 17 de la Ley 7935, y se incluyen como parte de los criterios de calidad de la atención integral que ofrece la CCSS. No obstante, a pesar de ofrecer estos servicios a la población general, no existe un programa particular dirigido al grupo de personas adultas mayores, ni es considerado como parte de los compromisos de gestión de dicha institución.

De esta manera, la información acerca de la situación de la salud bucodental a nivel nacional es escasa, y en su lugar, representa esfuerzos aislados por caracterizar y por atender a esta población. Los datos que se presentan se refieren al Programa Marco de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica, el que, desde 1998, colecta información sobre este grupo. De esos datos, podemos observar que el edentulismo total es superior al 45% y varía según el lugar de residencia de la persona adulta mayor. Son, en este caso, más afectadas las mujeres que los hombres. Por lo tanto, urge generar información que oriente programas preventivos y resolutivos

de la problemática bucodental de este grupo (cuadro 6.7).

Estado nutricional y factores de riesgo para la salud

Alrededor del 24,3% de las personas adultas mayores presenta bajo peso y éste aumenta con la edad

El estado nutricional de las personas adultas mayores está determinado por múltiples factores como dieta, factores socioeconómicos, funcionales, mentales y fisiológicos (Ministerio de Salud, 2004; Genua, 2001). La nutrición adecuada es fundamental para mantener un buen estado funcional y algunas mediciones permiten evaluar nutricionalmente a una persona. Lo más simple es el peso adecuado en relación con la estatura y una forma de expresarlo es por medio del Índice de Masa Corporal (IMC). Otra medida es la circunferencia de la cintura que mide riesgos de complicaciones metabólicas y es diferencial por sexo.

Adicionalmente, conviene retomar que la nutrición adecuada es fundamental para mantener un buen estado funcional. En Costa Rica, alrededor del 24,3% (cuadro 6.8) de la población adulta mayor indica bajo peso según los criterios de corte para el índice de masa corporal de la Oficina Panamericana de la Salud. Los hombres evidencian un mayor porcentaje de peso normal, mientras que el porcentaje de mujeres en riesgo de complicaciones metabólicas según la circunferencia de la cintura es cerca del triple que en los hombres.

La proporción de personas adultas mayores con desnutrición aumenta con la edad, lo cual habla de la aparición de síndromes geriátricos de alta complejidad que requieren atención especializada. El sobrepeso y la obesidad son mayores en las mujeres. Fuera de la GAM, el porcentaje de personas con un bajo peso es mucho mayor mientras que el sobrepeso es mayor en la misma localidad.

El porcentaje de mujeres en riesgo de complicaciones metabólicas, según la circunferencia de la cintura, es cerca del doble que en los hombres

Estos datos podrían estar asociados al hecho de que solamente un 28% se declaró activo y de este la mayoría son hombres. Conforme se incrementa la edad, las personas adultas mayores tienden a reducir sus niveles de actividad física, de modo que entre esta población suele haber un porcentaje considerable de sedentarismo. Se ha demostrado que adquirir un hábito de vida de tipo sedentario está asociado significativamente con un peor estado de salud autorreportada (Reig, et al., 1996). La falta de actividad también se asocia con la discapacidad, y las personas de mayor edad enfrentan mayor probabilidad de sufrir de limitaciones funcionales.

Dietas bajas en energía son consumidas principalmente por mujeres o por los mayores de 80 años

El consumo de alimentos se registró utilizando un cuestionario abreviado validado por el proyecto CRELES (anexo 2). A partir de este se estimó, entre otras cosas, el consumo de energía, el cual muestra que un 18% de los adultos mayores consume menos de 1500 kilocalorías al día; en su mayoría son mujeres o mayores de 80 años. Además un 12% consume más de 3000 kilocalorías diarias, y un 14% más de 40 gramos diarios de grasa. Estos niveles altos de consumo suceden más frecuentemente entre hombres y entre las personas adultas mayores más jóvenes.

La adecuación de la ingesta se presenta en el cuadro 6.9. La ingesta

Un 18% de los adultos mayores consume menos de 1500 kilocalorías al día; en su mayoría son mujeres o mayores de 80 años.

Cuadro 6.8: Factores de riesgo de la salud de la persona adulta mayor (2006)

| Indicador | Total | Sexo | | Edad (en años) | | | Área de residencia | |
|--|-------------|---------|---------|----------------|---------|----------|--------------------|----------------|
| | | Hombres | Mujeres | 65 a 69 | 70 a 79 | 80 y más | GAM | Resto del país |
| Estado nutricional (IMC= Kg./m²) | | | | | | | | |
| Bajo peso (<23) | 24,2 | 26,4 | 22,4 | 16,9 | 22,6 | 40,2 | 20,7 | 28,2 |
| Peso normal (23-28) | 43,2 | 47,3 | 39,6 | 46,7 | 41,9 | 40,0 | 44,1 | 42,2 |
| Sobrepeso y/o obesidad (≥29) | 32,6 | 26,3 | 38,0 | 36,4 | 35,5 | 19,9 | 35,2 | 29,7 |
| Circunferencia de cintura en riesgo | 44,8 | 21,5 | 65,1 | 45,3 | 48,0 | 36,7 | 35,2 | 29,7 |
| (>88cm en mujeres y >102cm en hombres) | | | | | | | | |
| Tabaquismo | | | | | | | | |
| Fumador activo | 8,8 | 14,6 | 3,8 | 11,8 | 8,1 | 5,6 | 7,2 | 10,7 |
| Antes fumaba | 33,2 | 50,6 | 17,9 | 29,6 | 34,0 | 37,3 | 33,1 | 33,3 |
| Nunca ha fumado | 58,0 | 34,8 | 78,3 | 58,5 | 57,9 | 57,2 | 59,6 | 56,0 |
| Uso de bebidas alcohólicas | | | | | | | | |
| Tomador diario | 2,1 | 4,0 | 0,4 | 2,4 | 1,8 | 2,4 | 3,0 | 1,1 |
| Tomador ocasional | 28,7 | 38,0 | 20,6 | 33,6 | 29,0 | 20,2 | 30,2 | 27,0 |
| Antes tomaba | 32,2 | 50,1 | 16,6 | 29,3 | 32,8 | 35,9 | 29,7 | 35,2 |
| Nunca ha tomado | 37,0 | 7,9 | 62,5 | 34,8 | 36,5 | 41,5 | 37,2 | 36,7 |
| Actividad física | | | | | | | | |
| Activos | 27,8 | 35,1 | 21,3 | 35,9 | 28,3 | 13,3 | 28,1 | 27,4 |
| Consumen <1500 kcal diarias | 19,9 | 12,8 | 22,0 | 17,5 | 16,0 | 21,8 | 18,7 | 16,6 |
| Consumen >3000 kcal diarias | 11,5 | 15,2 | 8,2 | 13,5 | 11,7 | 7,8 | 11,2 | 11,9 |
| Consumen >40g grasa diarios | 14,4 | 17,4 | 11,7 | 15,7 | 14,4 | 12,2 | 13,8 | 15,1 |

Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 con base en datos de CRELES

estimada se calculó con base en los reportes de consumo de alimentos por parte de la persona adulta mayor. La ingesta recomendada se refiere al contenido que, para cada uno de los nutrientes se recomienda que aporte la dieta de este grupo etario. El porcentaje de adecuación es un estimado de la proporción de cada nutriente que las personas adultas están ingiriendo en su dieta. Como se observa en el cuadro 6.9, el consumo proteico es inferior a lo recomendado. También se aprecia una ingesta de carbohidratos y de grasa, principalmente saturada, monoinsaturada y trans, mayor que la ingesta recomendada, lo cual puede informar de consumo de alimentos de bajo costo y suave textura.

Los fumadores activos y los bebedores diarios se reducen con la edad

En Costa Rica, de todas las personas de 65 años y más, el 9% es fumadora activa (cuadro 6.8) Un mayor porcentaje de hombres (15%) respecto a las mujeres (4%) se encuentra en esa categoría. Dicho comportamiento se reduce sustancialmente en las personas de 80 años y más.

En relación con el consumo de bebidas alcohólicas, un porcentaje alto, en especial hombres y residentes en la GAM son tomadores diarios u ocasionales (2% y 29%, respectivamente). Las mujeres son quienes, en su mayoría (62%), manifiestan que nunca han tomado bebidas alcohólicas.

Características de la mortalidad de las personas adultas mayores

Si se toma en consideración el perfil de salud autorreportada y medida objetivamente, se podrán, entonces, explicar las principales características de la mortalidad de este grupo. Estas no difieren en forma sustancial de las características de la mortalidad general para el país, pero evidencian diferencias por sexo y por región que deben ser consideradas para la identificación de políticas, planes y programas en salud requeridos para la prevención de las principales causas de morbilidad y muerte.

La tasa de mortalidad en las personas adultas mayores ha experimentado una considerable disminución durante las últimas siete décadas

Cuadro 6.9: Adecuación de la alimentación de las personas adultas mayores (2006)

| Nutriente | Ingesta estimada | Ingesta recomendada | % Adecuación |
|----------------------------|------------------|---------------------|--------------|
| Proteína (%) | 13,1 | 15 | 87,3 |
| Carbohidratos(%) | 57,0 | 55 | 104 |
| Grasa (%) | 30,9 | 30 | 103 |
| Saturada (%) | 11,4 | 10 | 114 |
| Monoinsaturada (%) | 10,2 | 10 | 102 |
| Poliinsaturada (%) | 7,6 | 10 | 76 |
| Trans (%) | 1,2 | 1 | 120 |
| Colesterol dietario (mg/d) | 246,2 | 300 | 82 |
| Fibra dietaria (g/d) | 22,6 | 25 | 90 |
| Calcio (mg/d) | 782,8 | 1200 | 65,2 |
| Hierro (mg/d) | 16 | 8 | 200 |
| Razon n-3/n-6 | 1:8 | 1:5 | |
| Índice glicémico | 75,9 | 56-69(Med) | |
| Carga glicémica | 227,2 | <120 | |

Fuente: Fernández-Rojas & Méndez-Chacón, 2007.

Nota: Se refiere a personas de 60 años y más.

De manera análoga al fenómeno observado en la esperanza de vida, la mortalidad en la población masculina ofrece niveles más altos que para la femenina: 56 vs. 48 muertes por mil habitantes para el año 2006 (Méndez y Santamaría, 2008).

Como es de esperar, las tasas de mortalidad de las personas adultas mayores alcanzan los valores más altos en las edades más avanzadas. En general, la mortalidad es mayor en la población masculina y aumenta con la edad. La región que presenta menor mortalidad total es la Huetar Norte (34 muertes por cada mil personas), seguida por la Brunca (38 muertes por mil). La tasa de mortalidad total es mayor en las regiones Chorotega, Pacífico Central, Huetar Atlántica y Central. En estas cuatro últimas regiones, la mortalidad es muy similar y va de 40 a 42 muertes por cada mil habitantes. En todas las

regiones de salud la mortalidad aumenta con la edad (gráfico 6.5).

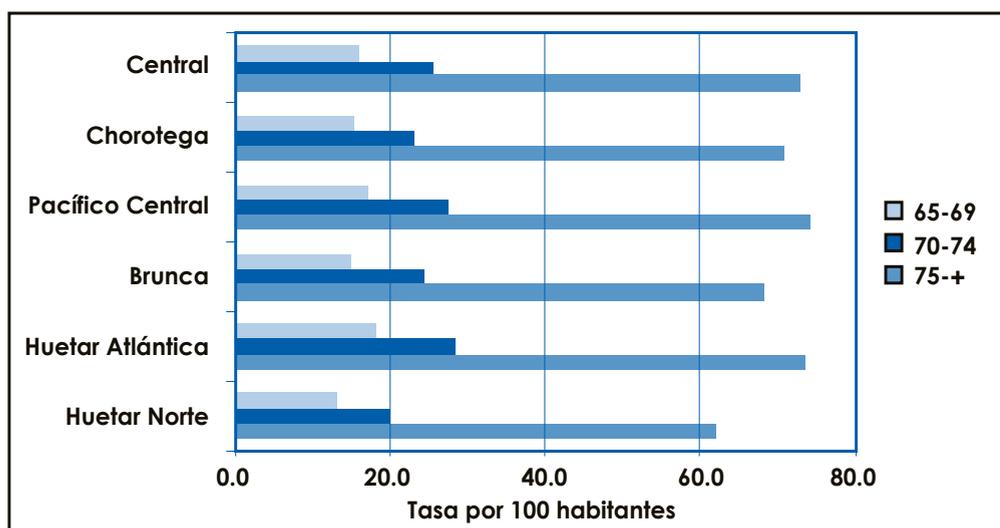
Las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de muerte

Las enfermedades cardiovasculares, tal y como se observa en el gráfico 6.6, representan la principal causa de muerte entre la población adulta de 60 años o más, y es mayor en los hombres. Esta diferencia es principalmente notoria en la mortalidad por causas violentas. Las

muerres por causas externas ocupan el cuarto lugar en importancia, pero son las que presentan la brecha más pronunciada entre la población masculina y femenina: la tasa de mortalidad entre los hombres es el doble que entre las mujeres.

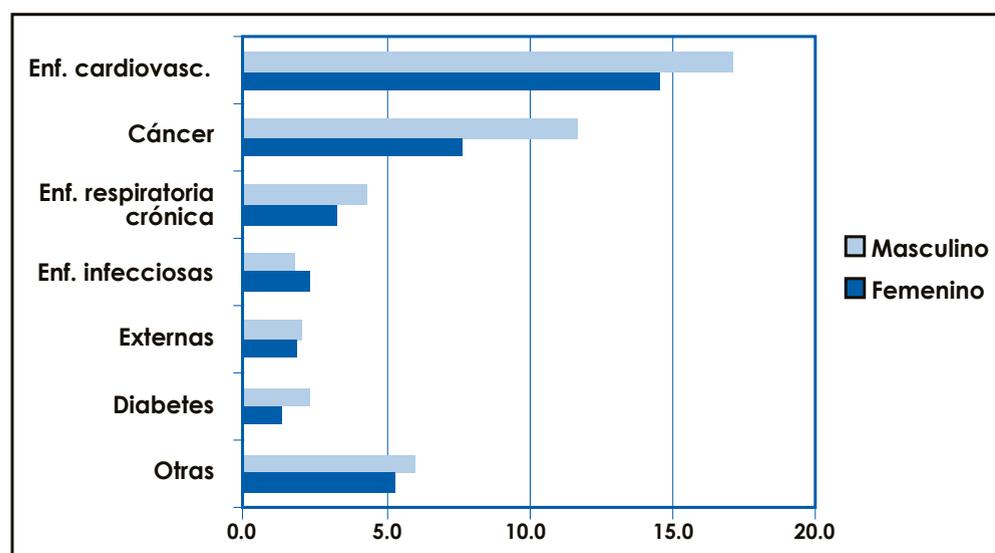
La principal causa de muerte por causas externas son los accidentes que no son de tránsito, seguida por los accidentes de tránsito, el homicidio y, en última instancia, el suicidio. La proporción de muertes por causas externas debido a accidentes que no son de tránsito es

Gráfico 6.5: Tasas de mortalidad por región y edad (2001-2005)
(Tasas por mil habitantes)



Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de estadísticas vitales y de población. INEC-CCP.

Gráfico 6.6: Tasas de mortalidad por causa y sexo (2001-2005)
(Tasas por mil habitantes)



Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de estadísticas vitales y de población. INEC-CCP.

mucho mayor en la población femenina que en la masculina (84% vs. 49%). Los hombres tienen una mayor proporción de muertes en las restantes tres causas de muerte violenta en comparación con las mujeres. Así, por ejemplo, mientras que un 10% de las muertes violentas entre los hombres mayores obedece a suicidio, solo 1% de las muertes violentas entre las mujeres se origina por esta causa.

La segunda brecha más notable ocurre en la mortalidad debido al cáncer, en la que las mujeres presentan una tasa que es dos terceras partes de la que ocurre en la población masculina. Esta brecha es ligeramente menos pronunciada para las enfermedades respiratorias (la tasa de mortalidad en la población masculina es 19% mayor que en la femenina) y las cardiovasculares (la tasa de mortalidad en la población masculina es 15% más elevada que en la femenina).

De manera interesante, la tendencia de la brecha en mortalidad por sexo se revierte cuando la diabetes es la causa de muerte. Menos mujeres mueren por esta causa en la población adulta mayor costarricense. La tasa de mortalidad por diabetes es un 43% menor entre las mujeres.

Las causas de muerte de las personas adultas mayores varían por región

La trascendencia de ciertas causas de muerte sobre otras varía según región (cuadro 6.10). Para el período 2001-2005, la Región Central fue la líder en mortalidad debido a enfermedades

cardiovasculares, cáncer y enfermedades infecciosas. La mortalidad por males cardiovasculares también fue igualmente alta en la Región Huetar Atlántica. Defunciones por enfermedades respiratorias crónicas y por causas externas (accidentes, homicidios, suicidios) son más comunes en las regiones Huetar Atlántica y Chorotega. Estas dos regiones, junto con el Pacífico Central, son también de más altas tasas de muerte por diabetes. La región Huetar Norte se mantiene con los niveles más bajos de mortalidad en personas adultas mayores independientemente de la causa de muerte. Únicamente, la Región Brunca tiene una tasa de defunción menor en las muertes por diabetes mellitus.

El análisis de la situación de salud, ya sea por medio de la información auto-reportada por la persona adulta mayor, o por las mediciones objetivas, muestra una asociación evidente entre la morbilidad por hipertensión y por diabetes y las causas principales de mortalidad. Al ser este un informe del estado de salud de la población mayor de 65 años visto desde una perspectiva poblacional, y a la complejidad del diagnóstico médico en este grupo no detalla la patología de la población adulta mayor "geriátrica" (Ver Recuadro 7.1). Esta se podría definir como portadora de múltiples problemas de salud o síndromes geriátricos, que, si bien pudieron tener como base los problemas generales descritos para este grupo etario, en su descripción general aparecen nuevas entidades como la fragilidad u otros conceptos que requerirán un análisis más detallado para su descripción en futuros informes.

Cuadro 6.10: Tasas específicas de mortalidad (por mil habitantes) por causa de muerte, según región de residencia. Población de 65 años y más (2001-2005)

| Causa de muerte | Región | | | | | | Total |
|----------------------|-------------|-------------|------------------|-------------|------------------|--------------|-------------|
| | Central | Chorotega | Pacífico Central | Brunca | Huetar Atlántica | Huetar Norte | |
| Cardiovascular | 2,1 | 1,9 | 2,2 | 1,4 | 1,9 | 1,1 | 2,0 |
| Cáncer | 10,0 | 8,1 | 9,6 | 8,8 | 8,7 | 8,0 | 9,6 |
| Respiratoria crónica | 3,5 | 4,9 | 4,4 | 4,7 | 4,9 | 3,4 | 3,8 |
| Diabetes | 2,1 | 2,4 | 2,5 | 1,7 | 2,6 | 2,0 | 2,1 |
| Infecciosas | 1,5 | 1,3 | 1,5 | 1,0 | 1,3 | 0,8 | 1,4 |
| Externas | 1,7 | 2,3 | 1,8 | 1,9 | 2,3 | 1,8 | 1,8 |
| Otras | 5,9 | 5,5 | 5,8 | 4,7 | 5,2 | 4,1 | 5,6 |
| Total | 41,2 | 40,1 | 41,8 | 38,1 | 42 | 33,7 | 40,6 |

Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de estadísticas vitales y de población. INEC-CCP.

Anexos

Anexo 1: Fuentes de información utilizadas

Se presenta una descripción del estado general de salud de la población adulta mayor de Costa Rica, y su distribución por edad, sexo y ubicación geográfica. Se incluye información referente al estado de salud física y emocional, así como estilos de vida y riesgos para la salud. En la medida de lo posible, se compara la situación de salud de las personas adultas mayores costarricenses con otras poblaciones de Latinoamérica. Los datos para el análisis provienen, principalmente, del Estudio CRELES: Costa Rica: estudio de longevidad y envejecimiento saludable, un novedoso estudio a cargo del Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica.

La información proveniente de CRELES es representativa de la población adulta mayor costarricense y es única en su género; no solo ofrece información autorreportada sino, también, mediciones antropométricas, pruebas de laboratorio y revisión del botiquín de las personas adultas mayores. Además, se consultaron datos del Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud, las proyecciones de población y estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadística y Censos, así como indicadores demográficos publicados en la página web del Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica.

En lo posible, este capítulo presentará comparaciones de Costa Rica con las siete ciudades mencionadas: México DF, Santiago, La Habana, Sao Paulo, Bridgetown Montevideo y Buenos Aires. La información de CRELES es representativa del grupo de adultos mayores de Costa Rica. Es preciso recalcar que se están comparando los datos de nuestro país con los de estas siete ciudades que no necesariamente son representativas del país al que pertenecen. Se utilizan estas poblaciones por razones de disponibilidad de información sobre adultos mayores, más que por la similitud que pueda existir entre Costa Rica y dichas ciudades. Un dato relevante es que los cuestionarios utilizados en el estudio SABE se diseñaron de manera tal que la información fuera lo más comparable posible entre las ciudades. Los cuestionarios utilizados en el proyecto CRELES tienen muchos elementos en común con los de SABE.

Anexo 2: Aspectos metodológicos del proyecto CRELES

Para evaluar la prevalencia de enfermedades crónicas se utilizó el autorreporte de salud, es decir, las respuestas obtenidas al preguntarle a la persona adulta mayor si alguna vez un médico le había dicho que padecía ciertas enfermedades. Aspectos relacionados con funcionalidad física, sintomatología, problemas sensoriales, salud sexual y reproductiva, así como cuidados preventivos, también se refieren a autorreportes.

Los datos de CRELES fueron recogidos por medio de una visita domiciliar en la que, al principio de la entrevista, se aplicó una versión modificada de la prueba Mini-Mental Folstein, en su adaptación para América Latina (Folstein & Folstein, 1975, Quiroga, Albala & Klaasen, 2004) para determinar si la persona entrevistada necesitaba ayuda de otra persona (conocido como un "proxy") para responder a las preguntas. Un 16% de las personas (de la muestra ponderada) necesitó asistencia para responder a las preguntas por falta de habilidad cognitiva. Esto quiere decir que el autorreporte de aspectos de salud, en ese 16% de personas, no procede directamente de su criterio sino del emitido por alguien que le colaboró

en sus respuestas. Para medir el estado anímico se utilizó la escala de depresión geriátrica (Sheikh & Yesavage, 1986).

Como parte del proyecto CRELES, se midió y se pesó a cada persona adulta mayor. Esta información se utilizó para calcular el índice de masa corporal (IMC) de esta población, y calcular la razón entre el peso en kilogramos y la talla en centímetros al cuadrado. El consumo de calorías fue calculado a partir del registro de alimentos mediante una versión abreviada del cuestionario de frecuencia de alimentos. Este instrumento fue desarrollado y validado específicamente para valorar la ingesta de nutrientes en la población adulta de Costa Rica (Kabagambe et al., 2000). El consumo de medicamentos se midió registrando las medicinas que la persona adulta mayor estaba tomando a partir de la revisión de su botiquín.

Para el cálculo de tasas de incidencia de cánceres del sistema reproductivo, se utilizaron datos del Registro Nacional de Tumores y las Proyecciones Nacionales de Población, ambos disponibles en el sitio <http://ccp.ucr.ac.cr> del Centro Centroamericano de Población.

Los siguientes estudios fueron preparados para este capítulo:

- Méndez, Ericka y Santamaría, Carolina. (2008). Situación de salud del adulto mayor en Costa Rica. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.

En los talleres sobre este tema participaron:

- Patricia Allen Flores (INCIENSA), Mayra Cartín B.(UCR), Olga Chaves Pérez (CCSS), Andrea Collado (UCR), Adrián Díaz (MEP), Roberto del Águila V.(OPS-OMS), Zaida Esquivel, Xinia Fernández (UCR), Giselle García (UCR), Erick Hess (MIVAH) Miriam León Solís (CCSS), Wei Wei Lu Chen (CONAPAM), Karen Masís Fernández (UCR), Andrea Milla (MIVAH), Guido Miranda Gutiérrez (UNED), Cleidy Monge (Ministerio de Salud), Marisol Rapso (PIAM-UCR), Arodys Robles (UCR), Melissa Rodríguez, Rodolfo Rojas (CONAPAM), Luis Bernardo Sáenz y Carolina Santamaría.

El recuadro 6.1: Carga de enfermedad (AVISA) del grupo mayor de 65 años, fue preparado por

- Azálea Espinoza

Se agradecen los comentarios de

- Alberto Cubero, Vilma García, Fernando Morales, Patricia Allen, Luis Bernardo Sáenz.

Se agradece la colaboración de

- Olga Marta Murillo, por haber facilitado información sobre salud bucodental.

La edición del capítulo estuvo a cargo de

- Xinia Fernández y Gilbert Brenes.



CAPÍTULO 7

Uso y acceso a los servicios de salud

En Costa Rica, las personas de 65 años y más son quienes más utilizan, los servicios de salud públicos o privados. Los servicios del primer nivel son los más utilizados, en especial por las mujeres.

Los registros de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) reportan una cobertura global, para el año 2006, del 90% para esta población, la cual era de 87,3% en el año 2004. Un 10% de esta población no hace uso de los servicios públicos o privados. Se trata en su mayoría de hombres con una buena percepción de su salud.

Alrededor de un 31% de la población adulta mayor que consulta en la CCSS, no fue incluida en el Programa de atención integral de acuerdo con la diferencia entre la cobertura de este programa (61,5%) y la evaluación del Compromiso de gestión 2006 (90%). A pesar de ser parte de la oferta básica de atención, la evaluación no incluye la valoración de los servicios odontológicos lo que hace de esta área una de las de mayor rezago.

La CCSS aporta el 90% del costo de atención en el primer nivel, el 95% de los costos de hospitalización, y el 92% de los costos de los exámenes de laboratorio o exámenes radiológicos. No obstante, existe una mayor probabilidad de gasto de bolsillo para aquellos que padecen hipercolesterolemia y osteoporosis, entre otras. Los menores gastos de bolsillo los presentan quienes padecen hipertensión o diabetes.

Alrededor del 70% de las personas adultas mayores utilizaron, en su última consulta, los Equipos Básicos

de Atención Integral en Salud (EBAIS), e informaron estar satisfechos por los servicios recibidos. La población adulta mayor no solo consulta por alguna morbilidad sino, también, por control de sus padecimientos crónicos, cuyos primeros lugares los ocupan la hipertensión (HTA) y la diabetes mellitus (DM).

En cuanto al grado de control de las patologías crónicas, los adultos mayores tienen mejor control de diabetes mellitus que el resto de la población. No ocurre así con la hipertensión arterial

Hay un alto acceso a servicios preventivos relacionados con enfermedades cardiovasculares e infecciosas, no así en los relacionados con cáncer de próstata, mama y cérvix.

La evaluación del acceso a servicios de salud debería prestar atención a que las personas adultas mayores de mayor edad, requieren atención especializada para atender la complejidad de múltiples patologías concomitantes y el deterioro funcional o cognitivo. Si coexisten con problemas sociales y familiares, la atención temprana especializada en geriatría y gerontología podría reducir las complicaciones que ello conlleva.

La atención domiciliaria no se considera en los criterios de evaluación de la CCSS. Se ha mostrado que la autonomía y la calidad de vida se preservan cuando la persona adulta mayor permanece en su hogar y en su comunidad. La atención en salud que se ofrece a la población adulta mayor, debería considerar todas las múltiples opciones posibles.

Uso y acceso a los servicios desde la perspectiva de la persona adulta mayor

Con el fin de determinar las diferencias entre las percepciones de las personas adultas mayores y la del principal prestatario público de servicios de salud, se presenta la información en forma separada de manera que permita identificar las principales áreas que deben ser atendidas desde ambos puntos de vista.

Según la *Encuesta de ingresos y gastos (ENIG)* de 2004, un 87,9% de la población adulta mayor hizo uso de los servicios de salud en los últimos 12 meses, comparado con un 90,4% registrado en el *proyecto CRELES* y un 90,5% registrado en la *Encuesta Nacional de Salud de 2006*. Según el proyecto CRELES, se tiene que consultan más las mujeres que los hombres, ya que se registró que de las personas adultas mayores que consultaron en los últimos tres meses, un 56% corresponde a mujeres y un 44% a hombres.

Respecto al lugar de la consulta, el proyecto CRELES señala que el 80,9% de la población adulta mayor accede a los servicios de salud ofrecidos por la CCSS y el resto utiliza los servicios privados (12,9%) y otros (6,2%).

Además, en los tres meses previos al levantamiento de la encuesta, un 25,5% de las personas adultas mayores no realizó ninguna consulta en los servicios de salud; un 46,3% refirió haber consultado una vez, un 14,1% lo hizo dos veces, un 7,7% consultó en tres ocasiones y el resto consultó cuatro veces o más.

En cuanto al tiempo transcurrido desde la consulta más reciente, un 33% de la población adulta mayor señaló que hace menos de un mes; un 57,5% entre uno y once meses, y un 9,16% tuvo su consulta más reciente hace más de un año. En este grupo, más del 60% refirió que su estado de salud es "bueno", "muy bueno" o "excelente", mientras que solo un 5,4% dice que su salud es "mala". Asimismo, un 19,4% refirió ser hipertenso y un 4,3% ser diabético (cuadro 7.1).

Cuadro 7.1: Tiempo transcurrido desde la consulta más reciente de la persona adulta mayor por zona de residencia (porcentajes)

| Tiempo transcurrido desde la consulta más reciente | Zona de residencia | | |
|--|--------------------|------------|------------|
| | Rural | Urbano | Total |
| Número de casos | 747 | 1245 | 1992 |
| Menos de un mes | 32,4 | 33,3 | 32,9 |
| De 1 a 3 meses | 39,3 | 43,7 | 42,1 |
| De 4 a 6 meses | 12,9 | 10,9 | 11,6 |
| De 7 a 11 meses | 3,1 | 4,2 | 3,8 |
| De 1 año a menos de 2 | 5,0 | 3,4 | 4,0 |
| De 2 a 4 años | 3,8 | 2,6 | 3,0 |
| Hace 5 o más años | 2,9 | 1,7 | 2,1 |
| NS/NR | 0,7 | 0,3 | 0,4 |
| Total | 100 | 100 | 100 |

Fuente: Base de datos de Costa Rica. Estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

Se debe recalcar que en este grupo, un 37,6% fue visitado por algún miembro del EBAIS. Asimismo, un 2,13% de la población adulta mayor señaló que tiene cinco o más años de no utilizar los servicios de salud; la mayor parte de esta población son hombres (68%), residentes fuera del área metropolitana (53,75) y un 18,9% son personas mayores de 80 años. El 60% de este grupo refiere no haber sido visitado en el último año por personal del EBAIS.

La gran mayoría señaló que la persona que lo atendió la última vez fue un médico, un 97%, comparado con un 3% de quienes fueron atendidos por otro miembro del centro de salud.

Además, al 78% de las personas adultas mayores durante la consulta en los últimos tres meses se les pidió que se hicieran alguna radiografía, exámenes de laboratorio o diagnóstico, de los cuales el 92% no tuvo gasto en dinero pues se los realizó en la CCSS.

Respecto al lugar de la última atención o consulta, los resultados del CRELES señalan que la mayor cantidad de consultas se realiza en el EBAIS (33%), seguido de los hospitales (25,4%) y clínicas (22,4%) de la CCSS. En lo privado, un 9,6% señaló el consultorio privado y menos de un 1% indicó el hospital privado (cuadro 7.2).

Cuadro 7.2: Distribución porcentual del lugar de la última consulta de la persona adulta mayor (2005)

| Lugar última consulta | Porcentaje |
|--------------------------|------------|
| N | 1994 |
| EBAIS | 33 |
| Hospital (CCSS) | 25,4 |
| Clínica (CCSS) | 22,4 |
| Consultorio privado | 9,6 |
| Clínica privada | 2,9 |
| Hospital privado | 0,4 |
| En casa del entrevistado | 5,2 |
| Otro | 0,8 |
| No sabe | 0,3 |
| Total | 100 |

Fuente: Base de datos de Costa Rica. Estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

El promedio de espera para ser atendido es diferente por zona

Al consultarse sobre el tiempo que tarda una persona adulta mayor en desplazarse de la casa a la consulta, en general, alrededor del 93% informó que tarda una hora o menos para llegar a un centro de salud. El tiempo promedio de traslado fue de 40 minutos en la zona rural y de 28 minutos en la zona urbana, diferencias que se deben, entre otras razones, a una mayor oferta de atención en la zona urbana que en la zona rural. Además, en la zona urbana las vías de comunicación y el transporte son más variados y expeditos y, en la zona rural la población está más dispersa.

Cuadro 7.3: Minutos que tarda la persona adulta mayor para recibir la consulta por zona de residencia (Porcentajes)

| Minutos que tarda para recibir la consulta | Zona de residencia | | |
|--|--------------------|--------|-------|
| | Rural | Urbano | Total |
| N | 715 | 1191 | 1906 |
| Total | 100 | 100 | 100 |
| Menos de 60 | 44,2 | 51,8 | 48,8 |
| 60 minutos | 17,6 | 19,3 | 18,6 |
| De 61 a 120 | 21,5 | 19,2 | 20,1 |
| De 121 a 180 | 9,9 | 6,7 | 8,0 |
| De 181 a 300 | 5,5 | 2,4 | 3,6 |

Fuente: Base de datos de Costa Rica. Estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

Respecto al tiempo de espera para ser atendidas, los resultados del CRELES indican que un 48,8% de las personas son atendidas en menos de una hora. El promedio de espera en la zona rural es de 1 hora y 18 minutos, comparado con un tiempo promedio de espera de 1 hora y 8 minutos en la zona urbana (cuadro 7.3).

A pesar de que los tiempos de espera son relativamente cortos, alrededor de un 20% de la población adulta mayor debe esperar entre una hora y dos horas para ser atendida tanto en la zona rural como en la urbana. Asimismo, alrededor de un 1% de esta población que esperó más de cinco horas para ser atendida (cuadro 7.3). Llama la atención que los tiempos de espera fueron autorreportados por la persona adulta mayor, lo cual implica la posibilidad de sobre o subestimación; no obstante, es un acercamiento a la estimación de esos tiempos de espera. Análisis más detallados son necesarios para determinar de una manera objetiva los tiempos de traslado y de espera.

Utilización de servicios de hospitalización

La mayoría de los servicios de hospitalización son ofrecidos por la CCSS

En los últimos 12 meses, según datos del proyecto CRELES, el 11% de las personas adultas mayores estuvo hospitalizado, con un promedio de 12,62 días de estancia, una mediana de seis días de estancia y una variación que oscila entre uno y noventa días de estancia en el hospital. Alrededor del 95% de los internados lo hicieron en algún establecimiento de la CCSS, un 1,7% en hospitales privados y el resto en alguna clínica pública o privada.

La ENIG 2004 registró que un 12,7% de la población adulta mayor estuvo internado en los últimos doce meses previos a la encuesta, con un promedio de 15,36 días de estancia en el hospital, una mediana de ocho días y una variación que oscila entre uno

y noventa días. El 93% de los internados estuvo en los hospitales de la CCSS y el resto en un hospital privado.

En relación con las causas de hospitalización, en el proyecto CRELES, un 26,2% de las personas adultas mayores hospitalizadas señalaron la cirugía programada, el 63,1% fueron hospitalizadas debido a una emergencia médica y el resto para hacerse pruebas, exámenes o por otras causas. Además, a quienes fueron internadas para una cirugía se les consultó sobre los meses de espera para ésta, un 53,4% tuvo que esperar entre cero y tres meses, un 27,6% entre cuatro y seis meses, un 10,3% entre siete y doce meses y el resto, más de un año, hasta un límite de tres años.

Uso de servicios preventivos

Los servicios preventivos son utilizados, en su mayoría, por las mujeres

En Costa Rica, se recomienda el cuidado preventivo de la diabetes, la hipertensión, el colesterol y algunos tipos de cáncer. Otros cuidados preventivos incluyen la medición de densidad ósea, los diagnósticos de audición y vista, así como la vacunación contra la influenza y el tétano. Los resultados de CRELES muestran que una alta proporción de las personas adultas mayores ha utilizado los servicios preventivos en el último año entre los que se destacan mediciones de la presión arterial (95%), de los niveles del colesterol (82%) y pruebas de diagnóstico de diabetes (78%)(cuadro 7.5).

En tanto, solo un 6% de la población adulta mayor se ha hecho una medición de la densidad de los huesos en un período de referencia que abarca los últimos cinco años. Una tercera parte se ha realizado exámenes de la vista durante el último año. Los exámenes de audición son menos comunes: solo un 17% reporta haberse hecho uno durante los últimos doce meses.

En el caso de medidas relacionadas con enfermedades infecciosas, solo cerca de la mitad de la población fue vacunada contra el tétano hace menos de cinco años (51%) o contra la gripe en los últimos doce meses (49%).

Para todas las pruebas mostradas en el cuadro 7.4, las mujeres adultas mayores tienen mayores porcentajes de pruebas efectuadas, excepto en el porcentaje de vacunados contra el tétano. Por último, se encuentra un patrón desfavorable por región de residencia pues, en la mayoría de los casos, los habitantes de fuera de la GAM acuden en menor proporción a realizarse exámenes preventivos con respecto de los que habitan en la GAM.

En cuanto a servicios preventivos relacionados con cáncer de órganos del aparato reproductor entre la población masculina, el 28% de los adultos mayores de Costa Rica manifestó que alguna vez un médico le dijo que tenía la próstata agrandada; de ellos, solamente el 22% estaba recibiendo tratamiento al momento de la entrevista(cuadro 7.4).

Cuadro 7.4: Aspectos relacionados con salud reproductiva y cuidados preventivos según sexo. Distribución relativa (2006)

| Hombres | | Mujeres | |
|--------------------------|------|-------------------------------|------|
| Próstata agrandada | 27,7 | Terapia de reemplazo hormonal | 9,89 |
| Tratamiento próstata | 22,0 | | |
| Cuidados preventivos | | | |
| Prueba próstata (sangre) | | Mamografía | |
| <1 año | 28,8 | <1 año | 14,7 |
| 1-5 años | 16,8 | 1-5 años | 21,0 |
| 5+ años | 7,6 | 5+ años | 9,8 |
| Nunca | 39,9 | Nunca | 54,4 |
| No sabe | 7,0 | | |
| Prueba próstata (rectal) | | Papanicolaou | |
| <1 año | 16,3 | <1 año | 28,6 |
| 1-5 años | 20,1 | 1-5 años | 36,1 |
| 5+ años | 14,3 | 5+ años | 17,9 |
| Nunca | 49,4 | Nunca | 17,4 |

Fuente: Base de datos de Costa Rica. Estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

Menos de la mitad de los hombres se ha realizado un tamizaje para cáncer de próstata mediante examen sanguíneo

Entre las principales estrategias de tamizaje para cáncer de próstata se encuentran el tacto rectal y la medición del antígeno prostático en sangre. La detección inicial de este tipo de cáncer se hace con alguna o ambas de estas pruebas, y luego puede ser seguido con otras pruebas como el ultrasonido. En Costa Rica, un 40% de la población adulta mayor masculina nunca se ha realizado un tamizaje para cáncer de próstata mediante examen sanguíneo. El 7% de esta población desconoce si alguna vez le han practicado dicho examen. La mitad de ellos tampoco se ha realizado la prueba rectal (cuadro 7.4).

En cuanto a la población femenina, un 10% de las mayores de 65 años en Costa Rica han utilizado terapia de reemplazo hormonal (TRH). El 55% de las usuarias de este tipo de terapia tiene entre 65 y 69 años de edad. De igual forma, el uso de TRH es mayor en la GAM que en el resto del país: 12% vs. 7% (cuadro 7.4).

Más de la mitad de las mujeres nunca se ha realizado una mamografía

El tamizaje por mamografía, como parte de los programas de prevención y control del cáncer de mama, reduce la mortalidad por este cáncer (Urban *et al.*, 1994). Sin embargo, la edad está asociada a un menor uso de mamografías (Reyes-Ortiz *et al.*, 2006; Sánchez-Ayéndez *et al.*, 2001; Burack *et al.*, 1998).

El porcentaje de mujeres de 65 años y más en Costa Rica que nunca se ha practicado una mamografía es considerablemente alto (54%). El porcentaje que manifiesta que nunca se ha hecho un papanicolau es mucho menor (17%). Según la normativa vigente para Costa Rica, toda mujer de veinte años y más que haya iniciado relaciones sexuales coitales, debe realizarse un papanicolau cada dos años (La Gaceta, 2006).

El uso de servicios preventivos está asociado con el nivel educativo y con el ingreso

Según comparaciones realizadas por Brenes-Camacho y Rosero-Bixby (sin publicar) –y refiriéndose a la población de 60 años y más– los niveles de utilización de servicios preventivos relacionados con enfermedades cardiovasculares y enfermedades infecciosas son considerablemente más altos que en otros países de América Latina y similares al de países norteamericanos y europeos. Sin embargo, como se mencionó en la sección anterior, la utilización de servicios preventivos relacionados con ciertos cánceres (exámenes de próstata, mamografía y papanicolau) es muy baja. Brenes-Camacho y Rosero-Bixby (sin publicar) muestran en su comparación que la utilización de estos servicios es menos frecuente que en países norteamericanos, europeos e, incluso, latinoamericanos.

En este mismo artículo, los autores encuentran que existen gradientes socioeconómicos en la utilización de exámenes de la próstata, mamografías, y exámenes de audición, según los cuales las personas con mayor educación o mayor ingreso utilizan más estos servicios que las personas de estratos socioeconómicos más bajos. Un gradiente socioeconómico inverso se da con la vacunación contra la gripe y contra el tétano, puesto que es más probable que las personas con menor educación estén vacunadas que las personas con mayor educación.

Estos hallazgos pueden ser interpretados argumentando que el acceso a servicios preventivos relacionados con enfermedades cardiovasculares e infecciosas es bastante alto, pero puede haber problemas de acceso en servicios relacionados con la detección de cáncer de próstata, mama, y cérvix (ya sea por limitaciones económicas, como por inadecuado acceso a la información). En cuanto a estos, al profundizar cuáles son los tipos de limitaciones al acceso a dichos servicios, se recomienda buscar más fuentes

En Costa Rica, un 40% de la población adulta mayor masculina nunca se ha realizado un tamizaje para cáncer de próstata mediante examen sanguíneo. El 7% de esta población desconoce si alguna vez le han practicado dicho examen. La mitad de ellos tampoco se ha realizado la prueba rectal.

de información y estudiar más detalladamente este tema. Desde el punto de vista anecdótico, vale la pena mencionar el caso denunciado a la Defensoría de los Habitantes de una ciudadana, a quien habían programado una mamografía y se la pospusieron un año (Defensoría de los Habitantes, 2007). Si bien es cierto, esta evidencia anecdótica no puede contrastarse con evidencia estadística, permite resaltar la relevancia del tema.

Las personas adultas mayores no aseguradas por la CCSS utilizan menos los servicios preventivos

Otro hallazgo de Brenes-Camacho y Rosero-Bixby (sin publicar) es que la población adulta mayor no asegurada por la CCSS utiliza menos los servicios preventivos. En algunos casos, como las glicemias, los exámenes de control de lípidos y el papanicolau, el porcentaje de personas que los utiliza entre los no asegurados es casi la mitad del porcentaje entre asegurados.

Gasto de bolsillo por servicios de salud como un indicador de acceso

El sistema de salud costarricense es un sistema mixto en el que hay proveedores de servicios de salud tanto públicos como privados. No obstante, el principal proveedor es una institución pública: la CCSS. Esto es aún más cierto entre las personas adultas mayores costarricenses, dado que el promedio de consultas en servicios públicos es considerablemente mayor que el promedio de consultas en el sector privado (Méndez-Chacón et al., 2006). Entre las personas más jóvenes, la media de consultas en ambos sectores es muy similar.

El gasto de bolsillo en salud está asociado con el nivel educativo

Como lo muestra Méndez-Chacón et al. (2006) el ingreso disponible está positivamente asociado con el pago de dinero por servicios de salud. En otras palabras, la utilización de servicios privados de salud está determinada por

El porcentaje de mujeres de 65 años y más en Costa Rica que nunca se ha realizado una mamografía es considerablemente alto (54%). El porcentaje que manifiesta que nunca se ha hecho un papanicolaou es mucho menor (17%).

Cuadro 7.5: Porcentaje de personas adultas mayores que usan servicios preventivos de salud según sexo, edad y área de residencia (2006)

| Prueba | Total | Sexo | | Edad (en años) | | | Área de residencia | |
|--|-------|---------|---------|----------------|---------|----------|--------------------|----------------|
| | | Hombres | Mujeres | 60 a 69 | 70 a 79 | 80 y más | GAM | Resto del país |
| Diagnóstico enfermedades crónicas | | | | | | | | |
| Medición presión arterial < 1 año | 93,1 | 89,5 | 96,4 | 91,0 | 95,8 | 94,3 | 93,6 | 92,5 |
| Medición colesterol < 1 año | 78,7 | 71,6 | 85,1 | 74,8 | 83,2 | 83,3 | 80,9 | 76,1 |
| Prueba diagnóstico diabetes < 1 año | 74,7 | 67,1 | 82,2 | 70,7 | 78,2 | 81,4 | 77,2 | 71,9 |
| Medición densidad ósea < 5 años | 6,8 | 2,1 | 11,1 | 7,6 | 6,5 | 4,4 | 9,2 | 4,2 |
| Diagnóstico audición y vista | | | | | | | | |
| Examen de audición < 1 año | 14,5 | 13,4 | 15,6 | 12,5 | 17,1 | 16,7 | 17,8 | 10,9 |
| Examen de la vista < 1 año | 33,5 | 28,0 | 38,5 | 32,8 | 37,4 | 27,9 | 38,0 | 28,5 |
| Vacunas enfermedades infecciosas | | | | | | | | |
| Vacuna gripe/influenza < 1 año | 49,2 | 46,8 | 51,4 | 34,8 | 66,0 | 66,6 | 48,6 | 49,9 |
| Vacuna contra tétano < 5 años | 46,7 | 47,2 | 46,2 | 43,7 | 50,9 | 48,9 | 47,1 | 46,2 |

Fuente: Chaves, et al., 2008 a partir de datos de CRELES.

el poder de compra de la persona. Si existiera igualdad de acceso a bienes y a servicios médicos entre el sector privado y el sector público, se esperaría que, después de controlar por ingreso disponible (capacidad de compra) no deberían de existir diferencias en el pago de dinero por estos bienes y servicios según el tipo de enfermedad que se tenga. Para estudiar si existen diferenciales, se utiliza el artículo de Méndez-Chacón *et al.* (2006). Es necesario hacer la salvedad de que estos autores definieron a las personas adultas mayores como aquellas de 60 años o más, en lugar de personas de 65 años o más.

Las mujeres adultas mayores tienen una mayor probabilidad de pagar por servicios de salud

Se estimó la probabilidad de que se realice algún pago en los siguientes rubros: medicamentos, consultas, exámenes de laboratorio, hospitalizaciones y otros gastos. Como introducción, es interesante notar que el pago de dinero es más frecuente para medicamentos y consultas médicas (servicios relativamente más baratos), que para exámenes de laboratorio y hospitalizaciones.

A modo de ejemplo, entre las personas adultas mayores, de quienes adquirieron medicamentos, el 27% realizó algún gasto en dinero; entre quienes realizaron una consulta en los últimos tres meses, el 15% realizó algún gasto en dinero; entre quienes tuvieron que realizarse pruebas de diagnóstico, el 7% realizó algún gasto en dinero y, finalmente, entre quienes estuvieron hospitalizados, solo el 5% incurrió en algún gasto en dinero. Las mujeres adultas mayores tienen una mayor probabilidad de pagar en dinero por medicamentos, hospitalizaciones, consultas, exámenes de laboratorio y otros gastos médicos que los hombres.

Aparte del ingreso, la población adulta mayor con seis años o más de instrucción tiene significativamente mayor probabilidad de realizar un gasto en salud que las personas con menor educación. Este efecto complementa los diferenciales por nivel socioeconómico que ya eran esperados. Con respecto a otras

variables, no se encuentran diferencias por estado conyugal ni por analfabetismo. No hay diferencias significativas por región (residentes en Gran Área Metropolitana vs. residentes en otras regiones), salvo en otros gastos en salud. Además, la edad está positivamente asociada únicamente con gasto privado en medicamentos, sin embargo, las personas pensionadas tienen una menor probabilidad de realizar gasto privado en medicamentos. Este último hallazgo llama la atención, pues se esperaría que este efecto fuera encontrado también en los otros rubros, puesto que los pensionados o las pensionadas no solo cuentan con el seguro de salud de la CCSS sino, también, presumiblemente con más disponibilidad de tiempo.

Las personas adultas mayores con hipertensión arterial y/o diabetes tienen una menor probabilidad de gasto privado en medicamentos y en consultas

Los diferenciales más notorios por analizar son los asociados al tipo de enfermedad. Las personas hipertensas tienen una menor probabilidad de gasto privado en medicamentos y en consultas que las no hipertensas, mientras que las diabéticas también tienen una menor probabilidad de gasto privado en medicamentos. Esto puede indicar que el sector público brinda mayor acceso o facilidad de adquirir bienes y servicios relacionados con la hipertensión y la diabetes. Como se mencionó en el capítulo 6, esto está altamente asociado con la prioridad que le da el sistema de salud a estas dos enfermedades.

Por el contrario, quienes padecen hipercolesterolemia tienen mayor probabilidad de realizar un gasto privado en medicamentos, hospitalizaciones y consultas que aquellas personas que no sufren dicha enfermedad. Además, la población adulta mayor diagnosticada con enfermedades pulmonares muestra mayor probabilidad de desembolsar dinero para consulta privada, y quienes padecen osteoporosis tienen una mayor probabilidad de gastar dinero de su bolsillo en medicamentos. Aunque no sea evidencia directa, esto puede indicar que hay

Existen gradientes socioeconómicos en la utilización de exámenes de la próstata, mamografías, y exámenes de audición, según los cuales las personas con mayor educación o mayor ingreso utilizan más estos servicios que las personas de estratos socioeconómicos más bajos.

mejor acceso y opciones de este tipo de servicios en el sector privado que en el sector público. El énfasis que la CCSS le concede la hipercolesterolemia, osteoporosis y enfermedades pulmonares es menos predominante que el que se les concede a la hipertensión y la *diabetes mellitus*.

Satisfacción de las personas adultas mayores de los servicios recibidos

Las personas adultas mayores se encuentran satisfechas de los servicios de consulta externa de los EBAIS

Las personas adultas mayores incluidas en la ENSA 2006 manifestaron estar satisfechas con la consulta en el último mes; un 17,2% la señaló como "excelente", un 65,8% como "buena", un 3,9% como "mala" y el resto como "regular".

Al analizar los resultados por lugar de la consulta, un 71,2% de las personas que utilizaron el consultorio privado manifestaron que su grado de satisfacción fue "bueno", un 16,9% "excelente" y el resto "regular"; ninguna persona lo señaló como "malo".

En Costa Rica, un 75,7% de los adultos y las adultas mayores dice asistir al EBAIS, y un 67,6% de esta población considera que la atención en los EBAIS es "buena"; aproximadamente, un 18% considera la atención "regular" y menos de un 10% la considera "mala" o "muy mala".

Asimismo, al consultar aspectos referentes al recurso humano, los porcentajes de satisfacción más altos corresponden a la confianza y a la seguridad en el médico y en el personal de enfermería. Los aspectos que recibieron mayores porcentajes de calificación "mala" o "muy mala" son: la facilidad para conseguir la cita, la información recibida sobre la enfermedad, el trato del personal secretarial y el horario de atención. Alrededor de un 7%, en todos los aspectos señalaron su satisfacción entre "mala" y "muy mala".

La mayoría de la población adulta mayor está satisfecha con los servicios de hospitalización

Para quienes estuvieron internados en un hospital (público o privado), se les consultó sobre el grado de satisfacción con la atención médica, la atención de enfermería, los exámenes de laboratorio, los exámenes especiales, los servicios radiológicos y el tratamiento farmacológico, entre otros.

Los porcentajes de satisfacción en todos los rubros son superiores al 70%. Ninguna de las personas adultas mayores internadas en los hospitales privados calificó su grado de satisfacción como "malo"; un 54%, en todos los rubros consultados lo señaló como "regular" y del resto su calificación estuvo entre "bueno" y "excelente".

Un 80% de la población adulta mayor internada en los hospitales de la CCSS calificó su satisfacción con la atención médica entre "buena" y "excelente", comparado con un 5,4% que la calificó como "mala".

Respecto a la atención de enfermería, un 76,2% de las personas adultas mayores internadas en los hospitales de la CCSS calificó su grado de satisfacción entre "buena" y "excelente" y un 18,7% lo calificó como "mala".

En cuanto a los exámenes de laboratorio, exámenes especiales y servicios radiológicos, un 96,5% de las personas adultas mayores internadas en los hospitales de la CCSS calificó su grado de satisfacción entre "buena" y "excelente"; el resto lo calificó como "mala".

Por último, al tratamiento farmacológico, un 91,4% de la población adulta mayor internada en los hospitales de la CCSS calificó su grado de satisfacción entre "buena" y "excelente" y un 3,5% lo calificaron como "malo".

La mayor insatisfacción es el número de personas por cuarto

En los hospitales, el porcentaje más alto de satisfacción fue el sistema de visitas. Después de este destacan,

La utilización de servicios privados de salud está determinada por el poder de compra de la persona.

Respecto a la atención de enfermería, un 76,2% de las personas adultas mayores internadas en los hospitales de la CCSS calificó su grado de satisfacción entre "buena" y "excelente" y un 18,7% lo calificó como "mala".

en orden de importancia, la confianza y la seguridad en el personal, los cuidados de los médicos y del personal de enfermería. El aspecto que recibió mayor insatisfacción en este grupo poblacional fue el número de personas por cuarto. Otro aspecto que recibió los porcentajes más altos de insatisfacción es el trámite para ingresar a los hospitales. Un 7% lo calificó como "malo" o "muy malo"; además, la calidad de las comidas, en el que un 5% de las personas adultas mayores la calificó como "mala" o "muy mala".

Uso y acceso de los servicios de salud según el prestatario de los servicios públicos

El artículo 17 de la *Ley Integral para la persona adulta mayor (Ley 7935)*, establece que le corresponde al Estado, por medio de sus instituciones, promover y desarrollar "*La atención integral en salud, mediante programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación, que incluyan como mínimo odontología, oftalmología, audiología, geriatría y nutrición, para fomentar entre las personas adultas mayores estilos de vida saludables y autocuidado*".

La atención integral se ha concretado en el primer nivel de la Caja Costarricense del Seguro Social mediante la prestación de servicios básicos integrales brindados por el Equipo Básico de Atención Integral de Salud y un equipo de apoyo. En este contexto, específicamente para el *Programa de Atención integral al adulto mayor*, el modelo de atención plantea una oferta básica que consiste en

- Detección y control del enfermo crónico.
- Detección precoz y seguimiento a grupos de riesgo.
- Atención a la enfermedad.
- Rehabilitación básica.
- Atención odontológica.

Actualmente, el *Compromiso de gestión* de la CCSS incluye, como criterios mínimos de atención para el *Programa del Adulto mayor*, los siguientes:

- Valoración de agudeza visual y auditiva.
- Valoración del índice de masa corporal (IMC).
- Indicación de exámenes de laboratorio.
- Valoración de riesgo.
- Plan de seguimiento.

Considerando la oferta básica de servicios, así como los criterios mínimos de atención en el *Programa de Adulto mayor*, se caracteriza el estado actual de la oferta.

Más de la mitad de las personas adultas mayores que usan los servicios son mujeres

La información para responder a esta pregunta la constituyen los resultados de la evaluación del *Compromiso de gestión* reportados por la Caja Costarricense del Seguro Social para varios años, así como algunos datos de la *Encuesta de causas de consulta y del egreso hospitalario* desarrollados por el Departamento de Estadística de la CCSS.

Los registros de la evaluación del *Compromiso de gestión* muestran que la proporción de personas adultas mayores que usa de los servicios de salud en el primer nivel de atención de la CCSS (EBAIS y clínicas) ha venido en aumento, ya que las consultas de primera vez para este grupo etario pasan de 8,9%, en el 2004, a 10% en el año 2006. Los datos evidencian que más de la mitad de la población adulta mayor que consulta son mujeres (58%).

Al igual que el volumen total de consultas en el primer nivel de atención,

Cuadro 7.6: Consultas de primera vez en el año, en el primer nivel de atención de la CCSS

| Año | Total | Mayores de 65 años | Programa de Atención Integral AM |
|------|-----------|--------------------|----------------------------------|
| 2004 | 2.156.872 | 193.117 | 127.156 |
| 2005 | 2.324.854 | 206.761 | 135.952 |
| 2006 | 2.273.291 | 228.164 | 158.236 |

Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de gestión 2004-2006.

Cuadro 7.7: Concentración de consultas de la población adulta mayor en servicios de la CCSS, según región y año (2004-2006)

| Región | Año | | |
|------------------|------------|------------|------------|
| | 2004 | 2005 | 2006 |
| Huetar Atlántica | 3,9 | 4,2 | 4,3 |
| Central Norte | 4,6 | 4,2 | 4,2 |
| Pacífico Central | 4,4 | 4,6 | 4,1 |
| Central Sur | 3,8 | 3,7 | 3,8 |
| Chorotega | 3,5 | 4,0 | 3,7 |
| Huetar Norte | 4,0 | 4,1 | 3,3 |
| Brunca | 2,3 | 2,7 | 2,6 |
| Total | 3,9 | 3,9 | 3,8 |

Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de gestión 2004-2006

la cantidad de consultas por persona en las personas mayores de 65 años ha aumentado en los últimos años. Asimismo, el promedio de consultas por habitante en la población adulta mayor (concentración) en los establecimientos de la CCSS varía entre tres y cinco consultas en el año (cuadro 7.6).

El mayor número de consultas se registra en las regiones Huetar Atlántica, Central Norte y Pacífico Central

Al comparar por región, la mayor concentración de consultas de la población adulta mayor, en el año 2006, se dio en la región Huetar Atlántica (4,3 consultas), seguida por la Región Central Norte (4,2 consultas) y la Región Pacífico Central (4,1 consultas). Asimismo, la menor concentración de consultas se dio en la Región Brunca, 2,6 consultas en el año. (cuadro 7.7). Además, en todas las regiones, la concentración de las consultas de los hombres (3,8) y las mujeres (4,0) fue muy parecida, con una leve tendencia a ser mayor la de las mujeres.

¿Cómo es la cobertura de atención integral a la persona adulta mayor por parte de la CCSS?

La cobertura de atención integral en el Programa del Adulto Mayor de la CCSS debe mejorar

En todas las áreas de salud de la CCSS, se debe brindar atención integral a la persona adulta mayor; sin embargo, no toda la población de este grupo etario que accede a los servicios en las Áreas de Salud son incluidos en el Programa de Atención integral, lo que representa oportunidades perdidas de atención.

A pesar de esa emisión, en general, el acceso y el uso de los servicios de salud de la CCSS por parte de la población adulta mayor ha venido creciendo y esto se evidencia con el aumento en las coberturas de atención anual. La cobertura global de personas mayores de 65 años residentes en el país, en el año 2004, fue de 87,3%; en el 2005, 84,3% y, en el 2006, se atendió, en el nivel institucional, un 90,84% de la población adulta mayor del país. No obstante, al evaluar

el cumplimiento de los criterios establecidos en el Programa de Atención integral, estos reflejan que las coberturas totales de atención integral en el Programa del Adulto mayor han pasado de 59,51%, en el año 2004, a 61,52% en el 2006, cifras inferiores a lo esperado. Dicho de otra forma, solamente cerca del 61% reciben atención integral (gráfico 7.1).

El menor cumplimiento de los criterios de atención se da en la región Huetar Atlántica

Los resultados por región muestran que, en los años 2004 y 2005, las coberturas más altas las alcanzaron las Áreas de Salud de las regiones Pacífico Central, Chorotega, Central Sur y Huetar Atlántica. La cobertura más baja en estos años se dio en la Región Huetar Norte. En la evaluación de 2006, las mejores coberturas totales y con cumplimiento de criterios se dieron en la Región Brunca, la cual, en los años anteriores, mostró menores coberturas.

En el 2006, las regiones con mayor brecha entre la cobertura total y la cobertura con cumplimiento de criterios fueron la Huetar Atlántica y las áreas de la Región Chorotega, mientras que la que tiene menor brecha es la Región Central Sur (gráfico 7.2).

Se incluye la compra externa que representa los servicios no administrados por la CCSS, donde la cobertura con cumplimiento de todos los criterios de calidad es también cercana al 60%.

En cuanto al cumplimiento individual de los criterios establecidos en las normas de atención para este Programa, los resultados muestran cumplimientos altos, todos superiores al 94%, excepto en el caso del plan de seguimiento en el que el cumplimiento es de 91%.

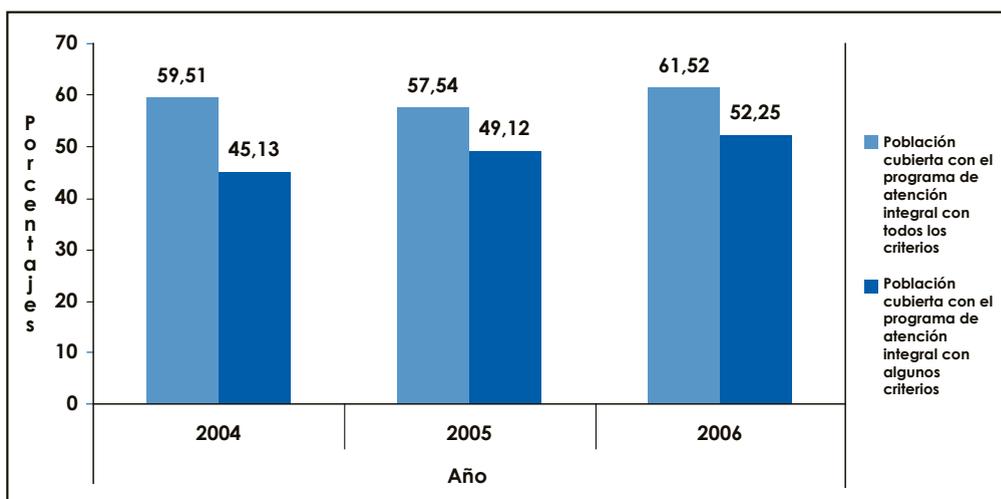
Al analizar el cumplimiento de los criterios de atención, en el nivel regional se tiene que la región con más problemas es la Huetar Atlántica en lo que se refiere a exámenes de laboratorio y plan de seguimiento. Para este último criterio, también en la Región Chorotega se evidencia un cumplimiento menor al 90% (cuadro 7.8).

¿Cómo es la utilización de los servicios de consulta externa por parte de las personas adultas mayores, según la CCSS?

Las principales causas de consulta externa son hipertensión arterial y diabetes

En la última *Encuesta de causas de consulta*, a cargo del Departamento de Estadística de la Salud

Gráfico 7.1: Cobertura de atención integral a la población adulta mayor realizada por la CCSS (2004-2006)



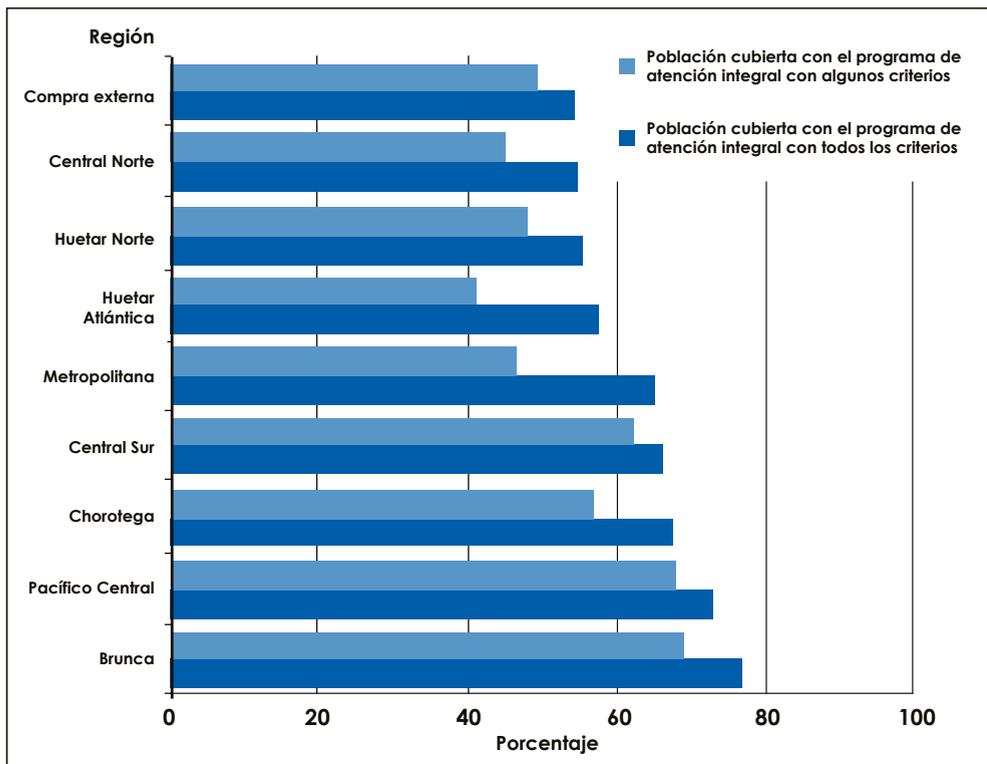
Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social. *Evaluación Compromiso de gestión, 2004-2006.*

de la CCSS, en el año 2002, se registró que para ese año, se dieron 9 446 828 consultas en la CCSS, de las cuales un 12,39% correspondió a personas mayores de 65 años de edad. Este porcentaje ha aumentado en el tiempo: en 1987, la consulta de personas mayores de 65 años fue de 8,86%, en 1992 fue de 9,83% y, en 1997, el dato fue 11,4%.

En esta encuesta, se registra que consultan más las mujeres que los hombres. Un 58,3% del total de las consultas de las personas adultas mayores, en el 2002, correspondió a mujeres.

En el grupo de personas mayores de 65 años quienes acuden a consulta en los centros de atención de la CCSS, el 33% tiene edades entre 65 y 69 años,

Gráfico 7.2: Cobertura de atención integral a la población adulta mayor por región (2006)



Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social. Evaluación Compromiso de gestión, 2004-2006.

Cuadro 7.8: Cumplimiento de los criterios de atención integral de la norma del Programa del Adulto Mayor de la CCSS, según región (2006)

| Región | Valoración | | | | HB/HTO | Glicemia | Orina | Plan de seguimiento |
|------------------|------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-------------|---------------------|
| | Auditiva | Visual | IMC | Riesgo | | | | |
| Número | 3775 | 3776 | 3718 | 3782 | 3745 | 3748 | 3739 | 2411 |
| Brunca | 95,9 | 97,9 | 96,3 | 98,5 | 99,5 | 98,5 | 98,5 | 94,7 |
| Huetar Norte | 93,4 | 92,7 | 95,8 | 98,6 | 99,3 | 98,9 | 99,3 | 97,5 |
| Central Norte | 94,0 | 94,3 | 94,0 | 95,9 | 94,6 | 95,2 | 96,1 | 91,7 |
| Pacífico Central | 95,7 | 96,2 | 97,7 | 98,7 | 98,5 | 97,9 | 97,9 | 98,3 |
| Central Sur | 92,9 | 93,4 | 97,1 | 94,3 | 96,8 | 97,5 | 97,9 | 90,3 |
| Chorotega | 95,9 | 96,1 | 96,2 | 92,8 | 97,5 | 97,1 | 96,5 | 87,9 |
| Huetar Atlántica | 91,2 | 93,1 | 96,9 | 93,9 | 84,4 | 85,4 | 84,3 | 81,4 |
| Total | 94 | 94,5 | 96 | 95,6 | 96 | 96,2 | 96,4 | 91,2 |

HB= hemoglobina, HTO= hematocrito, IMC= índice de masa corporal

Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromisos de gestión, 2006.

un 28,4 %, entre 70 y 74 años, un 19,8% entre 75 y 79 años, un 11% entre 80 y 84 años y el resto son mayores de 85 años.

Entre las principales causas de consulta de la población adulta mayor se encuentra, en primer lugar, la hipertensión arterial con un 15% de las consultas. Le siguen, en orden de importancia, la *diabetes mellitus* con un 10,5% y como tercera causa de consulta se tiene el control sin hallazgo metabólico (10,5%). El resto son consultas por causas menos frecuentes como artropatías, cataratas, dorsolumbopatías y gastritis, entre otras.

Por separado se registraron las consultas por agresión; en general, para el año 2002 se dieron un total de 54.814 consultas por agresión, de las cuales un 5,94% corresponde a personas mayores de 65 años y el 4,48% son mujeres. Tanto en los hombres como en las mujeres, las consultas con agresión se dan en mayor proporción por abandono o por negligencia.

La mitad de la consulta externa se atiende en los EBAIS

Según el centro de atención se observa que, en el primer nivel, se atiende el 48,4% de consultas de la población adulta mayor mientras que, en los hospitales nacionales, las consultas de este grupo abarcan un 20,6% y, en tercer lugar, se encuentran las clínicas con 16,8%. Tanto los hospitales regionales como los periféricos presentan porcentajes de consulta que no alcanzan el 8% para este grupo poblacional. De este porcentaje de personas adultas mayores que son atendidos en la consulta, un 62% es asegurado directo, seguido por seguro familiar con un 31%, y solamente un 18% es asegurado por el Estado.

La utilización de servicios de hospitalización difiere según el hospital

Los egresos hospitalarios de las personas mayores representan un 13,5% del total nacional. En el año 2006, los 29 hospitales de la CCSS produjeron 326.582 egresos, de los cuales

un 13,5% fueron egresos de personas mayores de 65 años.

Los resultados sobre la utilización de los servicios de hospitalización, por la población adulta mayor, se presenta por separado para el hospital geriátrico, los hospitales psiquiátricos y el resto de los hospitales, ya que los dos primeros son hospitales especializados y su comportamiento en cuanto a producción y días de estancia hospitalaria es muy diferente al resto de los hospitales de la CCSS.

Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Raúl Blanco Cervantes

Más de la mitad de las personas adultas mayores que egresan son mujeres mayores de 80 años

La CCSS cuenta con un hospital geriátrico especializado que dispone de 140 camas de hospitalización. En el año 2006, el 5,7% de los egresos de la CCSS correspondió a ese hospital, de los que un 16% egresó del servicio de oftalmología y el resto, de geriatría.

El 56% de quienes egresaron de este hospital en el año 2006, tenía más de 80 años y la mayoría era mujeres (55%) y un 15,2% egresó en condición de fallecido.

La estancia promedio para los egresos de geriatría, en ese año, fue de 20,55 días con una desviación estándar de 17,55 días y una mediana de 16 días. Los diagnósticos de egreso son muy variados. Los diez primeros diagnósticos agrupan el 37,5% de los casos y son: bronquitis no especificada (7,8%), trastornos del sistema urinario no especificado (6,9%), bronconeumonía no especificada (6,0%), accidente vascular encefálico agudo no especificado como hemorrágico o isquémico (4,3%), enfermedad isquémica crónica del corazón no especificada (2,6%), síndrome de inmovilidad (2,1%), diarrea y gastroenteritis (1,9%), enfermedad aterosclerótica del corazón (1,9%), insuficiencia cerebrovascular aguda (1,9%) y úlcera de decúbito (1,9%).

Los egresos hospitalarios de las personas mayores representan un 13,5% del total nacional.

Un 17,2% de los egresos de ese hospital fue sometido a una cirugía, de las cuales el 94% fue ambulatoria. Asimismo, de quienes permanecieron en el hospital, la estancia promedio fue de tres días. El 81,3% de los diagnósticos de egreso para este grupo fue catarata no especificada, un 2,5% fue

pterigión y el resto es muy variado y agrupa menos del 10%. Entre los procedimientos quirúrgicos se tiene que al 78,7% se les realizó una facoemulsificación y aspiración de catarata, al 3,7% se le realizó una gastrotomía percutánea endoscópica y al 2,3% una extracción extracapsular del cristalino.

Recuadro 7.1: El registro médico preciso es indispensable para la atención integral de la salud de la persona adulta mayor: experiencia del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología, Dr. Raúl Blanco Cervantes

Los registros médicos son una herramienta útil para mostrar la complejidad de la atención que se brinda en salud a las personas adultas mayores pero, dada la forma en que se registran actualmente, su interpretación requiere especial atención, inclusive en centros especializados.

El Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes es un centro nacional de referencia para la atención del grupo de personas adultas mayores. En coordinación con la Universidad de Costa Rica, tiene la labor de formar médicos especialistas en geriatría. Dicho centro ha logrado la construcción de un tabulado del diagnóstico principal de egreso de la población adulta mayor atendida durante el año 2007. Se basa en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10); esta muestra el diagnóstico principal, el cual es solamente el primer diagnóstico registrado al egreso hospitalario de la persona adulta mayor (tabla 7.1).

Tabla 7.1: Clasificación agrupada del diagnóstico principal de egreso hospitalario, Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología (2007)

| Grupo del diagnóstico principal de egreso | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------|------------|
| Enfermedades del sistema circulatorio | 637 | 24 |
| Enfermedades del sistema respiratorio | 469 | 18 |
| Enfermedades del ojo y sus anexos | 441 | 17 |
| Enfermedades del sistema genitourinario | 182 | 7 |
| Enfermedades del sistema digestivo | 159 | 6 |
| Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas | 109 | 4 |
| Enfermedades del sistema muscular y del tejido conjuntivo | 96 | 4 |
| Tumores y neoplasia | 94 | 4 |
| Enfermedades del sistema nervioso | 91 | 3 |
| Otras | 378 | 14 |
| Total | 2656 | 100 |

Fuente: Sistema de Registros Médicos, Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología.

Considerando esta clasificación, las causas registradas son similares a las autorreportadas por las personas adultas mayores como causa de consulta o morbilidad. En esta figuran, en el primer puesto, las enfermedades del sistema circulatorio dentro de las que se incluye la hipertensión arterial. No obstante, al considerar los otros diagnósticos, la evidencia cambia.

Cada egreso hospitalario cuenta con espacio para registrar seis diagnósticos y es usual encontrar, al menos, cuatro para cada persona egresada. Este detalle causa una gran cantidad de información sea imposible de documentar si se utiliza solo el diagnóstico registrado como principal.

En la tabla 7.2 se muestran todos los diagnósticos registrados al final del internamiento de los y las pacientes del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología, independientemente de su orden de anotación.

Tabla 7.2: Frecuencia del registro completo de diagnósticos de egreso hospitalario, Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología (2007)

| Diagnóstico | Registros | Porcentaje |
|---------------------------------|---------------|------------|
| Hipertensión arterial | 693 | 7 |
| Diabetes mellitus | 550 | 5 |
| Síndrome de inmovilización | 476 | 5 |
| Infección de las vías urinarias | 428 | 4 |
| Cataratas | 394 | 4 |
| Desnutrición | 336 | 3 |
| Cardiopatía | 284 | 3 |
| Neumonía | 284 | 3 |
| Infecciones no especificadas | 234 | 2 |
| Enfermedad vascular cerebral | 201 | 2 |
| Otras | 6.513 | 63 |
| Total | 10.393 | 100 |

Fuente: Sistema de Registros Médicos, Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología.

Este método es válido siempre que una persona adulta mayor presente tanto el primero como el sexto de los diagnósticos registrados. Aunque enfermedades de alta prevalencia siguen ocupando los primeros lugares, se logra demostrar la aparición de nuevas entidades de gran utilidad en la atención de esta población, entre ellas la inmovilidad, las infecciones, la desnutrición y la enfermedad vascular cerebral. Es decir, empezamos a ver diversos diagnósticos específicos de pacientes considerados/as como "geriátricos/as", o sea, personas adultas mayores con múltiples diagnósticos activos, quienes podrían presentar, además, problemas cognitivos y sociales, entre otros.

Adicionalmente al análisis anterior, se registraran los diagnósticos agrupando los que se consideran "del mismo origen"; por ejemplo, un registrador puede digitar hemiplejía (G819), accidente vascular cerebral isquémico (I678) e infarto cerebral (I631) con códigos diferentes. No obstante, esta información debería haber sido registrada como una misma entidad conocida; en este caso, como accidente vascular cerebral.

Si se tabulan los primeros 50 diagnósticos por orden de frecuencia y se agrupan con sus "sinónimos" se logra una mejor aproximación al perfil de atención de este centro de salud (Tabla 7.3).

Al comparar este último tabulado con los anteriores, se logra evidenciar la complejidad intrínseca del sistema de registros de diagnósticos médicos. Ante lo vasto de la terminología médica, se presentan variaciones dentro de este sistema que no guardan relación con un evento de enfermedad en el caso de cada individuo y, por tanto, dificultan la interpretación.

Con este dato como guía, comprendemos que existen enfermedades crónicas de alta prevalencia como la diabetes y la hipertensión en esta población, pero su repercusión se podría ver maximizada al utilizar los registros médicos de forma parcial, por ejemplo, haciendo uso solamente del diagnóstico principal.

Tabla 7.3: Frecuencia del registro completo de diagnósticos de egreso hospitalario, modificado según mismo origen, Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología (2007)

| Diagnósticos | Frecuencia | Porcentaje |
|--|---------------|------------|
| Enfermedades infecciosas | 1.617 | 16 |
| Enfermedad vascular cerebral | 881 | 8 |
| Enfermedades cardíacas | 722 | 7 |
| Hipertensión arterial | 693 | 7 |
| Trastornos de la movilidad (Inmovilidad) | 635 | 6 |
| Diabetes mellitus | 550 | 5 |
| Demencia | 513 | 5 |
| Cataratas | 394 | 4 |
| Desnutrición | 388 | 4 |
| Enfermedad gastrointestinal | 204 | 2 |
| Tumores malignos | 161 | 2 |
| Anemia | 157 | 2 |
| Trastorno de la marcha | 145 | 1 |
| Hipotiroidismo | 133 | 1 |
| Depresión | 133 | 1 |
| Insuficiencia renal | 96 | 1 |
| Síndrome de maltrato, negligencia y abandono | 80 | 1 |
| Enfermedad de Parkinson | 71 | 1 |
| Hiperplasia de la próstata | 61 | 1 |
| Delirio | 60 | 1 |
| Otros | 2.699 | 26 |
| Total | 10.393 | 100 |

Fuente: Sistema de Registros Médicos, Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología.

Se evidencian, en la tabla 7.3, otras entidades que, en cuanto al sistema de salud, gastos de atención y morbilidad, interaccionan de forma compleja en cada individuo y le hacen más susceptible a la pérdida de su funcionalidad y su independencia.

La atención en salud de este grupo poblacional específico debe ser diseñada, entonces, para comprender de forma integral enfermedades en múltiples niveles de asociación. Esta asociación de enfermedades es, en gran parte, responsable de la mayor dificultad terapéutica planteada por la población adulta mayor, inclusive en el caso de los procesos infecciosos.

Se plantea, entonces, la necesidad de comprender y de tratar tanto las enfermedades más prevalentes, como las complicaciones crónicas e interacciones con el entorno.

Hospitales psiquiátricos

La CCSS cuenta con dos hospitales psiquiátricos, de los cuales, en el año 2006, egresaron 355 personas adultas mayores, 333 en el Hospital Nacional Psiquiátrico y 22 en el hospital Chacón Paut. En el Hospital Nacional Psiquiátrico dos de las personas adultas mayores que egresaron tenían más de 20 años de estar en el centro; de estas una egresó fallecida; asimismo, siete personas adultas mayores que egresaron tenían más de tres años de estar en este hospital (tres egresaron fallecidas). El resto de los egresos tenían, en promedio, 39 días de estar internadas en este centro.

En el hospital Chacón Paut, dos pacientes que egresaron tenían más de dos años de estar internados y el resto tenía, en promedio, 64 días de estancia en este hospital.

Resto de los hospitales

El 67,3% de los egresos hospitalarios de personas adultas mayores es atendido en hospitales nacionales o regionales. Un 12,3% egresó del hospital San Juan de Dios, un 12,3% del hospital México y un 11,3% del hospital Calderón Guardia. Los regionales, hospital Max Peralta, hospital Monseñor Sanabria y hospital San Rafael de Alajuela cada uno tuvo un 6% de los egresos de esta población.

Solamente el 29,3% del grupo de personas adultas mayores que egresó en estos hospitales son mayores de 80 años, un 49,6% son mujeres y un 8,1% egresó en condición de fallecida. La estancia promedio en estos hospitales es de ocho días, con una desviación estándar de 11,46 días y una mediana de cinco días. Se debe destacar que, en el hospital San Juan de Dios, el promedio de estancia fue de 12,47 días, con una desviación estándar de 21,49 días y una mediana de ocho días.

Los 10 primeros diagnósticos de egreso que agrupan el 35,3% son: hiperplasia de la próstata (6,6%), fractura del cuello de fémur (5,4%), cálculo de la vesícula

biliar sin colecistitis (4,7%), hernia inguinal unilateral (4,4%), fractura peritrocantérica (4,4%), tumor maligno de la próstata (2,7%), catarata no especificada (2,1%), diabetes mellitus no insulino dependiente (2,2%), gonartrosis no especificada (1,6%) y tumor maligno de mama (1,9%).

Un 42,8% (17.667) de los egresos de personas adultas mayores en estos hospitales fue sometido a una cirugía, de las cuales el 35,1% fue ambulatoria. Asimismo, de quienes permanecieron en el hospital, la estancia promedio fue de diez días y el procedimiento realizado consistió en prostactomía transuretral (6,7%), reducción abierta de fractura con fijación interna (6,1%), colecistectomía (4,9%), colecistectomía laparoscópica (3,4%), reparación unilateral de hernia inguinal (3%) y reducción cerrada de fractura con fijación interna (2,3%). El resto es muy variado y cada procedimiento se ejecutó en menos de un 2%.

Para el servicio de cirugía ambulatoria, el 56,2% de los diagnósticos de egreso fue catarata no especificada, seguida por pterigión (4,3%) y hernia inguinal no especificada (2,3%). El resto fue muy variado y cada diagnóstico se presenta en menos de un 2% de los casos.

De los que no fueron sometidos a una intervención quirúrgica, su principal diagnóstico de egreso fue bronquitis no especificada (5,4%), trastornos del sistema urinario no especificado (3,2%), bronconeumonía no especificada (3,1%), enfermedad cardíaca hipertensiva (2,3%), enfermedad isquémica crónica del corazón no especificada (2,2%), enfermedad arteriosclerótica del corazón (2,2%), angina de pecho (2,1%); el resto de los diagnósticos agrupa, cada uno, menos del 2% de los casos.

Control de las enfermedades crónicas en la persona adulta mayor atendida en la CCSS

Hipertensión arterial

En general, las personas hipertensas, con edades mayores a 65 años, están menos controladas que el resto de la

El 67,3% de los egresos hospitalarios de personas adultas mayores es atendido en hospitales nacionales o regionales.

población hipertensa usuaria de los servicios de salud de la CCSS. Considerando los datos de prevalencia de hipertensión arterial del proyecto CRELES, únicos de carácter nacional y representativo, la hipertensión arterial se presenta como el problema de salud más prevalente en este grupo de población. La CCSS no ha definido la prevalencia actual de hipertensión en la población general y, por tanto, tampoco en la población adulta mayor.

Según *Compromiso de gestión 2006-2007*, de todas las personas con hipertensión que accedan a los servicios de salud de la CCSS, al menos el 80% debe ser atendida con el cumplimiento de los criterios que establecen las *Normas de atención integral*, a saber, clasificación de riesgo, toma de presión arterial, valoración e interpretación del IMC, electrocardiograma y realización de pruebas de laboratorio.

Entre los criterios valorados, la clasificación de riesgo permite identificar otros factores presentes que le pueden ocasionar complicaciones a su enfermedad. Estos factores modifican, de manera independiente, el riesgo de desarrollo de enfermedad cardiovascular y su presencia o ausencia se determina durante la evaluación de rutina de pacientes hipertensos/as. Con base en estos factores, se categoriza la persona hipertensa según el riesgo:

- A- no tiene factores de riesgo.
- B- tiene al menos un factor de riesgo.
- C- cuando tiene daño a órgano blanco o enfermedad cardiovascular.

Los resultados de la evaluación evidencian que, en el primer nivel de atención, de los 3.805 expedientes revisados, el 37,5% corresponde a personas mayores de 65 años. En el segundo nivel de atención, de los 460 expedientes revisados, el 49,1% se refiere a personas mayores de 65 años.

Para este grupo de población, los resultados de la evaluación del *Compromiso de Gestión* muestran que la clasificación de riesgo, tanto en el primer nivel como en el segundo, se cumplió

en un 100%. De esta forma, el grupo de personas hipertensas mayores de 65 años resultó con mayor grado de riesgo C que el resto de las personas hipertensas; asimismo, quienes accedan al II nivel de atención tienen mayor riesgo, lo cual es de esperar pues se refiere a este nivel de atención toda persona que no puede ser atendida en el primer nivel debido a las complicaciones de su patología, por lo que requiere la atención de un especialista (cuadro 7.9).

En cuanto a los otros criterios evaluados en el primer nivel de atención, todos superan el 90% de cumplimiento, excepto la indicación del electrocardiograma (EKG), lo cual podría ser producto de la falta de recurso material o humano por parte de las Áreas de Salud para hacerlo posible (cuadro 7.9).

En el segundo nivel de atención, el cumplimiento de los otros criterios, la indicación de pruebas de laboratorio y gabinete superan el 95% en el grupo de personas adultas mayores (cuadro 7.10).

Adicional al cumplimiento de criterios señalados, se analizaron las cifras de la última toma de presión arterial del año que se anotó en el expediente médico. Estos datos se compararon con los estándares de normalidad

Cuadro 7.9: Cumplimiento de criterios de atención a la persona adulta mayor con hipertensión arterial en el I nivel de atención de la CCSS, según región (2006) (Porcentajes)

| Criterio | Grupo de edad | | Total |
|--------------------------|---------------|----------|-------|
| | 20-64 | 65 y más | |
| N | 2.375 | 1.430 | 3.805 |
| Clasificación de riesgo | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Fondo de ojo | 91,9 | 93,0 | 92,1 |
| Electrocardiograma (EKG) | 89,6 | 85,3 | 88,7 |
| Glicemia | 93,1 | 93,5 | 93,4 |
| Perfil lipídico | 93,2 | 93,6 | 93,5 |
| Orina | 93,4 | 94,1 | 93,8 |
| Creatinina | 92,8 | 92,6 | 93,0 |

Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud. *Evaluación Compromisos de Gestión*, 2006.

En general, las personas hipertensas, con edades mayores a 65 años, están menos controladas que el resto de la población hipertensa usuaria de los servicios de salud de la CCSS.

Cuadro 7.10: Cumplimiento de criterios de atención a la persona adulta mayor con hipertensión arterial en el II nivel de atención de la CCSS, según región (2006) (Porcentajes)

| Criterio | Grupo de edad | | Total |
|--------------------------|---------------|----------|-------------|
| | 20-64 | 65 y más | |
| N | 234 | 226 | 460 |
| Clasificación de riesgo | 100 | 100 | 100 |
| Orina | 97,3 | 98,2 | 93,7 |
| Electrocardiograma (EKG) | 90,9 | 94,9 | 92,9 |
| Perfil lipídico | 97,6 | 97,7 | 97 |
| Creatinina | 96,0 | 96,8 | 96 |
| Glicemia en ayunas | 97,7 | 97,7 | 97,7 |

Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromisos de Gestión, 2006.

establecidos en las *Guías institucionales de la CCSS (CCSS, 2002)*, con el fin de valorar el grado de control de las personas que padecen hipertensión y que son atendidas en la CCSS. Los estándares señalan como valores normales, para la presión arterial, los siguientes:

- Valores inferiores a 140/90 mmHg en pacientes sin patología de fondo.
- Valores inferiores a 130/85 mmHg en pacientes con insuficiencia renal o insuficiencia cardíaca.
- Valores inferiores a 130/80 mmHg en pacientes diabéticos.

Teniendo como base los datos de 4.171 expedientes (97% de la muestra para I y II nivel), de los cuales 1.616 pertenecían a personas mayores de 65 años (39%), los resultados evidencian que las personas hipertensas con edades mayores a 65 años, en general, están menos controladas que el resto de la población hipertensa usuaria de los servicios de salud de la CCSS. El 41,2% de las personas hipertensas mayores de 65 años tiene sus presiones arteriales dentro de los rangos normales, comparada con un 52,2% de quienes padecen de hipertensión y son menores de 65 años.

Las personas con diabetes mellitus, mayores de 65 años, están mejor controlados que el grupo de las personas menores de 65 años.

En el nivel regional, en el primer nivel de atención, la Región Huetar Norte resultó con el mayor porcentaje de personas adultas mayores, quienes tienen cifras de presión arterial normales; mientras, la región Brunca obtuvo el menor porcentaje. En el segundo nivel, el comportamiento es similar, siendo las personas adultas mayores quienes muestran menor control de la hipertensión arterial.

Control de la diabetes mellitus

Las personas con diabetes mellitus, mayores de 65 años, están mejor controladas que el grupo de las personas menores de 65 años. Los resultados del proyecto CRELES muestran que, en Costa Rica, un 20,8% de la población adulta mayor es diabética y, además, esta enfermedad es más prevalente entre las mujeres (23,3%) que entre los hombres (17,9%).

Para conocer el control glicémico de la persona diabética, se ha demostrado que la hemoglobina glicosilada (HbA1c) es la mejor prueba disponible, ya que proporciona un panorama promedio de la glicemia para los últimos dos o tres meses. Esta prueba permite intensificar oportunamente el control de la *diabetes mellitus*, así como estratificar pacientes en categorías de riesgo para desarrollar complicaciones cardiovasculares, identificando los casos que requieran atención especial" (CCSS, 2006).

Según el proyecto CRELES, del grupo de adultos mayores con diez años o menos de padecer la enfermedad, un 73,6% tiene HbA1c ≤ 7 comparado con un 44,7% en el grupo que tiene más de diez años con la enfermedad. Esto indica que las personas adultas mayores con menos tiempo de padecer diabetes presentan mejor control.

Al relacionar el grado de control con el uso de medicamentos, un 60% de quienes utilizan medicamentos, pastillas o insulina, están bajo control. Si se observa el grado de control según el sexo de la persona adulta mayor, se logran resultados muy similares: un 61% de los hombres y un 63% de las

mujeres con *diabetes mellitus* tienen HbA1c iguales o menores a 7. Además, la población adulta mayor con *diabetes mellitus* que señaló también ser hipertensa, un 63% tiene HbA1c ≤ 7 .

Para el año 2006, en la evaluación del *Compromiso de gestión* se revisaron en el primer nivel de atención, 3.156 expedientes de personas con *diabetes mellitus*, de los cuales 1.759 (55,7%) corresponden a personas mayores de 65 años. En el segundo nivel de atención, se revisaron 473 expedientes de los cuales un 63% corresponde a personas mayores de 65 años.

Los resultados de la evaluación 2006 muestran que el grupo de personas mayores de 65 años con *diabetes mellitus*, está mejor controlado que el grupo de los menores de 65 años. Un 54% de los expedientes que corresponde a personas adultas mayores tiene niveles de hemoglobina glicosilada menor a 7, comparado con un 45% de los expedientes correspondientes al grupo de personas menores de 65 años.

En el segundo nivel, se observa el mismo comportamiento: alrededor del 48% de las personas adultas mayores tiene niveles de hemoglobina glicosilada menor o igual a 7 comparado con un 34% del grupo con edades menores de 65 años.

Además, se tiene que los y las pacientes del primer nivel presentan niveles de hemoglobina glicosilada dentro de límites normales, en mayor cantidad que las personas del segundo nivel, lo que es esperable dada la condición más complicada de su patología que, a su vez, justifica su atención en el segundo nivel.

Al comparar los resultados por sexo, se determina que el grado de control entre los hombres y las mujeres mayores de 65 años es muy similar. En el ámbito nacional, de la muestra revisada, alrededor del 39%, tanto los hombres como las mujeres, tiene sus hemoglobinas glicosiladas dentro de los rangos de normalidad.

Anexos

Anexo 1: Definiciones relacionadas con el capítulo "Uso y acceso a los servicios de salud"

1. Cobertura total: indicador utilizado en el *Compromiso de gestión* para medir el acceso de la población a los servicios de salud. Matemáticamente, se define como el cociente entre las consultas de primera vez y la población meta del programa. Para el *Programa del Adulto mayor*, su fórmula de cálculo es:

$$\text{Donde: } CT = \left(\frac{A}{B} \right)$$

CT= Cobertura total.

A= Total de personas de 65 años y más atendidas por primera vez durante el año.

B= Total de personas de 65 años y más de la pirámide poblacional del área de salud.

2. Cobertura con cumplimiento de criterios: es el producto resultante de multiplicar la cobertura total por IC.

$$\text{Donde: } CT = CT * IC$$

CT= Cobertura con cumplimiento de criterios.

CT= Cobertura total.

CT= Índice de cumplimiento de criterios. Se define como la proporción de expedientes revisados que cumplen con todos los criterios de las Normas de atención integral.

3. Criterios de cumplimiento en el Programa de Atención a las personas con hipertensión arterial:
 - Toma de presión arterial: se evalúa que esté el registro de la presión sistólica y diastólica en cada consulta.
 - Clasificación de riesgo: se refiere a la clasificación de riesgo cardiovascular el cual está determinado no solo por el nivel de la presión arterial sino, también, por la presencia o la ausencia de daño a órgano blanco, o de otros factores de riesgo tales como fumar, dislipidemia o diabetes mellitus, entre otros.
 - Valoración e interpretación del estado nutricional: clasificación según el índice de masa corporal.
 - Electrocardiograma: indicación y valoración del ECG o la valoración de este si ya fue solicitado por otro médico en el año.
 - Indicación e interpretación de pruebas de laboratorio: examen general de orina, creatinina plasmática, glicemia en ayunas y perfil de lípidos (colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol y triglicéridos).

4. Consulta externa: es el servicio donde ocurre la atención de salud proporcionada por un profesional calificado a una persona no hospitalizada (Moya, 2000: 129).
5. Compromiso de gestión: es el instrumento legal y técnico que establece un convenio entre "Comprador" y "Proveedor", en el que se definen los objetivos y las metas de salud por alcanzar con criterios de calidad y oportunidad, y asigna los recursos financieros en función de las necesidades de salud de la población para el período correspondiente (Documento Compromiso de gestión, artículo tercero).
6. Consulta de primera vez en el año: es la que hace el/la paciente por primera vez en el año de estudio. El total de consultas de primera vez da el número de personas o de pacientes que consultó en el año (Moya, 2000: 112).
7. Concentración de consultas: este indicador se refiere al número de veces que acuden los y las pacientes a consulta durante el año; matemáticamente, es el cociente entre las consultas subsecuentes y las consultas de primera vez.
8. EBAIS (Equipo Básico de Atención Integral en Salud): se refiere al equipo integrado por un médico, una enfermera, un técnico en farmacia, un técnico de atención primaria (ATAP) y un asistente de registros médicos quienes laboran en un centro de atención de primer nivel.
9. Egreso hospitalario: es el retiro de un o una paciente de los servicios de internamiento de un hospital. Puede ser por alta o por defunción (Moya, 2000:92).
10. Equipo de apoyo: se refiere a las disciplinas que forman el Área de Salud para una atención integral de la salud como, por ejemplo, Psicología, Trabajo Social, Odontología, etc.

Anexo 2: Fuentes de datos

Para el desarrollo de este apartado se utilizaron las siguientes fuentes de datos:

1. Proyecto CRELES Costa Rica. Encuesta de longevidad y envejecimiento saludable. Este es un estudio longitudinal en ejecución basado en una muestra representativa del país de 3.000 personas mayores de 60 años y residentes en Costa Rica en el año 2000. Los resultados utilizados son, en su mayoría, los correspondientes a 1.999 personas mayores de 65 años residentes en el país. CRELES contiene una batería de preguntas específicas para medir el acceso y el uso de los servicios de salud por parte de la población adulta mayor. Se pregunta sobre frecuencia de consultas en los últimos tres meses, tiempo transcurrido desde la última consulta, lugar de la última consulta, personal que lo atendió, tiempo que tardó para trasladarse de la casa al centro de atención, tiempo de espera para la atención de la consulta. Asimismo, se pregunta por las hospitalizaciones en los últimos 12 meses, lugar de la hospitalización, días de internamiento, razón del internamiento, tiempo de espera para la cirugía.
2. Evaluación del Compromiso de gestión del año 2006. Esta es una etapa determinante del Compromiso de gestión y se aplica anualmente con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones pactadas por cada proveedor. En el primer nivel de atención, el aspecto más significativo en la evaluación del compromiso de gestión lo constituyen las coberturas de atención integral, las cuales permiten conocer el acceso de la población

a los centros de salud y la capacidad instalada de cada proveedor para dar el servicio. En los hospitales, es fundamental evaluar la producción de egresos y las consultas, así como algunos indicadores definidos para medir la calidad de la atención brindada a los usuarios del servicio.

La evaluación del Compromiso de gestión se ejecuta mediante la visita de un equipo evaluador a todas y cada una de las Áreas de Salud y hospitales de la CCSS: 134 proveedores de salud. Para esto, se desarrollan entradas de datos en los programas Excel y Access, útiles para verificar, indicador por indicador, las metas pactadas por cada proveedor. En las Áreas de Salud se evalúan las coberturas de atención en los diferentes Programas de Atención integral, a saber: niño, adolescente, mujer, adulto/a y persona adulta mayor. En cada programa, además, mediante un muestreo de expedientes se evalúa el cumplimiento de los criterios de atención que establecen las normas de atención para cada programa.

La selección de la muestra se hace con un procedimiento probabilístico mediante la aplicación de un muestreo de conglomerados desiguales con submuestreo y asignación proporcional. En cada Área de Salud se seleccionan primero dos sectores aleatoriamente y, en cada sector, la muestra se distribuye en forma proporcional al total de consultas del Programa. La selección de los expedientes por programa en cada sector se hace utilizando un muestreo sistemático.

3. Encuesta nacional en salud en Costa Rica 2006 (ENSA-2006). Esta encuesta fue desarrollada por la Universidad de Costa Rica en el 2006, con el propósito de colaborar para mejorar la información en salud generada por los registros estadísticos y los sistemas de vigilancia epidemiológica.

La cobertura de la encuesta es nacional. El diseño muestral utilizado fue un diseño probabilístico de áreas: bietápico con reemplazo donde la unidad última de selección fue la vivienda y la unidad de observación fueron todas las personas residentes habituales o permanentes de la vivienda seleccionada al momento de la entrevista.

El tamaño de la muestra fue de 2004 hogares y el nivel de confianza de 95%; el error estimado para el conjunto de la muestra fue de $\pm 2,19\%$.

La unidad de análisis es el hogar particular, entendiéndose por hogar a la persona sola o grupo de personas, con vínculos familiares o sin ellos, que residen habitualmente en una vivienda individual y atienden sus necesidades vitales sujetas a un presupuesto común.

Esta encuesta incluye una batería de preguntas acerca de la utilización de los servicios de salud y sus características, percepción y satisfacción con los servicios médicos, autopercepción sobre el estado de salud del entrevistado, frecuencia de consultas en el último mes, lugar de la última consulta, personal que lo atendió, tiempo de espera para la atención de la consulta y razón de la consulta. También se pregunta por las hospitalizaciones en los últimos 12 meses, lugar de la hospitalización, días de internamiento, razón del internamiento, tiempo de espera para la cirugía.

4. Encuesta nacional de ingresos y gastos 2004 (ENIG-2004). Es una encuesta de hogares desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, a partir de una muestra de 5 520 viviendas que albergan a 15.638 personas. La encuesta utiliza un muestreo probabilístico que permitió la inferencia al conjunto de hogares de Costa Rica en el año 2004. La muestra se seleccionó utilizando un procedimiento bietápico estratificado y replicado de áreas. La tasa de respuesta fue del 85%.

Esta encuesta incluye una batería de preguntas sobre salud; interroga sobre uso de servicios de salud en los últimos 12 meses, lugar de la consulta, número de consultas y, también, por las hospitalizaciones en los últimos 12 meses, lugar de la hospitalización y días de internamiento.

5. Encuesta de causas de consulta. La CCSS realiza cada cinco años una encuesta para recoger los datos básicos de las personas que acuden a la Consulta Externa de los servicios de salud que ofrecen sus Áreas de Salud y los hospitales. En este documento se usan los resultados de la última encuesta en el 2002 por el Departamento de Estadística de la CCSS (DES); su propósito es conocer las características de los usuarios de los servicios de consulta externa que son la fuente de información complementaria para describir mejor el estado de salud de la población. En ella participan todos los servicios de atención de salud a las personas de la CCSS.

La encuesta se llevó a cabo durante una semana tomando en cuenta todas y cada una de las personas que demandaron el servicio durante ese período; de manera que la programación de actividades por día de la semana se refleja correctamente en sus resultados, y se puede conocer su distribución por programa, sexo y edad; tanto para las áreas del primer nivel de atención, como para los hospitales. (<http://www.ccss.sa.cr/ger-med/dis/diess/diess.htm>, CCSS visitado en octubre 2006).

La recolección de los datos se llevó a cabo entre el 18 y el 24 de junio de 2002, ambos inclusive; en ella participaron todos los centros de atención de salud de la institución, desde los servicios de Consulta Externa formalmente constituidos en los hospitales, hasta las consultas que dan los médicos generales del primer nivel de atención. Se tomaron los datos de 165.450 personas que asistieron a la consulta durante ese período.

6. Egreso hospitalario. Este se refiere al registro continuo de los hospitales en cuanto a las hospitalizaciones y sus egresos. La boleta del egreso registra datos de la persona hospitalizada referentes a sus características personales, sexo, edad, estado civil y lugar de residencia.

Además, se registran los días de estancia hospitalaria, el servicio hospitalario, el diagnóstico de egreso y la condición de salida (fallecido o no).



Los siguientes estudios fueron preparados para este capítulo:

- Chávez Pérez, Olga, León Solís, Miriam y Guzmán. (2008). Uso y accesibilidad de los servicios de salud. Dirección de Compras, Caja Costarricense del Seguro Social. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.

En los talleres sobre este tema participaron:

- Patricia Allen Flores (INCIENSA), Mayra Cartín B.(UCR), Olga Chaves Pérez (CCSS), Andrea Collado (UCR), Adrián Díaz (MEP), Roberto del Águila V.(OPS-OMS), Zaida Esquivel, Xinia Fernández (UCR), Giselle García (UCR), Erick Hess (MIVAH) Miriam León Solís (CCSS), Wei Wei Lu Chen (CONAPAM), Karen Masís Fernández (UCR), Andrea Milla (MIVAH), Guido Miranda Gutiérrez (UNED), Cleidy Monge (Ministerio de Salud), Marisol Rapso (PIAM-UCR), Arodys Robles (UCR), Melissa Rodríguez, Rodolfo Rojas (CONAPAM), Luis Bernardo Sáenz y Carolina Santamaría.

El recuadro 7.1: El registro médico preciso es indispensable para la atención integral de la salud de la persona adulta mayor: experiencia del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología, Dr. Raúl Blanco Cervantes, fue preparado por

- Alberto Cubero Mata y Fernando Morales Martínez

Se agradecen los comentarios de

- Alberto Cubero Mata y Vilma García.

La edición del capítulo estuvo a cargo de

- Xinia Fernández y Gilbert Brenes.

CAPÍTULO 8

Oportunidades de participación

La participación social de las personas adultas mayores genera beneficios relacionados con la oportunidad de compartir en espacios distintos al ámbito familiar, con la posibilidad de contar con una red de apoyo para sobrellevar las situaciones difíciles que se viven cotidianamente y, con el fortalecimiento de los vínculos de cooperación y solidaridad entre las personas participantes de las agrupaciones.

Las personas adultas mayores participan, sobre todo, en grupos que promueven el acompañamiento, la autoestima, la recreación y la actividad física. Estos grupos se forman para alcanzar objetivos puntuales, y al consolidarse las actividades que realizan se diversifican, y logran con ello mayor integración, permanencia del grupo y mejores niveles de satisfacción entre sus integrantes (Esquivel, 2007).

La participación de las personas adultas mayores es promovida por instituciones y organizaciones como el Consejo Nacional para la Persona Adulta Mayor, la Caja Costarricense del Seguro Social, las universidades estatales, el Ministerio de Educación Pública, la Asociación Gerontológica Costarricense, la Iglesia Católica y las asociaciones gremiales mediante programas o acciones específicas para este grupo poblacional.

Existe una concentración de las oportunidades de participación en el Gran Área Metropolitana y quienes acceden a estas son, en su mayoría, mujeres menores de 65 años y con algún grado de preparación académica. Esta característica se refleja, sobre todo, en

la participación relacionada con el ámbito educativo (Esquivel, 2007; Méndez y Cruz, 2007; González, 2008).

En torno a la educación se consolidan algunas de las principales formas de participación de las personas adultas mayores. Según Méndez y Cruz (2007), las áreas de interés se centran en aspectos de orden tecnológico (cursos de computación, inglés), seguidos por contenidos vinculados con la vejez, el envejecimiento, los cuidados de la salud y el desarrollo personal, entre otros.

No se cuenta con procesos de sistematización ni de coordinación de las actividades de participación y educación que se ejecutan. Además, se carece de una institución o ente que, a nivel nacional, integre las acciones ejecutadas en el área educativa. Existe una escasa oferta educativa de formación técnica para que esta población cuente con más herramientas a fin de insertarse o permanecer en el ámbito laboral, y mejorar sus condiciones de vida.

En el tema de la validación del derecho a la participación social, las personas adultas mayores no cuentan con el apoyo institucional –estatal o privado– suficiente. El apoyo recibido se traduce en charlas y capacitaciones ofrecidas por las instituciones que los promovieron como grupos. En materia de financiamiento, noventa y dos por ciento de los grupos autofinancia su quehacer. El reto es aumentar la oferta y apoyar las oportunidades de participación sin distinción de área de residencia, género o condición socioeconómica.

Las personas adultas mayores participan, especialmente, en grupos que promueven el acompañamiento, la autoestima, la recreación y la actividad física

La diversidad de oportunidades, así como la disponibilidad de espacios para el intercambio de experiencias y conocimientos, permite a la persona adulta mayor un mejor autoconocimiento y comprensión de su contexto¹.

Gran cantidad de estudios demuestran cómo la existencia de lazos interpersonales, basados en la confianza, incrementan la capacidad de las personas para organizarse, en miras de mejorar sus condiciones de vida (Bertucci, 2002). Estos estudios indican que se trata de un capital social del cual echan mano las personas cuando la ocasión y las circunstancias se lo permiten, y que proporciona grandes beneficios a quienes establecen relaciones de reciprocidad y cooperación con otras personas de su entorno.

Los estudios hacen especial referencia a la importancia del capital social y lo positivo de su impacto para el desarrollo de las comunidades, la calidad de vida y el bienestar familiar².

Las agrupaciones de personas adultas mayores son redes de capital social que trascienden el ámbito individual, y se constituyen en espacios de amistad y de confianza, de reciprocidad y compromiso.

Las personas adultas mayores son especialmente sensibles a los cambios en el entorno social y económico, y, cuando éstos son muy drásticos, pueden deteriorar significativamente su salud física y mental, su economía y su entorno; en este momento de la vida aumentan las probabilidades de ser afectados por el debilitamiento de las redes sociales (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003).

Por lo tanto, es fundamental su participación en esferas distintas a la familiar. En este sentido, la educación permanente que reciben las personas

adultas mayores puede incrementar la capacidad creativa, la autogestión y la calidad de vida.

Debe ser una educación relevante y de aplicación inmediata; esto significa que aporte un beneficio a su calidad de vida; así, muchos contenidos de los programas educativos están dirigidos a fomentar estilos de vida saludables, a aportar conocimientos para el control de alguna condición en salud, a capacitaciones dirigidas a actualizarse en el uso de tecnologías, a aprender o profundizar un idioma o un arte.

Una clasificación de los grupos en que participan personas adultas mayores (cuadro 8.1), de acuerdo con los motivos principales de integración y según los objetivos centrales, mostró ocho tipos de agrupaciones³(Esquivel, 2007).

Las agrupaciones de personas adultas mayores son redes de capital social que trascienden el ámbito individual, y se constituyen en espacios de amistad y de confianza, de reciprocidad y compromiso.

Cuadro 8.1: Objetivos y motivaciones de los grupos estudiados

| Objetivos / motivaciones | % |
|--|------|
| 1. Autoestima, motivación personal, relaciones socioculturales | 90,3 |
| 2. Aprendizaje-recreación | 43,5 |
| 3. Actividad física | 18,8 |
| 4. Salud | 13,0 |
| 5. Espiritual-religioso | 5,8 |
| 6. Sistema de pensiones | 5,8 |
| 7. Proyección a la comunidad / atender necesidades de PAM | 2,6 |
| 8. Razones socioeconómicas | 0,6 |

* Algunos grupos están clasificados en más de una categoría

Fuente: Esquivel, 2007. Participación social de las personas adultas mayores en Costa Rica. AGECO.

La mayoría de los grupos estudiados posee objetivos y motivaciones relacionados con el acompañamiento, la motivación para seguir adelante en momentos difíciles y el fortalecimiento de la autoestima en la vejez. Estos grupos desempeñan un papel primordial para las personas adultas mayores, pues les posibilita compartir sus vivencias con otras que se enfrentan a situaciones similares, dan y reciben consejos, establecen nuevas amistades y se solidarizan con las alegrías y las tristezas de las demás.

El 64,5% de los grupos se reúne, al menos, una vez por semana; el 12,5% manifiesta reunirse quincenalmente, mientras que el 9,8% lo hace dos o más veces por semana. El 13,2% efectúa las actividades previstas una vez al mes.

Aprender nuevas cosas de manera entretenida representa el segundo orden de prioridades. Instruirse en bailes, manualidades, pintura, guitarra, canto, teatro, entre otras, es una forma de invertir el tiempo mientras se desarrollan destrezas e intereses particulares.

Otros grupos tienen objetivos y motivaciones más específicos aún: mejorar y mantener la condición física con caminatas, natación, gimnasia y otros deportes; velar por la situación de las pensiones, cultivar la espiritualidad y la religiosidad en labores de evangelización y trabajo ligado a la pastoral de la Iglesia católica; y están aquellos grupos cuyos objetivos se encaminan a mejorar una condición específica de salud, vinculados en su mayoría a la CCSS.

Predominan las actividades recreativas: paseos, bingos, juegos, bailes, celebraciones de cumpleaños y otras festividades. Estas actividades conducen a la interacción de las personas adultas mayores en sus comunidades, y se conjugan con algunas acciones de proyección a la comunidad, como la ayuda a hogares de personas adultas mayores y centros diurnos, escuelas y colegios.

Las actividades mencionadas están, de una u otra forma, incorporadas a las rutinas diarias de las personas mayores. El 64,5% de los grupos se reúne, al menos, una vez por semana; el 12,5% manifiesta reunirse quincenalmente, mientras que el 9,8% lo hace dos o más veces por semana. El 13,2% efectúa las actividades previstas una vez al mes.

Esta información nos ofrece indicios sobre la consolidación lograda por los grupos, y nos muestra que sus acciones forman parte fundamental de la vida cotidiana de quienes participan; reunirse con una frecuencia semanal marca la rutina y contribuye a la construcción y la consolidación de vínculos entre las personas.

Este protagonismo de las actividades de los grupos se relaciona también con los años de duración de

estos, pues según Esquivel (2007), tienen una edad promedio de 17,6 años de existencia, es decir, se trata de grupos consolidados y estables. El 37,2% de los grupos tiene menos de 5 años de funcionamiento y 54% entre 6 y 20 años de mantenerse activos. Cabe destacar que 8,8% cuenta con más de 20 años de haberse formado.

La información obtenida señala que 140 grupos (91%) tienen una organización interna bastante similar: funcionan con una Junta Directiva. Algunas variantes a esta estructura organizacional son la figura del coordinador o la coordinadora del grupo; o bien, bajo la denominación de "junta", "asociación" o "comité". Los grupos vinculados a las iglesias trabajan bajo la tutela de los "promotores del grupo", quienes atienden las recomendaciones de un sacerdote o un pastor evangélico.

La situación es distinta en agrupaciones como APSE, ASOPEBAN, ADEP, COOPASPHAL y la Asociación Sindical Nacional de Pensionados en Comunicaciones, cuya forma de organizarse responde a reglamentos y estatutos formales, con asambleas de asociados y personería jurídica vigente.

El apoyo económico para el desarrollo de las actividades de los grupos de personas adultas mayores es escaso o nulo

Aunque muchas de las agrupaciones están vinculadas a instituciones estatales u organizaciones no gubernamentales, el apoyo económico es escaso, cuando no nulo (cuadro 8.2). Aproximadamente el 92% de los grupos consultados autofinancia sus actividades. En los grupos que pertenecen al sistema de pensiones y afines, si bien algunos reciben aportes especiales de su organización para el desarrollo de algunas actividades, también se da el autofinanciamiento mediante cuotas que son deducidas de oficio.

Esta información nos ofrece indicios sobre la consolidación lograda por los grupos, y nos muestra que sus acciones forman parte fundamental de la vida cotidiana de quienes participan; reunirse con una frecuencia semanal marca la rutina y contribuye a la construcción y la consolidación de vínculos entre las personas.

Cuadro 8.2: Fuentes de financiamiento de los grupos de personas adultas mayores

| Financiamiento del grupo | N.º | % |
|---------------------------------|------------|--------------|
| Autofinanciamiento | 141 | 91,6 |
| Deducciones de oficio/pensiones | 6 | 3,9 |
| Apoyo de la Iglesia | 5 | 3,2 |
| Apoyo institucional | 1 | 0,6 |
| No se indica | 1 | 0,6 |
| Total | 154 | 100,0 |

Fuente: Esquivel, 2007. Participación social de las personas adultas mayores en Costa Rica. AGECO.

La forma más común de autofinanciar las actividades es mediante cuotas mensuales, establecidas de acuerdo con las posibilidades de las personas participantes en el grupo. También son frecuentes las rifas y los bingos para recaudar fondos y financiar las actividades programadas.

Sin embargo, hay otro tipo de apoyo que sí es brindado por instituciones y organizaciones trascendentales para la vida y la consolidación de los grupos: charlas, cursos y asesorías especializadas que proporcionan recursos a las personas adultas mayores. Estos apoyos contribuyen a que el grupo mantenga vínculos con las instituciones y construyan una identidad alrededor del sentido de pertenencia a una red de apoyo, como sucede con los grupos relacionados con AGECO, CCSS, CONAPAM, entre otros.

El acompañamiento y el establecimiento de vínculos socioafectivos son reconocidos como los principales beneficios de participar en grupos

Cuando se consulta sobre los beneficios que reciben las personas adultas mayores de su participación en los grupos, las respuestas ofrecen una variedad de razones que evidencian por qué les gusta estar en los grupos y lo bien que se sienten de participar en estos. En esa variedad de respuestas, es fácil detectar un eje temático común que expresa el deseo de las personas de compartir con

sus semejantes; la necesidad de sobrellevar la soledad, de fomentar y fortalecer los lazos de amistad y de apoyo mutuo; es decir, uno de los beneficios que reciben las personas de participar en grupos tiene que ver con el gran significado de vivir en compañía.

Opiniones de las personas adultas mayores sobre sus motivaciones para participar en grupos

- “El compartir con las personas; la amistad, socializar...”
- Mantenerse en contacto con las personas conocidas y amigos y amigas de antes, de la escuela...
- El poder desestresarse...
- Mejorar la calidad de vida, la salud, hacer ejercicios, higiene mental; asistir menos a consulta, notarse más motivados...
- Sentido de colaboración y apoyo, relaciones sociales...
- La convivencia de adultos mayores...
- Distribuir la riqueza, todas; las personas son dueñas y forman parte de la riqueza...
- Salir del hogar...
- Aprender, intercambiar conocimientos...
- Luchar por pensiones, por derechos...
- Recreación...
- Sentirse importantes, y valoradas...
- Lograr sobrellevar las depresiones. Compartir la soledad y el duelo...
- Estar en actividad...
- Sentirse útiles dentro de la sociedad...
- Respeto...
- Liberar las tensiones...
- Sentido de pertenencia, el no sentirse en soledad, compartir un sentido espiritual...
- Vivir con plenitud la vejez, a pesar de los dolores físicos y morales..." (Esquivel, 2007.)

Uno de los beneficios que reciben las personas, al participar en grupos, tiene que ver con el gran significado de vivir en compañía.

Aunque muchas de las agrupaciones están vinculadas a instituciones estatales u organizaciones no gubernamentales, el apoyo económico es escaso, cuando no nulo. Aproximadamente el 92% de los grupos consultados autofinancia sus actividades.

La satisfacción de las personas adultas mayores que participan en grupos se asocia con las posibilidades de dar y recibir apoyo en diversas dimensiones de la vida cotidiana. En las comunidades se puede identificar con facilidad a esas personas que participan en las juntas de educación, de salud, en la pastoral social y en las asociaciones de desarrollo, y que con su esfuerzo y tenacidad han consolidado muchos proyectos y enseñado a muchas personas.

Los niveles de satisfacción de las personas que participan en grupos son altos: 79,2% manifiesta estar "muy satisfecho" con el quehacer del grupo al que pertenecen; quienes argumentan estar "satisfecho" o "medianamente satisfecho"; (17%) aluden la falta de recursos para desarrollar las actividades planteadas y al poco apoyo que en este sentido reciben de las instituciones (Esquivel, 2007).

Además del intercambio de experiencias, la recreación y la solidaridad, algunas personas adultas mayores encuentran en la participación en grupos una posibilidad de mejorar sus condiciones de vida, tanto en el seno familiar como comunitario; pueden desarrollar su potencial organizacional para llevar a cabo proyectos educativos, políticos, deportivos y productivos.

Las formas más consolidadas y tradicionales de organización de este grupo etario han estado ligadas al tema de las pensiones y a la protección de los derechos asociados a esta condición. Sin embargo, como lo mencionan Romero y Wasiek (2007), resulta interesante la actual emergencia de espacios donde las personas se reúnen en torno al autorreconocimiento de su situación como adultas mayores y donde las motivaciones y objetivos han experimentado cambios significativos.

Estas "nuevas" formas de agrupación de las personas adultas mayores apuestan más a construir vínculos, a mejorar las condiciones de vida desde las dimensiones más simbólicas de la vida en sociedad; es decir, con compañía, comprensión y respeto a sus derechos; además, estos cambios deben imaginarse en

el contexto de crisis y transformaciones de la sociedad costarricense.

Iniciativas gubernamentales para promover la participación

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM): "Envejeciendo con calidad de vida"

Como ente rector en materia de envejecimiento y vejez, CONAPAM reporta la ejecución de dos programas específicos: "Envejeciendo con calidad de vida" y "Construyendo lazos de solidaridad". Ambas propuestas son inscritas en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, en el eje de Política Social, y de acuerdo con el reordenamiento del Poder Ejecutivo llevado a cabo en 2006, en el sector social y lucha contra la pobreza (véase el capítulo IV.9 Marco Jurídico).

Envejeciendo con calidad de vida

Este programa pretende crear una visión distinta de la vejez y el envejecimiento. El desarrollo de esta iniciativa parte de la premisa de que en el contexto nacional existe desconocimiento y falta de comprensión por parte de y hacia las personas adultas mayores, acerca de sus derechos, establecidos en la normativa vigente. Con base en este criterio el CONAPAM se plantea, como objetivo general, lograr la concientización y la sensibilización de la población costarricense, en torno a la temática de la vejez, el envejecimiento y demás aspectos relacionados.

Adicionalmente, se propone con este programa fomentar la participación activa de las personas adultas mayores en su entorno, de tal modo que puedan desarrollar sus capacidades y potencialidades (CONAPAM, 2007).

Por sus características de promoción y sensibilización, esta oferta no define particularmente una población meta, sino que, por ser de alcance

nacional, procura lograr incidencia en la mayor parte de los habitantes del territorio nacional, al abarcar más allá de la población adulta mayor.

Si bien este programa se nutre financieramente de los fondos designados por la Ley 7972, su presupuesto general ha disminuido de manera sostenida entre los años 2005 y 2007. Lo anterior sucede a pesar de que nominalmente el CONAPAM reporte para esos años un presupuesto discretamente creciente. La información disponible impide determinar la cantidad de personas que han participado tanto directa como indirectamente en esta iniciativa.

Para ser copartícipes de este programa las instituciones señaladas deben cumplir con una serie de requisitos. Esta premisa se aplica para aquellas instancias que reciben aportes económicos, puesto que en los casos de asistencia técnica es suficiente con una solicitud por parte de los interesados.

Caja Costarricense del Seguro Social: promoción de la salud y envejecimiento activo

La Caja Costarricense del Seguro Social, por medio de sus Direcciones y Gerencias, desarrolla programas con la población adulta mayor que permiten y fomentan la participación de este grupo etario en actividades como juegos dorados, ferias artesanales y recreativas, torneos de boliche, festivales de danzas regionales, entre otras. Estas actividades forman parte de iniciativas como el "Programa de Desarrollo de la Población Adulta Mayor" y el "Programa Envejecimiento Activo" que impulsan el mejoramiento de la calidad de vida, promueven estilos de vida saludables, y fomentan la creación y consolidación de una cultura de dignificación y respeto por las personas adultas mayores.

El área de salud o los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud

(EBAIS) fomentan la agrupación entre las personas mayores en sus zonas de influencia, situación que se aprovecha para ofrecerles charlas y talleres relacionados con la salud.

Asimismo, desde la Gerencia de División de Pensiones y Promoción de Prestaciones Sociales, se cuenta con un programa de Desarrollo de la Población Adulta Mayor, que se inició en 1997, y que se ha desarrollado esencialmente en dos áreas de acción: Preparación para la Jubilación, y Educación y Capacitación.

El área de educación y capacitación establece como objetivo que las personas adultas mayores desarrollen destrezas y actitudes que faciliten un proceso integral de mejoramiento de su calidad de vida. Se ocupa de temas como el proceso de envejecimiento, nutrición, autocuidado en la salud, autoestima, recreación, uso del tiempo libre, relaciones familiares y proceso de duelo.

Todas estas iniciativas de promoción de la participación de las personas adultas mayores se han consolidado con el Plan de Desarrollo -2002-2006-; para ello se elaboró un Manual de Capacitadores con el fin de habilitar facilitadores en el personal de salud; se brindó capacitación, de manera que la población adulta mayor manejara elementos comunes para la formación de los grupos.

Se reconoce como una deficiencia la escasa sistematización en la institución, pues no hay una instancia interna que registre de manera exhaustiva las características y las especificidades de estos grupos.

Programa Ciudadano de Oro: una propuesta para la dignificación de las personas adultas mayores

A partir de julio de 1997 se inició el programa Ciudadano de Oro, con el objetivo de crear una cultura de dignificación y respeto de las personas adultas mayores. En forma complementaria, se proponía crear una

nueva percepción para promover el respeto, valorar el conocimiento y la experiencia de las personas, mejorar la calidad de vida, y brindar beneficios complementarios a toda la población mayor de 65 años (CCSS, 2007a).

La oferta que plantea la CCSS por medio de este programa es de alcance nacional, y su organización cuenta con tres componentes básicos: atención preferencial y proyección comunitaria, gestión de convenios comerciales, y recreación y salud. El Programa Ciudadano de Oro estableció una serie de alianzas que propician que la CCSS canalice los servicios mediante la Tarjeta dorada, también conocida como "carné de oro", la cual identifica a las personas adultas mayores que participan del programa.

Se implementó la atención preferencial y la proyección comunitaria mediante la emisión de políticas para brindar un trato preferencial de atención a la población adulta mayor. Posteriormente, mediante el Decreto Ejecutivo 26991-SMTSS, se ordenó que esta atención privilegiada se ofreciera en todas

las entidades públicas. Este beneficio se consolidó con la aprobación de la Ley 7935, para lo cual se debía contar, además, con las condiciones idóneas de infraestructura, así como con la sensibilización de los funcionarios y funcionarias correspondientes.

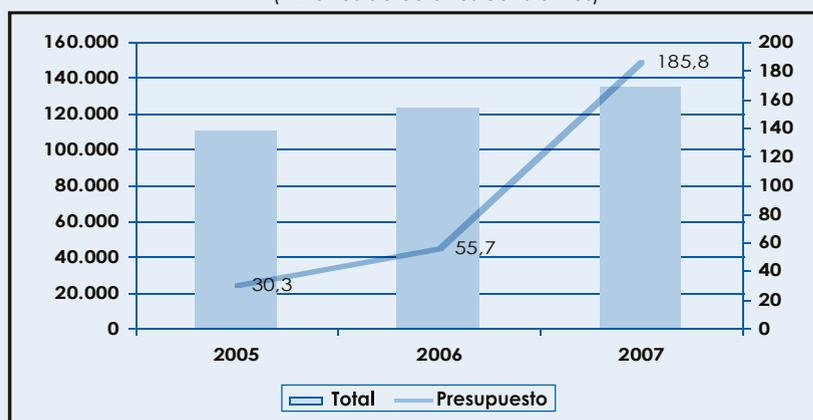
En la línea indicada, desde la puesta en marcha del programa, la CCSS ha organizado 167 talleres mediante los cuales ha capacitado a 4.944 servidores y servidoras públicos y privados en lo que a atención de personas adultas mayores se refiere (CCSS, 2007a).

Los descuentos comerciales y el turismo social también han marchado por medio de convenios entre la CCSS y algunas empresas privadas. Así, las personas adultas mayores adscritas al programa tienen acceso a una serie de descuentos en unos 5.000 establecimientos comerciales. Mediante la misma modalidad de convenios, los participantes del programa cuentan con la posibilidad de obtener descuentos en líneas aéreas, parques nacionales, museos, balnearios, hoteles, restaurantes, entre otros servicios ligados al sector turismo. Las personas beneficiarias

Gráfico 8.1: La expansión del programa Ciudadano de Oro

Del 2005 al 2007 la CCSS reporta un incremento de 25 000 personas beneficiadas. En el siguiente gráfico se aprecia que el incremento también se dio en términos de presupuesto, pues se consigna no solo un crecimiento evidente, sino un salto considerable en ese mismo período.

Programa Ciudadano de Oro: personas beneficiadas y presupuesto asignado por año 2005-2007 (millones de colones constantes)



Nota: Presupuesto de 2007 al mes de noviembre.

Fuente: González, 2008. Programas dirigidos a las personas adultas mayores en Costa Rica.

El incremento registrado en el presupuesto del programa entre 2006 y 2007 se debe a que, en ese último año, se giraron los recursos correspondientes a una serie de contrataciones pendientes gracias a trámites de contratación administrativa (Arguedas, 2008). No obstante, el crecimiento que ha tenido el programa Ciudadano de Oro, y a pesar de que se inspira en los principios establecidos en la Ley Constitutiva de la CCSS, tiene sustento únicamente en un acuerdo de Junta Directiva tomado en la sesión 7116 del 8 de abril de 1997.

también pueden acceder a un descuento gradual al utilizar servicios de transporte público (autobús).

Las deficiencias del Programa Ciudadano de Oro posiblemente radican en la escasa sensibilización de quienes prestan servicios públicos en Costa Rica. Muchas personas adultas mayores denuncian a diario los malos tratos recibidos en los servicios de transporte y las instituciones públicas. En este sentido, y aunque no se cuenta con información exacta al respecto, puede decirse que la limitada infraestructura y el imaginario social sobre la vejez en el país, inducen a que acciones de programas como Ciudadano de Oro resulten insuficientes y parcializadas, y por ello quedan los beneficios concentrados en ciertos grupos y determinadas regiones, aunque sean de cobertura nacional.

Uno de los principales aportes del Programa Ciudadano de Oro, quizá el más complejo de visibilizar, es que "ser ciudadano de oro" ha contribuido a que muchas personas mayores se sensibilicen sobre sus propios derechos para exigirlos con menos temor. Solicitar atención preferencial, descuentos, tiquetes, asientos en los autobuses y denunciar situaciones de incumplimiento de la ley, son procesos complejos que parten del reconocimiento de los derechos y de las herramientas legales para hacerlos valer. En este sentido, el "carné de oro" ha brindado "soporte" también en lo simbólico; queda claro que ser "ciudadano o ciudadana de oro" implica una carga simbólica que permite a la persona determinado accionar.

Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO)

La Asociación Gerontológica Costarricense es una organización no gubernamental (ONG), sin fines de lucro, creada en 1980. Ha trabajado en la dignificación de las personas adultas mayores, y desarrolla acciones y programas que incentivan su participación social y su integración comunitaria y familiar.

Entre los programas de mayor incidencia que desarrolla esta organización, sobresalen el Programa de Clubes de Personas Mayores y el Programa de Voluntariado.

El Programa de Clubes de Personas Mayores. Fue creado en 1986, con el fin de que las personas mayores tengan la oportunidad de organizarse en clubes alrededor de intereses y metas en común.

Por lo general, las personas de un club residen en la misma comunidad, lo que les posibilita compartir, planear y ejecutar diversas actividades según sus gustos, intereses y necesidades; utilizan los recursos existentes en sus comunidades como salones comunales y sus propios domicilios para realizar sus reuniones y demás actividades (Flores y Ramírez, 1995).

El programa pretende fomentar el sentido de pertenencia, de logro, de protección, de contacto social, el intercambio de experiencias y el compañerismo; además, promueve la interacción, el mantenimiento de nexos entre las personas mayores con la familia y la comunidad; facilita el acceso a diversos recursos comunales; la recreación, la participación grupal, comunal y social, motiva nuevos intereses y metas y mejora las capacidades físicas y mentales (Corrales y Wong, 2003).

El programa de voluntariado de las personas mayores. Se creó en 1991, con el objetivo de propiciar espacios para el desenvolvimiento de aquellas personas que ponen al servicio de los demás sus habilidades, conocimientos, destrezas y potencialidades.

El voluntariado de personas mayores brinda a varias instituciones y organizaciones la posibilidad de contar con un recurso humano organizado, no remunerado y con una capacitación básica que facilita el cumplimiento de las funciones. Actualmente AGECO cuenta con el apoyo de 155 personas voluntarias, quienes brindan sus servicios en lugares como hogares de personas adultas mayores, bibliotecas públicas, museos, clínicas.

Las características que identifican al programa son la posibilidad que

brinda a las personas para sensibilizarse acerca de su realidad, necesidades, intereses y derechos, la disponibilidad de espacios para forjar amistades, intercambiar y compartir experiencias, la valoración y visibilización del conocimiento y la experiencia de las personas adultas mayores en la sociedad actual, así como la promoción de valores, entre ellos la solidaridad, el respeto, el compañerismo y la sensibilidad social.

El trabajo en red de los clubes para personas adultas mayores

A partir del año 2004 se pone en práctica el trabajo en red, que procura organizar los grupos según sus características, para sumar los recursos y esfuerzos de los clubes de una misma modalidad o región. La propuesta implica, además, desarrollar mecanismos de unión articulada y coherente de trabajo con los grupos.

En el primer nivel de la red, el club se organiza en torno a algún interés en particular, que varía de grupo en grupo; para unos clubes su punto de afinidad es la comunidad, para otros, los intereses y las especialidades de cada persona motivan su integración.

De esta manera, se conciben tres modalidades de clubes:

- Clubes comunales organizados en diversas zonas del país. Trabajan con una visión autogestionaria, definen su propia estructura y normas de funcionamiento, eligen su comité coordinador y le dan nombre a su agrupación.
- Clubes especializados. Son agrupaciones de personas mayores que se reúnen con el fin de compartir una afinidad común.
- Clubes de actividad física. Reúnen personas mayores que practican una actividad física en particular, con la dirección especializada de instructores ó instructoras en las áreas de hidroquinesia, gimnasia y yoga.

En el segundo nivel se agrupan las Redes Regionales; estas se forman de acuerdo con la ubicación geográfica y con los intereses y especialidades de cada grupo. En la actualidad operan 12 Redes Regionales integradas por 110 Clubes, que reúnen a más de 3500 personas adultas mayores en la Red Nacional de Clubes.

En el tercer nivel, la Red Nacional de Clubes fomenta la motivación, el fortalecimiento y el enriquecimiento de las potencialidades y habilidades de la población adulta mayor y su proceso de empoderamiento, para que puedan conocer y defender sus derechos. Esta labor se ha visto fortalecida mediante el intercambio de experiencias y solidaridad entre grupos.

Grupos gremiales y religiosos

Grupos de personas pensionadas

Los grupos de personas pensionadas promueven la defensa de sus asociados, y velan porque se cumpla con el pago correspondiente de la pensión, según la ley del régimen de pensión al que pertenezcan. Se procura velar por la protección y la defensa de los intereses socioeconómicos de sus asociados, luchar por el bienestar y la dignificación de las personas adultas mayores, así como proporcionar asesoría legal para atender problemas relacionados con las pensiones: reajustes, aumentos, anualidades y otros trámites.

Además, procuran contribuir a mejorar su calidad de vida promoviendo el desarrollo económico, social y cultural mediante su participación activa. Sin embargo, las acciones de los grupos de personas pensionadas trascienden estos temas específicos e integran dinámicas culturales, educativas, sociales, recreativas, de cooperación y ayuda mutua entre sus miembros.

Asimismo, promueven cursos en diversas áreas con el fin de actualizar

y mejorar los conocimientos de las personas para que brinden un mejor servicio en su organización y en su comunidad. Con el fin de lograr una participación más activa y una mejor calidad de vida para toda la agrupación, se promueven charlas, talleres sobre destrezas físicas y emocionales, y actividades recreativas.

Cooperativas de pensionados

Otra de las modalidades de asociación de las personas pensionadas son las cooperativas, entre ellas la Cooperativa de Pensionados de Hacienda y Poder Legislativo (COOPASPHAL) y la Cooperativa Nacional de Recreación y Servicios Múltiples de Pensionados.

La Cooperativa de Pensionados de Hacienda y Poder Legislativo (COOPASPHAL) es una cooperativa de ahorro y crédito. Se creó para dar solución a las necesidades de crédito y ahorro de las personas adultas mayores, pues ante las instituciones bancarias no califican como "sujetos" para préstamos, porque sus pensiones no son embargables. Ante esta situación se crea la cooperativa y se desenvuelve bajo el concepto de una colaboración mutua y solidaria; su propósito es dar un servicio a la persona adulta mayor que sea excluida de posibilidades de financiamiento.

La COOPASPHAL tiene cuatro programas para brindar asistencia ante cualquier emergencia y un capital del cual todas las personas asociadas son dueñas. Este capital comprende los ahorros transitorio y navideño y los programas de crédito y social.

La Cooperativa Nacional de Recreación y Servicios Múltiples de Pensionados tiene como principal motivación promover actividades físicas y recreativas. Es la única cooperativa del país que muestra, como ejes explícitos de acción, la recreación y el esparcimiento de las personas asociadas.

El grupo cuenta con un plan de ahorro navideño y la única entidad que les apoya económicamente es INFOCOOP. Muchas de las personas asociadas continúan trabajando, pues las pensiones que reciben son bajas y deben asumir responsabilidades económicas como el pago de alquileres, la compra de alimentos y demás gastos personales, de manera que se desempeñan especialmente en oficios del sector informal.

Grupos organizados por la pastoral social de la Iglesia Católica

La Pastoral Arquidiocesana del Adulto Mayor surge a partir de la necesidad de integrar a poblaciones que viven la exclusión social en sus múltiples manifestaciones. Las Pastorales nacen a inicios de la década de 1990 en pequeñas comunidades que motivaron a los sacerdotes a integrar agrupaciones para las personas adultas mayores de la iglesia.

Desde entonces su trabajo es voluntario. Las personas coordinadoras visitan las parroquias y anuncian la promoción de grupos que se reúnen una vez por semana. En su desarrollo grupal recurren al apoyo que puedan brindarles instituciones como CCSS, AGECO y CONAPAM.

Todo lo que se planifica en estas pastorales ocurre a la luz de la doctrina social de la Iglesia; por lo tanto, funcionan según la programación que hace la Comisión Arquidiocesana, es decir, los grupos son ejecutores de los planes establecidos por la sede de la Iglesia. Se busca incorporar conceptos de promoción y desarrollo humano en la visión y la labor de la Iglesia.

Estos grupos no reciben ayuda económica de las instituciones del Estado, sino que coordinan con cada Pastoral y trabajan en forma independiente, con escaso contacto con otros grupos no eclesiales. La mayoría de las personas partici-

pantes de estos grupos son mujeres. No se tiene registro de cuántos grupos funcionan en el país.

Las universidades estatales lideran las oportunidades educativas

Los centros estatales de educación superior desarrollan programas dirigidos a las personas adultas mayores de manera sostenida durante las últimas décadas. Estos esfuerzos comprenden dos modalidades: aquellos dirigidos específicamente a la población adulta mayor donde se comparte con grupos de iguales y, aquellos que favorecen la convivencia intergeneracional (Méndez y Cruz, 2007). La Universidad de Costa Rica, la Universidad Nacional y la Universidad Estatal a Distancia promueven ambas modalidades de interacción.

La Universidad de Costa Rica

En 1986 se inaugura el Programa integral para la persona adulta mayor (PIAM) cuyo fundador fue el "Dr. Alfonso Trejos Willis". Se fundamenta en los principios de educación permanente cuyo fin último es que las personas adultas mayores adquieran conocimientos y habilidades que puedan aplicar a su vida cotidiana. Concibe, dentro de su misión, el interés de mejorar la vida de la persona mayor incluyendo la promoción de un envejecimiento exitoso e incorporando el enfoque de derechos humanos.

En la Sede Rodrigo Facio, para el año 2007 se matricularon 1685 personas adultas mayores con una distribución por sexo de 1404 mujeres y 281 hombres. El 89.8% reside en la provincia de San José. Entre las personas participantes un 33.59% reporta tener educación universitaria, 19.53% secundaria completa y alrededor de un 25% escolaridad por debajo de secundaria.

El 69% de las personas participantes en los cursos del PIAM tienen entre 50 y 64 años de edad, porcentaje que

diminuye según aumenta la edad, pues la presencia de personas de 75 años o más alcanza un 5%.

La oferta incluye, por un lado, cursos en que las personas adultas mayores comparten con grupos de iguales tales como movimiento humano, gerontología, manualidades, así como computación e inglés que tienen una alta demanda. También existe la modalidad en que las participantes en el programa se integran con estudiantes que se matriculan en cursos regulares que ofrece la Universidad de Costa Rica.

La Universidad Nacional

Comienza en el año 1996 mediante la la Facultad de Estudios Generales y la participación de personas adultas mayores como oyentes en los cursos. Desde ese año el Centro de Estudios Generales ofrece un curso con temáticas de vejez y envejecimiento al alumnado que comienza diversas carreras.

Con la creación del Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (PAIPAM) y por medio de actividades de extensión docente, se imparten charlas, talleres, tertulias, relacionadas con la vejez y el envejecimiento. La población que cubren son especialmente grupos organizados de personas adultas mayores y sus familiares, pensionados, población de Centros Diurnos y Hogares para Ancianos de la Provincia de Heredia. Este Programa se ha regionalizado y actualmente se encuentra en las sedes Chorotega y Brunca.

La Universidad Estatal a Distancia

Cuenta con el Programa de Gerontología que se inició en el 2000; lo integran las áreas de Cooperación, Divulgación, Jubilación y Educación. Ofrece cursos de capacitación a cuidadores y cuidadoras familiares e institucionales de personas adultas mayores; además, cursos de inglés, computación y taichí. Se distinguen temáticas relacionadas con el envejecimiento exitoso en el área de

la salud y autocuidado, sexualidad, duelo y muerte y el sentido de vida, entre otros. Al igual que en otros espacios, el 85% corresponde al sexo femenino y el 15% al masculino.

Comisión Nacional de Rectores (CONARE)

En el seno de esta Comisión se creó, en el 2005, la Comisión Interuniversitaria de la Persona Adulta Mayor, integrada por representantes de las cuatro universidades estatales de Costa Rica (UNA, UCR, ITEC, UNED), con el objetivo de integrar el quehacer académico de Extensión, Acción Social de Investigación de las universidades en el estudio y abordaje del envejecimiento de la población, a fin de mejorar las condiciones de vida y el bienestar de las personas mayores (Jiménez, 2007).

La comisión desarrolla actividades de capacitación sobre temas relacionados con el envejecimiento y talleres de preparación para la jubilación.

Es un reto para estas instancias educativas responder a los intereses y las necesidades específicas de las personas con baja escolaridad, de zonas rurales o comunidades excluidas, pues hasta el momento se sigue privilegiando a quienes poseen mejores condiciones socioeconómicas y educativas, en detrimento de aquellas que no cuentan con los recursos para acceder a la oferta existente.

La oferta educativa del Ministerio de Educación Pública

La cobertura de la oferta educativa del Ministerio de Educación Pública es nacional, pues en las 22 Direcciones Regionales Educativas del MEP se ofrecen los programas para jóvenes y adultos, educación abierta, los programas de los Institutos Profesionales de Educación Comunitaria (IPEC) y los Centros Integrados de Educación para Jóvenes y Adultos (CINDEA). Sin embargo, dicha oferta se concentra en las cabeceras de provincia, siendo

más escasa en los cordones fronterizos y en las zonas de territorios indígenas.

A estas opciones pueden aspirar personas con edades desde los 13 años. Según información recopilada, se registra una mayor asistencia de las mujeres (60%) con respecto a los hombres (40%) (Díaz, 2007).

Asimismo, el MEP desarrolla el Programa "Adultos Creando por Medio de la Tecnología", una oferta coordinada con la Fundación Omar Dengo para implementar el uso y el desarrollo de la tecnología digital. Esta Fundación ofrece cursos para las personas adultas desde 1998. Está dirigido a la población de 45 años en adelante y presenta diversas alternativas en el área digital.

Las charlas, los talleres y las capacitaciones para las personas adultas mayores son las principales actividades educativas que se desarrollan en el país

Charlas, conferencias, talleres y otras modalidades que no forman parte de un programa, pero que se ejecutan en el marco de otras iniciativas dirigidas a promover la calidad de vida de las personas adultas mayores, son también actividades educativas (Méndez y Cruz, 2007). Estas responden a acciones que eventualmente podrían concebir programas con mayor alcance. Tal es el caso de las acciones que desarrollan las asociaciones de pensionados, cooperativas, el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y congregaciones religiosas, entre otras.

Dentro de las temáticas que seleccionan para ofrecer charlas, desarrollar talleres y conferencias, se destacan talleres de preparación para la jubilación (Acueductos y Alcantarillados, Instituto Costarricense de Electricidad, bancos estatales), conferencias con temáticas relacionadas con la vejez y el envejecimiento y cuidado de la salud (Magisterio Nacional, cooperativas, asociaciones de pensionados, Federación de la Cruzada Nacional Protección al Anciano –FECRUNAPA–).

El CONAPAM trabaja en foros, talleres y charlas en temas relacionados con el abuso y el maltrato a las personas adultas mayores, el proceso de envejecimiento, la preparación para la jubilación y el uso del tiempo libre. Además, mediante convenios con varias instituciones, apoya diversas iniciativas educativas dirigidas a esta población. Al mes de septiembre de 2007, ha impartido charlas y capacitaciones a 1.352 personas adultas mayores.

Una oferta educativa diversa pero no amplia

La oferta educativa en el país es variada pues responde a los diversos intereses de las personas adultas mayores (Méndez y Cruz, 2007). Pueden identificarse ocho áreas temáticas de oferta educativa: Desarrollo educativo formal, Científico-tecnológico, Cuidado y promoción de la salud, Artes, manualidades y tecnología de usos prácticos, Convivencia y la espiritualidad, Físico-recreativo; Ocupacional y laboral, Preparación para la vejez y el envejecimiento.

Área educativa formal

Está vinculada a la oferta del Ministerio de Educación Pública, así como al amplio ofrecimiento de las universidades estatales, lo cual corresponde a las oportunidades para concluir los estudios de primaria y secundaria.

La oferta educativa del MEP para la población adulta mayor está unida con la oferta para jóvenes y adultos y adultas jóvenes, por lo que no es posible separar los programas y servicios por edad. Pese a ello, es de suma trascendencia la oferta en sí, pues representa una posibilidad, una puerta abierta para las personas adultas mayores que acceden a una meta educativa no alcanzada en la etapa de juventud.

Área científico-tecnológica

Comprende todas aquellas actividades formales y no formales, cuya

inclinación se orienta al aprendizaje de tecnologías computacionales, uso de Internet y páginas web. Asimismo, se ofertan cursos y capacitaciones para el acceso adecuado a los medios de comunicación y al mundo digital, junto con sus herramientas informáticas; por ejemplo: cámaras de vídeo y fotográficas digitales, cámaras web, el acceso adecuado al sistema de tarjetas electrónicas en los trámites bancarios, acceso a nuevos sistemas telefónicos.

Como un valor agregado de esta área las personas mayores pueden mantenerse cercanas a la cresta de la ola del desarrollo tecnológico. Estos intereses aparecen como medios vinculantes con la participación social.

En este espacio, se observa la oferta de la Asociación Gerontológica Costarricense, la Fundación Omar Dengo, el Instituto Nacional de Aprendizaje, el Ministerio de Educación Pública, con las ofertas de los Institutos Profesionales de Educación Comunitaria (IPEC) y los Centros Integrados de Educación para Jóvenes y Adultos (CINDEA). Se encuentran, además, los cursos y los talleres específicos de las universidades ya mencionadas.

Área para el cuidado y la promoción de la salud

En esta se integran aquellos intereses que promueven estilos de vida saludables para las personas adultas mayores –en sus variados enfoques y aproximaciones que en torno a este concepto existe–, cursos que promueven el autocuidado y fomentan la responsabilidad personal en la promoción y mantenimiento de la salud.

Algunos cursos pueden estar relacionados con la promoción de la calidad de vida, la nutrición adecuada, el cuidado de personas dependientes, la preparación de comidas, la prevención y la atención de algunas enfermedades.

En esta área destacan las ofertas de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), tanto del Área Promoción de las

Prestaciones Sociales (con los Programas Educativos) como del Área de Atención Integral a las Personas. Otras entidades, como las universidades citadas y la oferta de la Asociación Gerontológica Costarricense, el Magisterio Nacional, FECRUNAPA, contienen cursos y talleres orientados a la promoción de la salud.

Área de artes, manualidades y tecnología de usos prácticos

Es el área relacionada con las artes, manualidades y tecnología de uso práctico. Resalta la amplia oferta que se relaciona con las habilidades y destrezas manuales lo cual posibilita a las personas adultas mayores mantener su mente y su cuerpo activos, y cuyos productos son concretos y comerciables. Por ello, estos aprendizajes pueden tener una vinculación con la actividad económica, pues es factible la venta de estos.

Área para la convivencia y la espiritualidad

En este espacio se vinculan los procesos de desarrollo personal, de relación y convivencia humanos, junto con el desarrollo de la visión de trascendencia y espiritualidad. Aquí se encuentran cursos de desarrollo personal, de espiritualidad, de higiene mental, de aprender a vivir en armonía, cursos relacionados con los procesos de pérdida, duelo y muerte. Otros cursos y talleres se vinculan con yoga y tai-chi. Estos promueven el desarrollo del sentido de la vida, la visión propia de la realidad, la comprensión del pasado, el accionar presente y una visión de un mañana renovado. Se integran en este apartado los esfuerzos por el aprendizaje para aprender a vivir.

Área físico-recreativa

En esta se deben considerar los intereses asociados a la atención integral de las personas mayores pues propicia dotar al cuerpo y sus diversos sistemas fisiológicos (muscular, cardíaco y respiratorios) de la funcionalidad, el tono y la fortaleza adecuados. Incluye una gran variedad de actividades físico-

recreativas, actividades de tipo mental, como ajedrez, filatelia, el teatro, la música, el baile, el canto y otras de tipo recreativo. Muchos pasatiempos se alinean dentro de esta categoría de intereses.

Área ocupacional y laboral

En estas dos áreas como en la siguiente, participan en la oferta educativa, de manera simultánea, instituciones como las universidades estatales, la Asociación Gerontológica Costarricense, el Instituto Nacional de Aprendizaje, el Ministerio de Educación Pública, los Institutos Profesionales de Educación Comunitaria (IPEC), la Caja Costarricense de Seguro Social y sus clínicas, el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), Federaciones de Cooperativas y Asociaciones de pensionados, municipalidades y otras entidades.

Otras áreas de interés identificadas se relacionan con el ámbito ocupacional.

El retiro laboral, aunado a condiciones de pobreza, y la etapa de la vejez, pueden imponer restricciones en el poder adquisitivo. Para intentar compensarlas, las personas mayores se ven en la necesidad de buscar alternativas ocupacionales y laborales. Existen cursos de hidroponía, cultivo de plantas, manejo de presupuesto, cocina, hotelería, entre otros, que posibilitan la superación en el ámbito económico, con el reingreso al mundo ocupacional y productivo.

En este sector sobresale la oferta del Instituto Nacional de Aprendizaje, los IPEC del Ministerio de Educación Pública, la de las universidades estatales citadas anteriormente, Asociación Gerontológica Costarricense y la Fundación Omar Dengo.

Área de la preparación para la vejez y el envejecimiento

En este espacio se promueve la toma de conciencia, la aceptación con criterios de realidad de esta etapa de la vida, las instituciones y organizaciones fortalecen esta área mediante cursos de preparación para la jubilación, el replantearse la nueva vida luego del

Los datos obtenidos muestran que las oportunidades educativas están mayoritariamente concentradas en el gran área metropolitana.

El porcentaje de mujeres que acceden a los programas educativos es mucho mayor que el de hombres.

retiro, el aprender a reconocer y responder adecuadamente a la vejez y el propio envejecimiento. Tal vez fueron estos temas los que surgieron en primer término como respuesta de orden gerontológico, para apoyar a la población en vías de envejecimiento.

Como se puede apreciar, las ocho áreas propuestas de interés están cubiertas por la oferta de diversas instituciones del país y se puede decir que, de acuerdo con la educación para la vida, está respondiendo a los cuatro pilares por esa comisión propuestos, bajo la premisa de un aprender a aprender: el aprender a conocer, el aprender a hacer, el aprender a vivir y el aprender a ser.

No existe, sin embargo, información que responda a cuánto conocimiento tienen las personas adultas mayores de la existencia de esta oferta, cómo está orientada y cuál está disponible para ellas. De ser así, se lograría evaluar la claridad de propósitos, el acogimiento y la seguridad que brinda la oferta institucional.

La información sobre participación recopilada señala que el acceso a mucha de esta oferta es predominantemente de quienes tienen condiciones de ingreso o formación que les facilita involucrarse. A pesar de la variedad de la oferta se requiere mayor amplitud para que responda adecuadamente a las necesidades educativas de la población adulta mayor, que le dé la seguridad y le posibilite la permanencia y la participación activa y productiva en la familia y la sociedad.

Sesgos en el acceso a oportunidades educativas

Las necesidades educativas de las personas mayores en el país no son las mismas, en razón de las diferencias por género, nivel educativo, motivación y posibilidad de aplicación de los conocimientos adquiridos para la vida cotidiana. Se requiere de propuestas diferenciadas cuya base sean diagnósticos previos, con lo cual se garantiza la oferta de alternativas educativas contextualizadas.

Las principales iniciativas se desarrollan en las áreas urbanas, sobre todo de la provincia de San José, con ofertas que atienden las necesidades de esta población. En este sentido, hay que aclarar que la escasa información al respecto limita la posibilidad de analizar las especificidades en torno a las iniciativas en las comunidades alejadas a las sedes centrales y regionales de las universidades y de otras instituciones estatales.

Los datos obtenidos muestran que las oportunidades educativas están mayoritariamente concentradas en el gran área metropolitana. Una persona adulta mayor que desee cursos de computación, y reside en San José, puede optar por asistir a la Universidad de Costa Rica, a la UNED, a AGECO, a la Fundación Omar Dengo, así como a diversas alternativas privadas; no sucede lo mismo con este grupo etario radicado en áreas rurales, grupos indígenas u otros.

Con ello se evidencia la necesidad de alcanzar a otros grupos con necesidades específicas, como la población adulta mayor sin alfabetización, en condición de pobreza, privadas de libertad. En estos sectores las oportunidades educativas se pueden convertir en una ventana que muestre opciones para mejorar la salud, los ingresos económicos, y para facilitar el uso creativo y recreativo del tiempo libre, así como enlazarse con grupos de apoyo que les confieran bienestar y seguridad.

El porcentaje de mujeres que acceden a los programas educativos es mucho mayor que el de hombres. Por ejemplo, en la Universidad de Costa Rica el 83% de las personas que asisten a las actividades promovidas son mujeres, mientras que 17% son hombres; en la Universidad Estatal a Distancia el porcentaje es similar; 85% mujeres y 15% hombres. Este dato se repite en la Asociación Gerontológica Costarricense y en otras instituciones como la Caja Costarricense del Seguro Social, y hay coincidencia en la previa preparación académica de las participantes.

De acuerdo con lo afirmado, se requiere construir alternativas educativas bajo enfoques de género que brinden

una respuesta acertada a las necesidades de cada grupo, en tanto se envejece en forma diferenciada y las condiciones y oportunidades de vida de hombres y mujeres son distintas.

La adopción de enfoques gerontológicos requiere la formulación de estrategias de enseñanza y contenidos acordes con las necesidades de esta población. Es un aspecto que demanda esfuerzos coordinados a fin de que se vinculen ambos procesos, lo cual dé lugar a propuestas educativas que cumplan con los requerimientos considerados en este enfoque.

Nos referimos a la relación facilitador o facilitadora con la población adulta mayor, al ambiente educativo, a la forma de presentar los contenidos, en consideración de los principios que favorecen el aprendizaje de este grupo etario.

Otras expresiones de la participación social: participación electoral de la población adulta mayor en Costa Rica⁴

Aquí se describe un conjunto de aspectos relacionados con la participación electoral de la población adulta mayor costarricense en el período 1982-2006 (Alfaro, 2007). El objetivo es analizar un conjunto de características del comportamiento político del grupo de electores con mayoría de edad en el padrón, un tema que, a pesar de su importancia, ha sido poco explorado en el país.

Dicha población abarca un grupo de ciudadanos y ciudadanas que han tenido la oportunidad de elegir a sus representantes políticos en varias oportunidades. A pesar de este factor, conocemos poco de aspectos como: ¿en qué forma se comportan electoralmente?; ¿participan más en las elecciones o menos que otros grupos de población?; ¿votan más las mujeres adultas mayores que los hombres?

Esta sección incluye temas como cantidad y peso de la población adulta mayor en el padrón electoral,

así como los niveles de participación política y abstencionismo en esta población. Por último, vale la pena mencionar que el comportamiento de los electores adultos mayores muestra similitudes notables con el resto de electores, lo cual resulta obvio y comprensible, puesto que los primeros están incluidos en los segundos.

Entre los principales hallazgos de este apartado se encuentran aspectos relacionados con cambios en la composición del padrón de la población adulta mayor y la identificación de patrones de comportamiento electoral. Por ejemplo, en los últimos dos procesos electorales las personas adultas mayores tienden a votar más que la población electoral más joven. Además, la disminución en la participación política es menor en las personas ciudadanas mayores de 65 años respecto de lo que sucede en los restantes grupos de población.

Los niveles de participación electoral establecidos permiten identificar tres grupos:

- quienes tienen una alta participación política
- aquellos de participación media
- personas con baja participación

Finalmente, en términos de participación electoral según género, las mujeres adultas mayores votan menos que los hombres; sin embargo, se acortan las brechas.

En el período 1982-2006 el número de personas adultas mayores en el padrón electoral aumentó de 99.907 a 246.698. En términos generales, el incremento de personas que sufragaron mayores de 65 años en el período fue de un 147%. Del total de votantes en la última elección nacional (2006), las mujeres representaron el 53% y los hombres, el 47% restante. Conforme se avance en el proceso natural de envejecimiento de la población en el que se encuentra inmerso el país, el peso de la población adulta mayor en el padrón será cada vez más relevante para efectos de decidir una elección.

Población adulta mayor y participación electoral

En el período estudiado, las y los adultos mayores que se abstienen de participar en los comicios representan, en promedio, un 11% del total de abstencionistas. En las seis elecciones celebradas entre 1982 y 2002, el porcentaje de adultos mayores que no votan, con respecto al total de abstencionistas, se situó en el rango 9,5% como valor mínimo y 11,8% como cifra máxima.

En el 2002, la última elección, de la cual se tienen datos de participación electoral por edades, de un total de 212.624 personas adultas mayores habilitadas para votar, 144.444 ejercieron su derecho al sufragio (un 67%) y 71.180 se abstuvieron de participar. De este último grupo, 31.121 eran hombres y 40.059, mujeres. De acuerdo con estos resultados, el abstencionismo en los electores y electoras de mayor edad fue ligeramente superior al registrado al considerar a todos los electores (31% versus 33%).

En términos comparativos, en las elecciones 1998 y 2002 (las dos últimas con información disponible) el porcentaje de personas adultas mayores que se abstienen de sufragar es menor que el de la ciudadanía de 18 a 29 años. Este cambio es significativo pues ocurre en un contexto político en el que disminuye notoriamente el interés ciudadano por la política y se devalúa el derecho a emitir el sufragio. Significa que, en las circunstancias actuales, para la población más joven el voto tiene una menor relevancia que para la población adulta mayor.

Si bien es cierto en términos porcentuales el abstencionismo crece en todos los grupos de edad entre las elecciones de 1994 y el 2002, dicho incremento en la población adulta mayor fue considerablemente menor que el experimentado en el resto de grupos de edad (9 puntos porcentuales). El mayor aumento se registró, precisamente, en la población votante joven con 15 puntos porcentuales.

Al desagregar los niveles de participación política por edades se identifican dos factores primordiales: Por un lado,

existe un patrón de comportamiento electoral según el cual, conforme aumenta la edad en las personas adultas mayores, disminuye progresivamente la participación política.

En segundo lugar, de acuerdo con los niveles de participación política, se identifican tres grupos. El primer grupo, considerado como de alta participación política, reúne a la población adulta mayor con edades comprendidas entre 65 y 69 años, y entre 70 y 74 años.

La principal característica de este grupo etario es que posee los niveles más bajos de abstencionismo de toda la población adulta mayor; incluso dichos niveles son inferiores que los registrados cuando se considera al total del padrón. En el segundo grupo se encuentran las personas adultas mayores cuyas edades oscilan entre 75 y 79 años y los de 80 y 84 años.

En este grupo el ausentismo en las urnas es más alto que en el resto de la población, sin embargo, dichos niveles no llegan al 50% (33% y 41% respectivamente). Este grupo puede ser considerado como de participación política media. Por último, se encuentran las personas adultas mayores con 85 o más años, cuyos niveles de abstencionismo son superiores al 50%, siendo estos los niveles más altos en este grupo etario. Por esta razón se les clasifica como de baja participación.

Para el período analizado, en promedio el 59% de las personas adultas mayores votan y el 41% se abstiene de hacerlo. Ahora bien, considerando únicamente a la población adulta mayor que se abstiene de emitir el sufragio, en promedio el 16% de los hombres mayores de 65 años se abstienen de votar, mientras que ese promedio es de un 25% en el caso de las mujeres.

Del comportamiento de los electores en las edades analizadas, se corrobora el hecho de que las mujeres adultas mayores votan menos que los hombres, contrario a lo que ha venido sucediendo recientemente para la totalidad de quienes ejercen el sufragio. No obstante, la brecha en la participación política entre géneros en la población estudiada se ha reducido.

Notas

1. Un concepto necesario en este punto es el de "gerontogogía", que hace referencia a los estilos de enseñanza-aprendizaje que se deben aplicar a la hora de compartir espacios educativos con personas mayores. La gerontogogía es una disciplina académica que explica la educación de las personas mayores y que orienta la didáctica con la que se realizan las actividades de educación en la vejez.
2. Bertucci relata experiencias sobre el impacto positivo y el efecto adverso de la pérdida de la confianza y el deterioro de las relaciones sociales entre los habitantes de las comunidades, entre ellos el trabajo de Christian Grootaert (Social Capital: The missing linck, Social Capital Initiative; Working Paper, N.º3, The World Bank, april 1999); Thomas Kingsley y otros (Community Building: coming of age, Developmento Training Institute); también resalta la exitosa experiencia de Villa El Salvador, en las afueras de Lima, Perú.
3. Para obtener la información se encuestó a miembros de 154 agrupaciones de personas adultas mayores; además, se aplicaron entrevistas personales a informantes claves responsables de ejecutar programas institucionales relacionados con dichos grupos. "Participación social de las personas adultas mayores" (Esquivel, 2007).
4. Este artículo constituye una colaboración de Ronald Alfaro Redondo, del Programa Estado de la Nación, quien ofrece información acerca de la participación ciudadana de las personas adultas mayores en el ámbito nacional.



Los siguientes estudios fueron preparados para este capítulo:

- Esquivel, Zaida (2007). Participación social de las personas adultas mayores en Costa Rica. Asociación Gerontológica Costarricense. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.
- González Roldán, Enrique. (2008). Programas dirigidos a personas adultas mayores en Costa Rica. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM..
- Méndez, Elsa y Cruz, Luis (2008). Oportunidades educativas para las personas adultas mayores en Costa Rica. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.
- Rosés, Patricia. (2007). Principales programas y proyectos dirigidos a la población adulta mayor en Costa Rica. Documento preparado para el I Informe del Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.
- Alfaro, Ronald (2007). Participación electoral de los y las adultos mayores en Costa Rica. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica.

En el taller sobre este tema participaron

- Luis Diego Cruz (AGECO), Adrián Díaz (MEP), Zaida Esquivel (AGECO), Xinia Fernández Rojas (UCR), Flora Jiménez (ITCR), Giselle García (UCR), Ilse Gutiérrez (UNE), Erick Hess Araya (MIVAH), Wei Wei Lu Chen (CONAPAM), Ericka Méndez (CCP-UCR), Elsa Méndez (AGECO), Andrea Milla (MIVAH), Cleidy Monge (Ministerio de Salud), Ana Cecilia Murillo (CONARE), Carlos Murillo (MEP), Marisol Rapso (UCR), Arodys Robles (CCP-UCR), Rodolfo Rojas (CONAPAM) y María José Víquez (UCR).

Se agradecen los comentarios de

- Marielos Alvarado, Zaida Esquivel, Mabel Granados, Erick Hess, Cleidy Monge, Fernando Morales Martínez, Alejandrina Mata, Luis Rosero y Patricia Sedó.

Se agradece la colaboración de:

- Damaris Porras Porras. Jefa Recursos Humanos. Asociación de Educadores Pensionados ADEP.
- Vilma García Camacho. Médico Asistente en el Área Geriátrica en Medicina Preventiva y Atención Integral. Caja Costarricense del Seguro Social.
- Elsa Muñoz Cascante y Minor Rueda Chavarría. Cooperativa de Pensionados de Hacienda y Poder Legislativo: COOPASPHAL.
- Fernando Soto Badilla. Presidente Junta Directiva. Asociación de Pensionados de la Contraloría General de la República ASOPECO.
- Flora Vargas, Coordinadora de la Vicaría San Miguel Arcángel.

- Franklin Sandoval Portilla. Presidente. Asociación de Pensionados del Banco Central de Costa Rica, APEBACEN.
- Imelda Guillén, Coordinadora Vicaría de Desamparados.
- Julio Marín. Cooperativa Nacional de Recreación y Servicios Múltiples de Pensionados.
- Marco Carbonero y Rafael González (Administrador y fiscal). Asociación Nacional de Pensionados de la Caja Costarricense de Seguro Social, AS-NAPE.
- Marielos Castro. Presidenta. Federación Nacional de Jubilados y Pensionados FENALJUPE
- Pbro. Oldemar Ruiz, Coordinador arquidiocesano.
- Representantes de Vicarías, Pastoral Social –VPS- de la Iglesia Católica de la Arquidiócesis de San José.
- Rosario Rodríguez, Coordinadora Vicaría San Pedro Apóstol
- Shirley Villalta, Coordinadora Vicaría Santo Cristo de Esquipulas
- Yadira Yugo, Coordinadora Vicaría Inmac. Concepción de Heredia
- Yariela Quirós, Coordinadora Técnica
- Juan Pablo Ramírez Alfaro, por asistir la investigación

La edición del capítulo estuvo a cargo de

- Enrique González, Karen Masís Fernández y Arodys Robles.



CAPÍTULO 9

Marco jurídico

En 1999 entró en vigencia en Costa Rica la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, número 7935. Esta ley viene a cumplir una función más específica como base ordenadora de la institucionalidad para la protección de los derechos de las personas adultas mayores. Se tutelan derechos para mejorar la calidad de vida, derechos laborales, derechos de residentes o usuarios de establecimientos privados y derechos a la integridad y a la imagen de la población adulta mayor. Uno de los principales aportes con la entrada en vigencia de esta norma es la clara responsabilidad que se le otorga al Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) en cuanto a la atención integral y las políticas públicas orientadas a la persona adulta mayor, con lo que se establece éste como órgano rector de desconcentración máxima.

Costa Rica suscribe, en el año 2002, el Plan de Acción sobre el Envejecimiento Madrid. Con ello se asumen compromisos tanto regionales como nacionales. En el plano nacional, se especifican las funciones determinadas para instituciones y organizaciones del Estado y privadas. El cumplimiento de esos fines se espera para el año 2012.

Por decreto número 30438-MP del mismo 2002, se establecen medidas y mecanismos de evaluación y seguimiento institucional para garantizar los derechos de las personas adultas mayores. Además, se define la obligación del CONAPAM de solicitar informes periódicos a las instituciones que se vinculan con beneficios por ley y reglamentos que asisten a las personas adultas mayores, a fin de observar y evaluar las acciones que desarrollan.

Igualmente, se establece que deben rendirse informes de las instituciones y organizaciones que contengan programas, proyectos y actividades relativas a las personas adultas mayores. Aquí se incluye el monto de recursos invertidos y el presupuesto diseñado para

el siguiente año fiscal y la necesidad de hacer una verificación cruzada a través del SINE "Sistema de Información Nacional y Evaluación" de MIDEPLAN, sobre el cumplimiento de metas con las que se compromete cada institución con este segmento poblacional. La normativa indica que el responsable de compilar los informes y hacer las verificaciones es CONAPAM.

En Costa Rica, a pesar de la existencia de una legislación y de instituciones abocadas a cumplir con los mandatos establecidos, los cuales responden al Plan de Acción suscrito por el país, se hace evidente la falta de mecanismos apropiados para promover que las personas adultas mayores conozcan los derechos que las protegen y las instituciones responsables de hacer efectivo ese cumplimiento.

Asimismo, se carece de datos que indiquen el grado de cumplimiento de las normas en materia de población adulta mayor debido a la falta de un ente fiscalizador del acatamiento de las disposiciones establecidas.

Hace poco tiempo se inició la coordinación del Sistema Nacional Técnico para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (SINATEC), a fin de lograr la consecución de la Política Nacional para la atención de las personas adultas mayores.

El documento Política Nacional para la Atención de la Persona Adulta Mayor/ Plan de Acción 2002-2006, emitido por el CONAPAM, en relación con la atención de las personas adultas mayores, indica que existe "dispersión y duplicidad en la atención, presencia de criterios contradictorios con respecto de una estrategia de atención integral que contribuya a optimizar la utilización de los limitados recursos económicos y profesionales y una ausencia de atención a las personas adultas mayores en algunos campos del desarrollo humano".

Los instrumentos legales que garantizan los derechos de la población adulta mayor

Los instrumentos normativos que rigen la materia de población adulta mayor van desde la Constitución Política y demás normas nacionales, hasta la suscripción de diversos acuerdos internacionales. La Constitución Política es el instrumento con mayor rango en la jerarquía de las normas. Plantea la protección de la persona adulta mayor desde tres planos, el primero, dado por el artículo 51, el cual define el deber del Estado de garantizar la protección especial que debe darle a la familia (cuadro 9.2).

Un segundo plano proviene del artículo 50; este establece que es deber del Estado procurar el mayor bienestar a todas las personas habitantes del país. Finalmente, un tercer plano se origina en el artículo 83 y se relaciona con la educación de adultos. Este medio es eficaz para combatir el analfabetismo y proporcionar oportunidad cultural para aquellas personas que deseen mejorar su condición intelectual, social y económica, lo cual denota que el Estado debe incluir en sus políticas, planes, programas y servicios los principios de igualdad de oportunidades y acceso a los servicios para la persona adulta mayor.

Las normas internacionales se encuentran un escalón debajo de la Constitución Política en la jerarquía de normas. En el Plan de Acción Integral de Madrid sobre el Envejecimiento del 2002, se suscribe el plan estratégico nacional para la atención de la persona adulta mayor. Este plan se divide en cinco líneas estratégicas prioritarias: ingreso, maltrato, participación social e integración intergeneracional, consolidación de derechos y salud integral. Para cada línea se designan funciones e instituciones responsables de cumplir los objetivos suscritos por los Estados firmantes del Plan de Acción.

Entre las instituciones y organizaciones responsables se tienen INA, MTSS, CONARE, MEP, IMAS, CONAPAM, DESAF, CCSS, Ministerio de Hacienda, municipalidades, organizaciones de pensionados, AGECHO, FECRUNAPA,

Defensoría de los Habitantes, Ministerio de Salud, INAMU, ONG y otras instituciones y organizaciones. Sin embargo, no se establece en el documento del Plan de Acción un ente fiscalizador del acatamiento a las disposiciones ahí señaladas. Además de la declaración de Madrid el país ha suscrito un conjunto de instrumentos promovidos internacionalmente (anexo 1).

Ley Integral para la Persona Adulta Mayor N.º 7935

El tercer lugar en la jerarquía normativa lo ocupan las leyes vigentes. En materia de población adulta mayor, la Ley N.º 7935¹ Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (1999) funciona como la base para la regulación de esta materia. Esta ley concede al Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor la responsabilidad sobre la atención integral y las políticas públicas orientadas a las personas adultas mayores. A continuación se citan los principales derechos que contiene la ley:

Derechos para mejorar la calidad de vida:

- **Derechos de cobertura de necesidades**

La norma establece como derechos de que gozan las personas adultas mayores los siguientes: acceso a la educación en cualesquiera de sus niveles y a la preparación adecuada para la jubilación, a vivienda digna apta para sus necesidades y que les garantice habitar en entornos seguros y adaptables, acceso al crédito que otorgan las entidades financieras públicas y privadas, atención hospitalaria inmediata, de emergencia, preventiva, clínica y de rehabilitación, pensión concedida oportunamente que les ayude a satisfacer sus necesidades fundamentales, hayan contribuido o no a un régimen de pensiones.

- **Derechos y beneficios en vivienda**

La Ley contiene el marco dispositivo para la atención del problema

de vivienda a la población adulta mayor. Asimismo, mediante la Ley N.º 7950, se modificaron diversas disposiciones de la Ley del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda tendientes a otorgar bono familiar de vivienda a personas adultas mayores solas con lo que se atiende la definición de persona adulta mayor que se señala en el artículo 2º del Reglamento N.º 39-2000 BANHVI: *"...persona de sesenta y cinco años de edad o más (...) que no cuente con familiares con los cuales constituir un núcleo familiar, o que teniéndolos, ninguno de ellos conviva con la persona adulta mayor, y cuyo modus vivendi esté basado en la manutención propia y la autoasistencia."* Como procedimiento flexible, el BANHVI y el IMAS pueden establecer, en forma conjunta, mediante convenios de cooperación, los instrumentos para poner en práctica las medidas destinadas al cumplimiento de dotar de vivienda a la persona adulta mayor sola. Para tal efecto, las normas autorizan a la Administración del BANHVI para firmar los convenios que consideren mecanismos expeditos para la emisión y remisión de las certificaciones con el propósito de acreditar la condición de persona adulta mayor.

- **Derechos y beneficios en salud**

El Ministerio de Salud, por prescripción del artículo 18 de la Ley N.º 7935² tiene como obligaciones: garantizar que existan en el país programas de salud dirigidos a la población mayor de sesenta y cinco años, dirigir y promover las acciones de educación y promoción tendientes a fomentar entre las personas adultas mayores los buenos hábitos de mantenimiento de salud, los estilos de vida saludables y el autocuidado, desarrollar programas de capacitación relativos al proceso de envejecimiento, otorgar la acreditación para que funcionen los establecimientos y los programas de atención a las personas adultas mayores, y garantizar el presupuesto necesario para cubrir los servicios referidos.

En la Ley N.º 8153 se introdujo el tema de la habilitación y acreditación de

establecimientos públicos, privados y mixtos que pretendan brindar servicios de atención a las personas adultas mayores. Esa ley determinó que esos establecimientos deberán habilitarse ante el Ministerio de Salud y estar en proceso de acreditación conforme a la Ley General de Salud y sus reformas, como requisito previo para que el Consejo pueda cumplir sus funciones y autorizar el financiamiento parcial o total con recursos económicos del Estado, así como para que el IMAS pueda otorgarles el carácter de bienestar social a tales programas.

El Estado aprobó la Ley N.º 8239 que tiene por objeto tutelar los derechos y las obligaciones de las personas usuarias de todos los servicios de salud, públicos y privados, establecidos en el territorio nacional. Se establecen contralorías de servicios de salud en cada centro de salud, hospital, público o privado, y cada clínica, pública o privada, los cuales deberán contar con los recursos necesarios para el cumplimiento adecuado de sus funciones (art. 10). La idea es la resolución de denuncias y reclamos en dichos centros. El Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de ser vigilante para que esta legislación se cumpla.

- **Derechos y beneficios en el transporte**

Otra modalidad de beneficio establecido por ley son los tiquetes de autobús que indica la Ley de transporte remunerado de personas y sus reformas. La Ley N.º 7936, que afecta el transporte público, exonera parcial o totalmente el pasaje a las personas adultas mayores; mientras que el artículo 13 de la Ley N.º 7935 les proporciona asientos preferenciales. Se indica, asimismo en dicha ley, facilidades en viajes marítimos y aéreos nacionales. Estos beneficios en el transporte han sido objeto de críticas abundantes no solo de los usuarios en cuanto al pasaje y la capacitación del transportista, puesto que la responsabilidad no se le dio al MOPT, sino a la CCSS, mediante el Decreto Ejecutivo N.º 30107, del 24 de enero del año 2002³.

En lo relativo al transporte marítimo y aéreo internacional, así como al precio del hospedaje en hoteles u otros centros turísticos, a diferencia de los convenios del Programa Ciudadano de Oro, no existe convenio entre CONAPAM, ICT y las Cámaras o comerciantes privados del sector turismo. Los beneficios se conceden aisladamente, *motu proprio*, por parte del empresario y no en forma articulada que abarque todo el sector.

- **Derechos y beneficios en la infraestructura**

En términos de infraestructura, el INVU carece de disposiciones que beneficien a la persona adulta mayor, salvo el tema de bono de la vivienda que se aplica también para el BANHVI y demás entes autorizados. En lo que respecta a la Ley de Planificación Urbana N.º 4240, no establece norma alguna ni obligación al gobierno central o local (planes reguladores) para que creen infraestructura urbanística adecuada que beneficie a las personas adultas mayores. Tampoco se indica algún detalle en la Ley N.º 7933 "Ley Reguladora de la Propiedad en Condominio". La misma dinámica se muestra en la Ley de Construcciones N.º 833. La única categoría de beneficio que se asocia al trato privilegiado en la administración y en establecimientos privados se aprecia cuando se reservan espacios de estacionamiento, saltar la fila, ventanillas especiales y procedimientos expeditos de atención en instituciones públicas y en organizaciones privadas.

- **Derecho al buen trato**

El marco general sobre disposiciones de la CCSS, con respecto al trato preferencial a las personas adultas mayores, lo da la Ley N.º 7935, y se ilustra en el cuadro 9.1

El avance y la sensibilización que ha alcanzado el país en cuanto al trato para personas con discapacidad y atención a personas adultas mayores es considerable y progresivo. Como primer ejemplo de este avance se muestra el Instituto Costarricense de

Electricidad ICE, que reglamentó la Política Institucional en estas materias⁴, consciente de que debe efectuar los ajustes necesarios para el mejoramiento continuo en la prestación de sus servicios, de manera que las personas adultas mayores tengan acceso a estos y se implemente la igualdad y equiparación de oportunidades como verdadero fundamento del desarrollo de la cultura nacional.

Otro ejemplo de avance lo ofrece el Poder Judicial en la circular 182-05, "Obligación de brindar un trato preferencial a las personas con discapacidad, personas adultas mayores, menores de edad, indígenas, víctimas y personas con una situación especial". Se les hizo saber a los despachos judiciales la obligación en que se encuentran de brindar un trato preferencial, asegurar un acceso equitativo a los servicios y el ejercicio de sus derechos a los usuarios con discapacidad, a las personas adultas mayores, menores de edad, indígenas, víctimas y personas en una situación especial.

- **Derecho de participación de la persona adulta mayor**

La Ley 7935 reafirma la participación y la asociación establecidas en el artículo 25 de la Constitución Política. Según información enviada por CONAPAM a la CEPAL⁵, dentro de los mecanismos para incorporar a las personas adultas mayores en el proceso de toma de decisiones se encuentran: a) encuestas de opinión realizadas por el CONAPAM o por sus asesores en las cuales surgen inquietudes por parte de quienes participan y b) participación del Consejo de Notables, formado por personas que han colaborado sistemáticamente y en forma activa, y cuentan con amplia experiencia en los temas de envejecimiento y vejez.

Existen, además, en la misma ley, otros derechos tales como participación en actividades recreativas, culturales y deportivas, participación en el proceso productivo del país, de acuerdo con sus posibilidades, capacidades, condición, vocación y deseos,

**Cuadro 9.1: Derechos en el trato, integridad y su diferenciación.
Normativas relacionadas**

| Cuerpo Normativo | Derecho tipificado de aplicación general | Derecho tipificado de aplicación en los establecimientos privados que dan atención a las poblaciones adultas mayores |
|------------------|---|---|
| Ley 7935 | Protección jurídica y psicosocial a las personas adultas mayores afectadas por la violencia física, sexual, psicológica y patrimonial (calidad de vida). | Relacionarse afectivamente con sus familiares u otras personas con las que desee compartir; asimismo, recibir sus visitas dentro de los horarios adecuados. |
| Ley 7935 | Trato preferencial cuando efectúe gestiones administrativas en las entidades públicas y privadas (calidad de vida). | Recibir información previa de todos los servicios que presta dicho establecimiento y del costo de estos. |
| Ley 7935 | Ser seleccionado para ocupar cualquier puesto, siempre que sus calidades y capacidades lo califiquen para desempeñarlo. No podrá ser discriminado por razón de su edad (laboral). | Ser informada respecto de su condición de salud y la participación del tratamiento que requiere. |
| Ley 7935 | Disfrutar de los mismos derechos que los otros trabajadores. No serán explotadas física, mental ni económicamente (laboral). | Oponerse a recibir tratamiento médico experimental y con exceso de medicamentos (polifarmacia). |
| Ley 7935 | Derecho a la integridad. Las personas adultas mayores tendrán derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral. Este derecho comprende la protección de su imagen, autonomía, pensamiento, dignidad y valores. | No ser trasladada ni removida del establecimiento sin haberlo consentido, excepto si se le informa, por escrito y con un mínimo de treinta días de anticipación, de que se le va a dar de alta o de la existencia de otras razones para el traslado o la remoción. En ambos casos, las razones del traslado deben quedar fundamentadas en el expediente que, obligatoriamente, deben tener de cada residente o usuario. |
| Ley 7935 | Derecho a la imagen. Prohíbese publicar, reproducir, exponer, vender o utilizar, en cualquier forma, imágenes o fotografías de personas adultas mayores para ilustrar informaciones referentes a acciones u omisiones que se les atribuyan, sean de carácter delictivo, contravenciones o que riñan con la moral o las buenas costumbres. | No ser aislada, excepto por causas terapéuticas, para evitar que se dañe a sí misma o perjudique a otras personas. Si se requiriere el aislamiento, deberá ser respaldado por una orden extendida por un equipo profesional competente. La condición de aislamiento deberá revisarse periódicamente. Dicha revisión se hará constar en los expedientes clínicos. |
| Ley 7935 | | Administrar sus propias finanzas o elegir a una persona para que se las administre y recibir informes trimestrales del responsable de manejarlas. Cuando resida en forma permanente en un hogar o albergue, deberá contribuir con el costo de su estancia hasta con un máximo del noventa por ciento (90%) de su ingreso por concepto de pensión mensual. |
| Ley 7935 | | Gozar de privacidad durante las visitas de su cónyuge o compañero. Cuando ambos cónyuges o compañeros sean residentes, deberá suministrárseles un dormitorio común, siempre que las condiciones del establecimiento lo permitan. |
| Ley 7935 | | Circular libremente, tanto dentro del establecimiento como fuera de él, siempre que las condiciones físicas y mentales lo propicien. |

Fuente: Arias, 2008.

derecho de unión con otros miembros de su grupo etario, en la búsqueda de soluciones para sus problemas.

En la medida de lo posible, las personas adultas mayores deben permanecer integradas a su núcleo familiar y su comunidad, participando activamente en la formulación y ejecución de las políticas que afecten directamente su bienestar. También deben tener la oportunidad de prestar servicios a la comunidad, en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.

El mismo órgano rector de la política de persona adulta mayor reconoce que hay aproximadamente ocho asociaciones culturales y cuatro asociaciones o sociedades deportivas en las cuales las personas adultas mayores cuentan con espacios. En cuanto a obligaciones de los partidos políticos para insertar en sus estatutos discriminaciones positivas o afirmativas, no se reconoce ninguna, como sí sucede con la mujer o el joven. Igualmente, no se ha reconocido todavía el papel de las personas adultas mayores en organizaciones religiosas. Tampoco las asociaciones de vecinos o aquellas creadas mediante DINADECO afirman positivamente la posición y participación de este grupo. Este tema se desarrolla con mayor precisión en la sección de este informe, que se denomina "Oportunidades de participación".

Derechos laborales

La ley 7935 establece los deberes del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para fomentar el ingreso de las personas adultas mayores al mercado laboral, entre ellos, propiciar la organización de este sector en grupos productivos de diferente orden, fomentar el desarrollo de programas de capacitación dirigidos a la adquisición de conocimiento y destrezas para la formulación y ejecución de proyectos, asesorar en lo referente a las fuentes de financiamiento, organizar una bolsa de trabajo e impulsar programas de preparación para la jubilación en los centros de trabajo públicos y privados.

Para dirigir al Ministerio de Trabajo en el cumplimiento de las obligaciones antedichas se ha propuesto el Proyecto de Ley para incentivar el empleo del Adulto Mayor N.º 16833, que si bien estimula el empleo de este grupo etario, básicamente contiene incentivos de tipo fiscal, para los patronos, y las patronas (y para los mismos titulares de derechos).

No existe información en cuanto a si el INA posee programas especiales entendidos como talleres dirigidos a este grupo, pero son conscientes de que un porcentaje de los alumnos de los talleres pertenecen a este sector. Por tal motivo, se creó una Comisión que se ocupa de generar las condiciones que favorezcan la estadía y atención de estas personas de paso por la Institución.

El trabajo de la Comisión y las políticas del INA se orientan a la capacitación del personal para lograr sensibilizarlo con este sector. Esta labor de capacitación la han trabajado conjuntamente con el CONAPAM. Han capacitado, aproximadamente, 150 personas que incluyen trabajadores sociales, personal administrativo y docentes de los diversos talleres, para lo cual han elaborado un informe denominado Informe Anual 2007, en el que se explican las políticas y las acciones desarrolladas por la comisión dirigidas a la población adulto mayor⁶. El CONAPAM ha elaborado un inventario de todas las instituciones y organizaciones que cuentan con algún tipo de políticas o programas para las personas adultas mayores.

Derechos de residentes o usuarios en establecimientos privados

Establece la ley 7935 que son derechos de residentes o usuarios en establecimientos privados: relacionarse afectivamente con sus familiares u otras personas con las que desee compartir; asimismo, recibir visitas e información sobre los servicios y costos del establecimiento, ser informadas sobre su estado de salud, no ser trasladadas sin su consentimiento, tener privacidad con el cónyuge o

compañero(a), circular libremente, tanto dentro como fuera del establecimiento, salvo por razones médicas, y administrar su propio dinero. No ha sido posible obtener información acerca del cumplimiento de estos derechos para las personas adultas mayores que residan en establecimientos privados.

Derechos a la integridad y a la imagen

El decreto ejecutivo 28867-MP informa y obliga a las instituciones públicas e instituciones descentralizadas a que coordinen con el CONAPAM las campañas de comunicación dirigidas a las personas adultas mayores o la población en general que se refieren al proceso de envejecimiento, a la preparación para una vejez sana, a los derechos de las personas adultas mayores o a todas aquellas áreas directamente vinculadas con estas últimas, a efecto de que no sean contrarias a lo establecido en la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (véase La Gaceta 170 de 5 de septiembre de 2000).

En lo referente al derecho a la integridad física y psicológica e imagen, el artículo 7 del Decreto 30438-MP dispone tres garantías de la persona adulta mayor, a saber:

- a. Todas las instituciones públicas y privadas deben prestar especial atención para que sensibilicen a sus funcionarios y funcionarias en cuanto a las medidas que deben tomar para proveer los derechos de la persona adulta mayor.
- b. Todas las instituciones deben realizar acciones que permitan el fortalecimiento de la autonomía, dignidad y valores de las personas adultas mayores.
- c. Toda publicación e información que se realice en los medios de comunicación deberá respetar la imagen e integridad de la persona adulta mayor.

Se han hecho reformas a la Ley 7935 con el interés de mejorar la calidad

de las oportunidades para este grupo etario (anexo 2).

Decretos y reglamentos

En la jerarquía normativa, por debajo de las leyes se encuentran los decretos y reglamentos. Los decretos vigentes N.º 32062-MP-S (2004), N.º 33131-MP (2006) y N.º 33158-MP (2006), tienen como finalidad la realización de actividades que busquen contrarrestar el flagelo contra las personas adultas, mediante la promoción de encuentros entre generaciones que estimulen el respeto y consideración por este grupo etario. Las actividades referidas en tales decretos son la declaratoria del premio Dr. Diego Fernando Trejos Corrales Por el Mejoramiento de la Calidad de Vida de la Población Adulta Mayor, la declaración del 1º de octubre de cada año, como "Día de la Persona Adulta Mayor" y del 15 de junio de cada año como "Día Nacional contra el Abuso, Maltrato, Marginación y Negligencia contra la Persona Adulta Mayor".

El decreto 30438-MP (2002) establece medidas y mecanismos de evaluación y seguimiento institucional para garantizar los derechos de las personas adultas mayores. Define la obligación del CONAPAM de solicitar informes periódicos a las instituciones que se vinculan con beneficios que por ley y reglamentos les asisten a las personas adultas mayores, a fin de observar y evaluar las acciones que desarrollan; es decir, si el beneficio es real y llega a la población. El Sistema de Información, Seguimiento y Evaluación trata de indicadores sobre los cuales las instituciones responsables brindan información periódica de sus programas, para seguimiento y medición del grado de cumplimiento. Se está apenas coordinando el Sistema Nacional Técnico para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (SINA-TEC). El CONAPAM, desde el último trimestre del año 2007, inició el proceso para contratar una empresa

que desarrolle el Sistema de Información, Seguimiento y Evaluación.

Se determina también que deben rendirse informes de las instituciones y organizaciones que contengan programas, proyectos y actividades relativas a las personas adultas mayores, incluido el monto de recursos invertidos y el presupuesto diseñado para el siguiente año fiscal. La normativa indica que el responsable de compilar los informes y hacer las verificaciones es CONAPAM. El CONAPAM siempre ha solicitado la información en cumplimiento de lo que establece la ley, sin embargo ha tenido grandes inconvenientes en recibir información de calidad por parte de las Instituciones Públicas y Privadas. Por ello, para solicitar la información correspondiente al 2007 y años subsiguientes, se elaboraron instrumentos con el fin de recopilarla adecuadamente. Para darle mayor validez, se gestionó ante la Presidencia de la República divulgarlos en el Diario Oficial La Gaceta N.º 72, mediante la Directriz N.º 025-MP, la cual se publicó el 15 de abril del 2008.

Se establece, finalmente, la verificación cruzada a través del SINE "Sistema de Información Nacional y Evaluación" de MIDEPLAN, el cumplimiento de metas con las que se compromete cada institución, en relación con este segmento poblacional⁷.

En cuanto a los mecanismos para garantizar el cumplimiento de los derechos laborales, señala el decreto que las direcciones y oficinas del MTSS deben garantizar la equiparación de oportunidades y no discriminación para el acceso al trabajo de las personas adultas mayores. También, que el MTSS debe hacer divulgación y difusión de los derechos de las personas adultas mayores en el campo laboral. Además, es deber de la Dirección de Asuntos Laborales del MTSS prestar servicios accesibles y efectivos para atender consultas y reclamos de personas adultas mayores. El MTSS y CONAPAM deben mantener

reuniones periódicas para la promoción, sensibilización y concienciación al sector empresarial en aplicación de los criterios de la Ley y reglamentos relativos a las personas adultas mayores. Finalmente, el MTSS debe preparar programas para la jubilación de los trabajadores del sector público y privado y coordinar con las instituciones necesarias.

Actualmente se encuentran dos proyectos de ley en la Asamblea Legislativa en espera de su aprobación y posterior entrada en vigencia (anexo 3).

El CONAPAM como órgano rector

La legislación costarricense, mediante Ley N.º 7935⁸ concede al CONAPAM la responsabilidad sobre la atención integral y las políticas públicas orientadas a la persona adulta mayor, y se establece como órgano rector de desconcentración máxima, adscrito al Ministerio de la Presidencia; es dirigido por una Junta Rectora, con personalidad jurídica instrumental e integrado por representantes del Presidente de la República, de los Ministerios de Salud, Educación y Trabajo. También participan en éste representantes de instituciones autónomas del Estado como el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Asimismo, integra a la Junta de Protección Social de San José (JPSSJ), el Consejo Nacional de Rectores (CONARE), la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO), Asociaciones de Pensionados y la Federación Cruzada Nacional de Protección al Anciano.

Esta Junta Rectora, para cumplir con sus fines y funciones señalados fundamentalmente en los artículos 34 y 35 de la citada Ley, debe emitir lineamientos y velar para que en todos los programas públicos y privados se orienten esfuerzos y recursos a las personas adultas mayores, así como impulsar y verificar los mecanismos y logros en términos de la calidad de vida de la persona adulta mayor. También le corresponde

Cuadro 9.2: Normativa general en materia de persona adulta mayor

| Tipo de instrumento normativo | Número y descripción |
|---|---|
| Leyes: | <ul style="list-style-type: none"> • Ley N.º 8500 Reforma de los artículos 8, 11 y 35 de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, 7935, y derogación de su artículo 10. • Ley N.º 8153. Reforma al art. 54 y derogación del transitorio único de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. • Ley N.º 7935. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (1999). |
| Decretos: | <ul style="list-style-type: none"> • Decreto N.º 33158-MP (2006). 15 de junio: "Día Nacional contra el abuso, maltrato, marginación y negligencia contra las personas adultas mayores". 15 de junio de 2006 y 2007 se realizó una "Caminata por una vida sin maltrato". • Decreto N.º 33131-MP (2006), se crea el Premio "Dr. Diego Fernando Trejos Corrales. Por el Mejoramiento de la Calidad de Vida de la Población Adulta Mayor". • Decreto N.º 32062-MP-S (2004). Declárese El 1º de octubre de cada año, como "Día de la Persona Adulta Mayor". • Decreto N.º 30438-MP (2002). Reglamento de la Ley N.º 7935. |
| Informes, Circulares y Resoluciones de la Contraloría General de la República: | <ul style="list-style-type: none"> • Directrices sobre los requisitos mínimos que deben presentar los sujetos privados para obtener la calificación de idoneidad para administrar fondos públicos. • Informes N.º DAU-FOD-005-2004 y N.º DAU-FOD-010-2004 referentes al programa "Atención a personas adultas mayores institucionalizadas". • Informe N.º DFOE-SO-47-2005 "Informe sobre los resultados del estudio del presupuesto ordinario del fondo de desarrollo social y asignaciones familiares para el año 2006". |
| Resoluciones de la Sala Constitucional: | <ul style="list-style-type: none"> • Resolución 2003-02032 Obligación que tienen las instituciones de bienestar social para el suministro de información. |
| Convenios suscritos por CONAPAM: | <ul style="list-style-type: none"> • Convenio de Cooperación CONAPAM-Universidad de Costa Rica: a) Estado de la Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, b) Estado actual de la investigación, la acción social y la docencia en salud, nutrición y bienestar de las personas adultas mayores. • Convenio de Cooperación y aporte financiero entre el CONAPAM y FODESAF. • Convenio CONAPAM y Junta de Pensiones (JUPEMA), Carta de Intenciones. • Convenio entre el CONAPAM y MEP. |
| Manuales: | <ul style="list-style-type: none"> • Manual de Normas para la Acreditación de Establecimientos de Atención Integral a la Persona Adulta Mayor (Centro Diurno- Hogar). |
| Manuales Internos de CONAPAM: | <ul style="list-style-type: none"> • Manual de Servicio de Voluntariado del CONAPAM • Manual de Aprobación de Proyectos presentados por las Entidades Públicas o Privadas que desarrollan programas dirigidos a la población adulta mayor. • Manual para el trámite y aprobación de proyectos presentados por las organizaciones de bienestar social. • Manual de arreglo de pagos del CONAPAM • Manual para distribución de recursos económicos a las Organizaciones de Bienestar Social. • Manual de procedimientos para la Revisión de Liquidaciones. Departamento de Evaluación y Seguimiento, Sección de Revisión y Control. Guía de Evaluación a Instituciones de Bienestar Social. • Manual de becas. |

Fuente: Arias, 2008.

hacer convenios y alianzas estratégicas con los sectores que inciden en ese grupo etario de la sociedad.

En cuanto a si existe en CONAPAM una articulación de instituciones públicas y privadas en materia de persona adulta mayor, en el año 2002, la Contraloría General de la República indicó: "No obstante, el mismo CONAPAM ha identificado una falta de coordinación entre las diferentes instituciones públicas y privadas, que trabajan o tienen relación con la población adulta mayor, lo cual ha generado problemas como dispersión y duplicidad en la atención, presencia de criterios contradictorios con respecto a la atención de las personas adultas mayores, ausencia de una estrategia de atención integral que contribuya a optimizar la utilización de los limitados recursos económicos y profesionales y una ausencia de atención a las personas adultas mayores en algunos campos del desarrollo humano, tal como se señala en el documento "Política Nacional para la Atención de la Persona Adulta Mayor/ Plan de Acción 2002-2006" emitido por ese Consejo."

Los programas dirigidos a personas mayores se financian con recursos propios de las instituciones del Estado, de fuentes tributarias o de fondos privados de las organizaciones de bienestar social que se rigen por el derecho privado. Cuando se trata de fondos públicos, estos recursos provienen del presupuesto del ente u órgano respectivo o de fuentes tributarias especiales, que se logran a través de la recaudación.

En unos casos se pagan directamente a la institución autónoma y, en otros, su giro o transferencia por principio de caja única corresponde al Ministerio de Hacienda. La normativa relacionada con la financiación de los programas dirigidos a las personas adultas mayores se puede ver en el anexo 4.

Convenios suscritos por CONAPAM

Por Ley N.º 7972. Se trata del convenio de transferencia de recursos a

las asociaciones, para la atención de personas adultas mayores en condición de agresión, abuso, maltrato, en riesgo o abandono social, estado de necesidad o indigencia, y que presenten diferentes grados de dependencia, que por estas razones ameriten ser ubicados o reubicados en una organización de bienestar social legalmente constituida, al servicio de las personas adultas mayores.

Es responsabilidad de los funcionarios de la organización prestataria del servicio acompañar y trasladar a los beneficiarios a sus citas en los centros de salud respectivos, y velar por el debido seguimiento médico y la toma de medicamentos de aquellos casos con padecimientos crónicos.

Los destinatarios de fondos se comprometen a aceptar estudios de CONAPAM y de la Contraloría General de la República, relativos a calidad en la atención que se presta a las personas adultas mayores. En caso de no cumplir los estándares, se les puede rescindir el Convenio inmediatamente.

Por Ley N.º 5662. El objeto de este convenio es la transferencia de recursos recaudados en virtud de la Ley N.º 5662 (FODESAF), para la operación y el mantenimiento con miras a mejorar la calidad de los hogares y albergues que atienden a las personas adultas mayores.

Se exige que los hogares y albergues para personas adultas mayores lleven un expediente administrativo y uno clínico actualizados de las personas beneficiarias de sus programas. La desviación del beneficio otorgado hacia fines diversos del asignado, aunque estos sean también de interés público, faculta la suspensión de la transferencia aprobada según la gravedad de la violación cometida.

Por Ley N.º 7972. Es un programa que acompaña y apoya a las personas adultas mayores en sus casas y en sus comunidades. El objeto de este convenio consiste en autorizar la transferencia de los fondos

públicos recaudados en virtud de la Ley N.º 7972, para financiar programas de atención, rehabilitación o tratamiento de personas adultas mayores que se encuentren en estado de necesidad o indigencia, agresión, abuso, maltrato, en riesgo o abandono social y que presenten diferentes grados de dependencia. El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor ha suscrito convenios con las organizaciones de bienestar social, para atender a las personas en las comunidades de Guatuso, Ciudad Neilly, Garabito y Abangares.

Los recursos se invierten en la compra de alimentos, artículos de aseo e higiene personal, equipo ortopédico, medicamentos que no proporcione la Caja Costarricense de Seguro Social, mobiliario y equipo requeridos por este grupo etario, reparaciones destinadas al mejoramiento del hábitat de aquellas personas adultas mayores que lo

demanden, menaje de cocina, colchones, textiles y vestuario, pago de servicios públicos (agua y luz), combustible para el vehículo de la organización destinataria, para el traslado de quienes se beneficien del programa a citas médicas y servicios profesionales, que no sean los funcionarios o funcionarias de la organización destinataria y que presten atención directa e individual al beneficiario. Asimismo, la organización beneficiaria está autorizada para dar en préstamo bienes a las personas adultas mayores beneficiarias.

La disponibilidad presupuestaria depende de los fondos con que cuente el CONAPAM, así como al cumplimiento de la programación del giro de recursos establecido por el Ministerio de Hacienda. En el anexo 5 se señalan los deberes asignados a las instituciones del Estado conforme lo establece la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor.

Notas

1. Publicada en el Alcance N.º 88 a La Gaceta N.º 221, del 15 de noviembre de 1999.
2. El Proyecto de Ley Expediente N.º 15435 pretende adicionar un nuevo inciso al artículo 18 de la Ley N.º 7935, de modo que, el Ministerio de Salud quede obligado a "Designar personal médico de su propia planilla, entendiéndose como tal: médicos, enfermeras y auxiliares en todos los hogares de ancianos y cualesquiera otras instituciones similares de carácter público, para atender la salud preventiva y de emergencia de las y los residentes de dichos lugares, esto durante todos los días de la semana y a lo largo de todo el día, de acuerdo con las recomendaciones del Departamento de Salud de la Institución".
3. El artículo 7 de este Decreto determina "Para efectos de la aplicación de las excepciones de pago establecidas anteriormente, las autoridades competentes coordinarán con la Caja Costarricense de Seguro Social la emisión y entrega de tiquetes especiales según el tipo de exoneración disfrutado, mismos que serán emitidos y distribuidos en sus Sucursales y Oficinas Centrales a los adultos mayores de 65 años, sin perjuicio de cualquier otro sistema de emisión y entrega que estime pertinente a la Administración competente.

Los tiquetes referidos podrán ser utilizados única y exclusivamente por los adultos mayores de 65 años y, para el despliegue de sus efectos, deberán presentar al chofer de la unidad respectiva la cédula de identidad correspondiente. Los operadores de transporte colectivo remunerado de personas, así como los chóferes de las unidades, deberán aceptar los tiquetes referidos, los cuales deberán ser entregados mensualmente a la Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos..."

4. Véase Reglamento publicado en La Gaceta N.º 250 de 29 de diciembre de 2006.
5. CONAPAM, Cuestionario para el Diagnóstico Regional sobre Personas mayores, dependencia y servicios sociales, versión final, enviado a la CEPAL, julio 2007.
6. Entrevista telefónica a Ileana Matamoros, funcionaria del INA, integrante de la Comisión Adulto Mayor. Fecha 25-03-2008.
7. Recuperado de <http://www.mideplan.go.cr/content/view/92/377/>
8. Publicada en el Alcance N.º 88 a La Gaceta N.º 221, del 15 de noviembre de 1999.
9. El artículo 99 del Código establece una serie de medidas de apoyo, tales como a) Orientación, apoyo y seguimiento temporal a las personas adultas mayores y a su familia; b) Inclusión en programas oficiales o comunitarios de auxilio a la familia, y a las personas adultas mayores; c) Orden de tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico en régimen de internación en hospital o tratamiento ambulatorio; d) Inclusión en programas oficiales o comunitarios de auxilio, que impliquen atención, rehabilitación y tratamiento a alcohólicos y toxicómanos; e) Cuido provisional en una familia sustituta; y f) Cuido temporal en alguna institución pública o privada.
10. A partir del Exp. Leg. N.º 16833 por iniciativa del diputado Gutiérrez Gómez se pretende reformar el artículo 15 de la Ley de desarrollo social y asignaciones familiares, N.º 5662, de 23 de diciembre de 1974; el penúltimo párrafo del artículo 15 de la Ley N.º 6868, Ley orgánica del Instituto Nacional de Aprendizaje; el inciso b) del artículo 4 de la Ley N.º 17, Ley constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social; el artículo 79 de la Ley N.º 7794, de 30 de abril de 1998, Código Municipal; la adición de un nuevo inciso, según la numeración que corresponda al artículo 24 de la Ley N.º 7092, de 21 de abril de 1988, Ley del impuesto sobre la renta y la adición de un inciso m) al artículo 4 de la Ley N.º 7509, de 9 de mayo de 1995, Ley de impuesto sobre bienes inmuebles.

Anexos

Anexo 1: Normativa internacional en materia de persona adulta mayor suscrita por el país

- **Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).** Reconoce derechos fundamentales como igualdad, prohibición de discriminar por cualquier condición, seguridad social y condiciones de vida adecuadas, para el pleno disfrute de la dignidad humana. Acepta principios de progreso social que eleven la calidad de vida en libertad y no discriminación.
- **Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (1948).** Establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social que le proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, la imposibilite física y mentalmente para obtener los medios de subsistencia.
- **Pacto Internacional de derechos económicos sociales y culturales (Ley N.º 4229 de 11 de diciembre de 1966).** Los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social.
- **Convención Americana sobre Derechos Humanos (Ley N.º 4534 de 23 de febrero de 1970).** Se refiere a la prohibición de imposición de penas de muerte a personas mayores de setenta años de edad.
- **Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (1982).** En este plan se toma como punto de partida que la calidad de la vida no es menos importante que la longevidad y que, por consiguiente, las personas adultas mayores deben, en la medida de lo posible, disfrutar en el seno de sus propias familias y comunidades de una vida plena, saludable, segura y satisfactoria y ser estimadas como parte integrante de la sociedad. El propósito de la Asamblea Mundial era que sirviera de foro "para iniciar un programa internacional de acción encaminado a garantizar la seguridad económica y social de las personas de edad, así como oportunidades para que esas personas contribuyeran al desarrollo de sus países". En Costa Rica, la CCSS, AGECO y la UCR inician sus acciones a partir de la toma en consideración de este plan a efecto de preparar a las personas tanto para la jubilación como para los formuladores de políticas, universidades, las escuelas y los centros de trabajo industrial, los medios de información y la sociedad en general.
- **Resolución 45/106 de 14 de diciembre de 1990 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.** Designó el 1º de octubre Día Internacional de las Personas de Edad, y solicitó contribuciones destinadas al Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para el Envejecimiento, el cual apoya proyectos en beneficio de las personas adultas mayores en países en desarrollo.
- **Resolución 46/91 de la Asamblea General de 1991 sobre Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad.** Esta resolución alienta a los gobiernos para que en sus planes y programas dirigidos a personas adultas mayores se garantice y se promueva el logro de cinco principios relacionados con el reconocimiento de los derechos consagrados en los instrumentos internacionales: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.
- **Resolución 47/5, de 16 de octubre de 1992, de la Asamblea General de la ONU.** Se decidió proclamar el año 1999 Año Internacional de las Personas de Edad".

- **Resolución 50/141 de 21 de diciembre de 1995 de la Asamblea General de la ONU.** Se cambió el nombre de la celebración en inglés de *International Day for the Elderly* a *International Day of Older Persons*, de conformidad con los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (resolución 46/91).
- **Resolución 50/41 de 21 de diciembre de 1995, de la Asamblea General de la ONU.** La Asamblea invitó a los Estados Miembros a que adaptaran a las condiciones nacionales el marco conceptual de un programa para los preparativos del año, elaborado por el Secretario General, ya que consideraran la posibilidad de formular programas nacionales para el año. Se invitó a las organizaciones y órganos de las Naciones Unidas a que determinaran en qué aspectos se podía ampliar el marco conceptual. El tema del año fue "Hacia una sociedad para todas las edades".
- **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador, 1999, Ley N.º 7907 de 3 de septiembre de 1999).** Hace referencia a la protección especial a que tienen derecho las personas adultas mayores, y al compromiso de los Estados Partes de llevar a cabo medidas necesarias a fin de llevar el derecho a la práctica.
- **Resolución N.º 162 de la Organización Internacional del Trabajo, recomendación relativa a la seguridad social (2001).** Llama a considerar en forma especial las repercusiones del envejecimiento de la población sobre los sistemas de seguridad social; *tanto* en los de capitalización como en los de reparto. Particularmente establece que los gobiernos deben tomar o fomentar medidas para que la transición de la vida activa a la jubilación sea fácil y gradual, y hacer más flexible la edad de derecho a jubilarse. Estas medidas deben incluir cursos de preparación para la jubilación.
- **Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento Madrid (2002).** En esta Asamblea se adoptaron dos documentos oficiales: *la Declaración Política* y *el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. En el primer documento se establecen los compromisos de los gobiernos para responder a los desafíos que plantea el envejecimiento a las formas de organización social, económica y cultural, mientras que el segundo constituye un instrumento programático en que se proponen más de un centenar de recomendaciones en tres áreas prioritarias: i) las personas de edad y el desarrollo; ii) el fomento de la salud y el bienestar de la vejez, y iii) la creación de un entorno propicio y favorable. En nuestro país se le ha dado importancia a la relación planteada en el artículo 28 incisos h) y k), el primero relativo a un nuevo enfoque para la jubilación y los derechos adquiridos en pensiones, el segundo, obra para promover nuevas disposiciones laborales y prácticas innovadoras en el lugar de trabajo, encaminadas a conservar la capacidad del trabajo a medida que envejecen, con programas de asistencia a empleados.
- **Declaración de Brasilia (2007).** Los países acordaron promover el diálogo y las alianzas estratégicas entre los gobiernos, el sistema de las Naciones Unidas, la cooperación internacional y Sur-Sur, la sociedad civil con especial énfasis en las organizaciones de personas de edad y el sector privado, para crear conciencia de la evolución de la estructura de la población, sobre todo en cuanto al ritmo de envejecimiento demográfico y sus consecuencias económicas, sanitarias, sociales y culturales. Reafirma el compromiso de incorporar el tema del envejecimiento en las políticas públicas y programas, así como destinar y gestionar los recursos humanos, materiales y financieros para lograr un adecuado seguimiento y evaluación de las medidas puestas en práctica.

Los gobiernos resolvieron hacer todos los esfuerzos por ampliar y mejorar la cobertura de pensiones, sean contributivas o no contributivas, así como adoptar medidas para incorporar mayor solidaridad a los sistemas de protección social, junto con impulsar el acceso equitativo a los servicios de salud integrales, oportunos y de calidad, de acuerdo con las políticas públicas de cada país. También propusieron crear marcos legales y mecanismos de supervisión para proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas de edad, tanto si utilizan los servicios de larga estadía como si residen en sus hogares, y facilitar la formulación y el cumplimiento de leyes y programas de prevención de abuso, abandono, negligencia, maltrato y violencia contra ellas.

Fuente: Arias, 2008

Anexo 2: Reformas a la Ley 7935

- **Ley N.º 8500.** Reforma de los artículos 8, 11 y 35 de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, N.º 7935, y derogación de su artículo 10, mediante los cuales se omite la necesidad de presentar un carné emitido por la CCSS para demostrar una edad superior a 65 años. En lo tocante al derecho a que se le reconozcan beneficios, el artículo 11 no discrimina a persona adulta mayor nacional o extranjera en el goce de beneficios que el órgano rector (CONAPAM) negocie con el sector público, los concesionarios públicos o las empresas privadas. Asimismo, en el artículo 35 se le añadió al Consejo un nuevo deber que consiste en "Llevar un registro actualizado de las personas, físicas y jurídicas, acreditadas por el Ministerio de Salud para brindar servicios a las personas adultas mayores."
- **Ley N.º 8153.** Reforma al art. 54 y derogación del transitorio único de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. Con esta ley se introdujo el tema de la habilitación y acreditación de establecimientos públicos, privados y mixtos que pretendan brindar servicios de atención a las personas adultas mayores. La ley instauró que esos establecimientos deberán habilitarse ante el Ministerio de Salud y estar en proceso de acreditación conforme a la Ley General de Salud y sus reformas, como requisito previo para que el CONAPAM pueda cumplir sus funciones y autorizar el financiamiento parcial o total con recursos económicos del Estado, así como para que el IMAS pueda otorgarles el carácter de bienestar social a los programas que desarrolle.

Fuente: Arias, 2008

Anexo 3: Proyectos de ley

- **Proyecto de Ley N.º 15876, Código de la Persona Adulta Mayor, iniciativa del Poder Ejecutivo.** El cuerpo de ese proyecto suma una diversidad de mecanismos a partir del artículo 76 y hasta el 120 y del 128 al 133, con distintas figuras y vías administrativas y judiciales que protegen a las personas adultas mayores por sí o por medio de representante. Se adiciona que en los procesos judiciales y administrativos, en que se involucre el interés de las personas adultas mayores, CONAPAM intervendría, de modo facultativo, no obligatorio como se ha dado a confusión. Se da en este proyecto una variación en la interpretación de las normas, al obligar a las autoridades judiciales a interpretar el interés superior de las personas adultas.

Esta medida obligaría a la Escuela Judicial a establecer en sus programas capacitación, lo cual no ocurre en este momento. También

aparecen garantías como agilidad inmediata en los procesos, medidas cautelares de protección, asistencia a víctimas, la intervención de personal profesional especializado en personas adultas mayores, condiciones especiales en entrevistas y audiencias, en debates y en juicios.

El Proyecto de Código hace un vasto despliegue de procesos especiales de apoyo que garanticen la defensa y el debido proceso y siempre que los derechos sean amenazados o violados. Estos apoyos se darían con mayor rigor en caso de la suspensión del derecho de los familiares a visitarlo, la suspensión del cuidado y la reubicación temporal, la suspensión provisional de la administración de bienes de las personas adultas mayores por parte de sus familiares, representantes o encargados, o cualquier otra medida que proteja los derechos reconocidos por el Código⁹.

Las medidas dispuestas en la iniciativa de ley son cuantiosas, desde medidas directas, pasando por las de apoyo hasta de carácter alternativo, contra personas que transgredan o amenacen transgredir los derechos de las personas adultas mayores, aplicándose sanciones administrativas de suspensión del cuidado y demás acciones coercitivas y disciplinarias que procedan. En caso de configurarse delito, se pondría la denuncia ante el Ministerio Público, máxime cuando la persona denunciada tuviera alguna relación directa de cuidado o representación con las personas adultas mayores ofendidas.

También en sede judicial se establece un proceso especial de apoyo. Aparece la posibilidad de la conciliación judicial y mediación como mecanismos alternativos para resolver la controversia.

Hay un capítulo exclusivo para el trato de la persona adulta mayor en condición de interna en la Administración Penitenciaria. A estas se les garantizan ubicaciones adecuadas según sea su condición de salud y se obliga a la administración a la definición de un plan de atención con enfoque geriátrico-gerontológico, capacitación al personal técnico-administrativo y de seguridad en materia de vejez y envejecimiento.

- **Proyecto de Ley N.º 16833, Ley para incentivar el empleo de las personas adultas mayores**¹⁰. Este cuerpo normativo pretende reformar una serie de normas en aras de motivar la contratación de personas adultas mayores, mediante la exoneración de pago de cargas a patronos que contraten personas adultas mayores en cuanto al salario de éstas.

Fuente: Arias, 2008

Anexo 4: Normativa y otras fuentes del Derecho asociadas a la financiación de programas dirigidos a personas adultas mayores

Leyes

- Ley N.º 7972. Ley de creación de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos (1999)
- Ley N.º 7395. Ley de Loterías (1994).
- Ley N.º 7342. Creación de la Lotería Popular Denominada Tiempos (1993).
- Ley N.º 7732. Ley Reguladora de Mercado de Valores
- Ley N.º 5662. Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (1974)

- Ley N.º 4760. Ley de Creación del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y otras leyes conexas, como Ley de exoneración del pago del impuesto de consumo, Ley que crea el impuesto a los moteles, Ley N.º 6790 y otros documentos legales.
- Ley N.º 3690 Impuesto al consumo del cemento producido en Cartago, de 7 de junio de 1966, que destina un monto para los hogares de ancianos de la Provincia de Cartago. Colección Leyes y Decretos, Año 1966, Semestre 1, Tomo 2, pág. 866.
- Ley N.º 1644. Ley Orgánica del Sistema Bancario Nacional.
- Ley N.º 1387. Ley de Rifas y Loterías.
- Ley N.º 1152. Ley de Distribución de La Lotería Nacional (1950).

Decretos:

- Decreto N.º 28025-MTSS-MP, "Reglamento Orgánico de la Junta de Protección Social".
- Decreto N.º 28529-MTSS-MP "Reglamento a la Ley de Loterías".
- Decreto 32120-H. Reglamento Lotería Fiscal 2I-La Gaceta 234- 30 nov. 2004.
- Decreto N.º 29952-H. Vinculado con la modificación al artículo 24 de la Ley del Impuesto sobre la renta. Para efectos de retención del 2%.

Informes, circulares y Resoluciones e Informes de la CGR

- Resolución del Despacho del Contralor General de las ocho horas del 22 de octubre de 2002, publicada en La Gaceta N.º 209 del 30 de octubre, 2002.
- Resolución del Despacho de la Contralora General de las doce horas del 14 de mayo de 2007, publicada en La Gaceta N.º 101 del 28 de mayo, 2007.
- Informe Oficio N.º 14298, de 18 de diciembre, 2001, DFOE-187,"Circular con regulaciones sobre fiscalización y control de beneficios patrimoniales, gratuitos o sin contraprestación alguna, otorgados a sujetos privados".
- Informe Oficio N.º 14299, 18 de diciembre, 2001, DFOE-188 "Regulaciones sobre la fiscalización y el control de los beneficios patrimoniales, gratuitos o sin contraprestación alguna, otorgados a sujetos privados".
- Informe Oficio N.º 14300, de 18 de diciembre, 2001, DFOE-189 "Circular con regulaciones aplicables a los sujetos privados que reciben partidas específicas y transferencias del Presupuesto Nacional, así como transferencias por beneficios patrimoniales, gratuitos o sin contraprestación alguna, de entidades u órganos públicos; o que por disposición de ley deben presentar su presupuesto para la aprobación de la Contraloría General de la República".
- "Directrices sobre los requisitos mínimos que deben presentar los sujetos privados para obtener la calificación de idoneidad para administrar fondos públicos" N.º D-1-2005 DFOE", publicada en La Gaceta N.º 123 del 27 de junio de 2005.

- Oficio N.º JD-091-06-06 y la documentación que lo acompaña, el cual contiene la recomendación favorable emitida por la Junta Directiva del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), con el fin de que a esa organización no gubernamental se le otorgue la calificación de idoneidad para administrar fondos públicos provenientes de la Ley N.º 7972/99. Contenido en el Oficio CGR N.º 10360, de 26 de julio, 2006, FOE-SM-1583.

Resoluciones de la Sala Constitucional:

- Resolución N.º 2000-08755, rechazo por el fondo al pretender el accionante la declaratoria de inconstitucionalidad de la Ley de Creación de Cargas Tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos, número 7972 en su totalidad.

Manuales:

- JPSSJ. Manual de Criterios para distribución de recursos. Distribución del 58% de los Premios Prescritos y no Vendidos de las Loterías Nacionales y Renta de Lotería Popular Tiempos, destinados por Ley 7395 a los Hogares, Asilos, Albergues y Centros Diurnos para Ancianos.

Fuente: Arias, 2008

Anexo 5: Deberes de la institucionalidad del Estado por sector estatal, materia y programas según Ley 7935

General para toda la administración:

- Desarrollar programas que favorezcan la permanencia de las personas adultas mayores en la familia y la comunidad.
- Suministrar los servicios sociales dirigidos a fomentar la promoción, participación e integración social de las personas adultas mayores.
- Brindarles servicios de asistencia social a las personas adultas mayores carentes de recursos familiares y materiales, para atender sus necesidades básicas.

Infraestructura

- Toda institución pública o privada que así lo acuerde y que brinde servicios al público deberá mantener una infraestructura adecuada, asientos preferenciales y otras comodidades para el uso de las personas adultas mayores que los requieran.
- Previsiones especiales. El Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo y las municipalidades exigirán que los planos de construcción de los establecimientos públicos, comerciales, de servicio o entretenimiento prevean los requerimientos de construcción adecuados para las personas adultas mayores, de acuerdo con las recomendaciones fijadas por el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor.

RRHH especializados:

- Se deberá ofrecer recursos humanos necesarios para que los adultos mayores realicen procedimientos alternativos en los trámites administrativos, más aún cuando tengan alguna discapacidad.



- Las instituciones, públicas y privadas, a cargo de programas sociales para las personas adultas mayores, deberán proporcionarles información y asesorarlas tanto sobre las garantías consagradas en esta ley como sobre los derechos estatuidos en otras disposiciones a favor de las personas adultas mayores.

Transporte público

- El Estado deberá exigir la existencia de asientos preferenciales debidamente señalados para las personas adultas mayores, así como la eliminación de barreras arquitectónicas.

Salud

- El MS deberá garantizar que existan en el país programas de salud dirigidos a la población mayor de sesenta y cinco años. También, fomentar, entre las personas adultas mayores, los buenos hábitos de mantenimiento de salud, los estilos de vida saludable y el autocuidado.
- Atención integral en salud, mediante programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación, que incluyan como mínimo Odontología, Oftalmología, Audiología, Geriatría y Nutrición, para fomentar entre las personas adultas mayores estilos de vida saludables y autocuidado.
- Permanencia de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario, mediante la capacitación en todos los niveles.
- Medidas de apoyo para las personas adultas mayores con dependencia funcional, sus familiares y los voluntarios que las atienden.
- Creación de servicios de Geriatría en todos los hospitales generales nacionales públicos, así como la atención de geriatría en los hospitales regionales y las clínicas III y IV. Estos centros médicos deberán contar con personal especializado en la rama, recursos adecuados, físicos, humanos y financieros para garantizar una atención adecuada al usuario y deberán ser asesorados por el Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Raúl Blanco Cervantes.

Educación

- El Estado estimulará la participación de las personas mayores en los programas de educación general básica y diversificada para adultos, en la educación técnica y la universitaria. Asimismo, fomentará la creación de cursos libres en los distintos centros de educación superior, programados para los beneficiarios de esta ley y dirigidos a ellos.

Educación universitaria (especialidad)

- El Estado impulsará la formulación de programas educativos de pregrado y posgrado en Geriatría y Gerontología en todos los niveles de atención en salud, así como de atención integral a las personas adultas mayores dirigidos a personal técnico profesional. Serán impartidos en el Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Doctor Raúl Blanco Cervantes u otros centros hospitalarios especializados.
- El Consejo Nacional de Educación velará porque las universidades incluyan la Geriatría en sus currículos de Medicina y la Gerontología en las demás carreras pertenecientes a las áreas de salud y ciencias sociales. Serán impartidas en un centro hospitalario especializado en esas áreas.

Educación universitaria (acceso)

- Las universidades permitirán el acceso a sus carreras formales a las personas adultas mayores que deseen ingresar, y les facilitará los trámites administrativos. Igualmente, las universidades deberán informar a la población en general sobre las facilidades de estudio que ofrecen a las personas adultas mayores.

Aprendizaje de un oficio

- El Instituto Nacional de Aprendizaje y los demás centros públicos de capacitación otorgarán, a las personas adultas mayores, igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios brindados por ellos.

Cultura, deporte y recreación

- Por medio del Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes y el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación, el Estado promoverá programas que generen espacios para estimular el desarrollo de las potencialidades y capacidades intelectuales, físicas, culturales, deportivas y recreativas de las personas adultas mayores. Contarán con el apoyo de organizaciones no gubernamentales, la comunidad organizada y los gobiernos locales.

Vivienda

- El Ministerio de Vivienda deberá elaborar normas especiales que permitan la adjudicación expedita de bonos familiares de la vivienda a la población adulta mayor que los requiera.
- Las personas adultas mayores tendrán derecho al disfrute de una vivienda digna y adecuada. Se les proveerán las facilidades de financiamiento para la adquisición o remodelación de las viviendas, así como todos los beneficios que las instituciones públicas ofrezcan a sus administrados.
- En los proyectos de vivienda de interés social se dará igual oportunidad a las parejas compuestas por personas adultas mayores, solas o jefes de familia.
- El Banco Hipotecario de la Vivienda deberá promover la adjudicación del derecho de uso y habitación de viviendas a favor de las personas adultas mayores que carezcan de ellas. La regulación de este derecho será responsabilidad del Ministerio de la Vivienda, según las recomendaciones del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor.

Trabajo

- El MTSS deberá organizar una bolsa de trabajo mediante la cual se identifiquen actividades laborales que puedan ser desempeñadas por las personas adultas mayores y orientarlas para que presenten ofertas de trabajo.

Fuente: Arias, 2008.

Los siguientes estudios fueron preparados para este capítulo:

- Arias Ramírez Bernal, y Álvarez H, Suyen. (2008). Marco jurídico costarricense en materia de adulto mayor. Documento preparado para el I Informe del Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM

En el taller sobre este tema participaron:

- En un primer taller sobre este tema se discutió el documento presentado por Zulema Villalta Bolaños: "Marco jurídico costarricense asociado al cumplimiento de los derechos humanos en las personas adultas mayores".
- Karen Brenes Villalta (Z.V. Interacción), Yolanda Brenes Z. (HRBC-CCSS), Vera Violeta Chávez (ASPHAL), Luis E. Corrales (HRBC-CCSS), Claudia Corrales (Casa Presidencial), Adrián Díaz Aguirre (EDJA-MEP), Zaida Esquivel (AGE-CO), Enrique González Roldán, Erick Hess Araya (MIVAH), Miguel Jonel (HRBC-CCSS), Wei Wei Lu Chen (CONAPAM), Guido Miranda Gutiérrez (UNED), Cleidy Monge (Ministerio de Salud), Fernando Morales Martínez (HRBC-CCSS), Edgar Muñoz Salazar (CONAPAM), Katzy O'neal (ODI-UCR), Marisol Rapso (PIAM-UCR), Rodolfo Rojas Ramírez (CONAPAM), Patricia Rosés, Adriana Sancho (PIAM-UCR), Zulema Villalta Bolaños (Z.V. Interacción).

Se agradece la colaboración de

- Enrique González Roldán
- Zulema Villalta Bolaños
- Fanny Arce (CONAPAM), Gretel Arias (Departamento de Acción Social de la JPSSJ y miembro de SINATEC), José Rodolfo Cambronero Alpizar (Desarrollo Social IMAS), Carmen Fallas Porras (Dpto. Instituciones y Servicios de Bienestar Social del IMAS), Lidia Calvo (Asesoría Jurídica del MOPT), Marianita Dormund, (Prestaciones Sociales de la CCSS), Elizabeth Chinchilla F, (Departamento de Estadística de la CCSS), Karen Masís (Programa Adulto Mayor, UCR), Mateo Ivankovich (Escuela Judicial del Poder Judicial), Ileana Matamoros (INA), Rebeca López (Oficialía Mayor del Ministerio de Cultura), Rodolfo Monge (Director Regional de San José del ICODER, Central B.), Carlos Rodolfo Acuña González (Biblioteca de la Asamblea Legislativa) y Diorsette Picou (CEDIL de la Asamblea Legislativa).

La edición del capítulo estuvo a cargo de

- Laura Murillo Rapso y Arodys Robles.

CAPÍTULO 10

Maltrato y negligencia: necesidades de protección

El maltrato y la agresión contra las personas adultas mayores se manifiestan de maneras muy diversas que van desde el plano psicológico, patrimonial y la negligencia en su atención, hasta la violencia física y sexual. Si bien es cierto en Costa Rica se ha evidenciado el tema del maltrato, negligencia y abandono contra las personas adultas mayores desde la década de 1970, aún en la actualidad la información para documentar y analizar en profundidad esos casos tiene serias limitaciones.

La complejidad del asunto, incluso al momento de definir o delimitar lo que se entiende por maltrato deriva, en buena parte de los casos, en un subregistro u ocultamiento involuntario de su magnitud. Esta situación se da principalmente en las instancias de atención en salud no especializadas, en las que no es extraño que se diagnostique una serie de patologías a personas de avanzada edad, sin tomar en consideración que su situación es una manifestación de maltrato.

Diversas instituciones estatales brindan algún tipo de atención a las personas mayores de 65 años víctimas de agresión. No obstante, a excepción del abordaje que ofrece el Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, persiste la ausencia de protocolos estandarizados que permitan una óptima detección, prevención y atención de las situaciones de violencia que sufren las personas adultas mayores. Esta carencia conlleva, por consiguiente, dificultades al pretender estudiar el tema con un mayor detalle y profundidad.

La situación descrita deja en claro la necesidad de asumir los desafíos que siguen vigentes, como la articulación de esfuerzos por parte de aquellas instancias que atienden el problema, la implementación de instrumentos estandarizados para fortalecer real y efectivamente la identificación y detección oportunas de las situaciones de maltrato, así como la atención y prevención de un problema que se ha acentuado en años recientes.

Un problema complejo de definir

En general, se reconoce que la definición del maltrato es en sí el primer problema para desarrollar la atención y poner en práctica acciones específicas (Iborra, 2005). De igual modo, resulta complicado el establecimiento de un concepto unívoco del problema. No obstante, para efectos de este informe se ha recurrido a aquellas definiciones y orientaciones teóricas más reconocidas y frecuentemente aplicadas tanto en el ámbito nacional como internacional. Estas se sintetizan a continuación.

Una de las primeras definiciones, elaborada por Rosalie Wolf, (1988), refiere que -en el caso de las personas adultas mayores- el maltrato o el abuso es *"una conducta destructiva, la cual va dirigida a una persona mayor; ocurre en el contexto de una relación de confianza y es de suficiente intensidad y frecuencia para producir daño físico, psicológico, social y efectos financieros de innecesario sufrimiento, heridas, dolor, pérdida y violación de los derechos humanos y disminución de la calidad de vida del adulto mayor"* (citado por Jiménez, 1998).

La Red Internacional para la Prevención del Abuso contra el Anciano (INPEA) define abuso como *"la acción única o repetida, o la falta de medidas apropiadas, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza"* (OMS, 2002). Esta definición ha sido acogida por la Organización Mundial de la Salud en la Declaración de Toronto.

En el contexto costarricense, la Ley Integral Para la Persona Adulta Mayor (N.º 7935), en su Capítulo II, define violencia contra las personas adultas mayores como *"cualquier acto u omisión, directa o indirecta, ejercida contra una persona adulta mayor, que produzca, como consecuencia, el menoscabo de su integridad física, psicológica o patrimonial"* (Asamblea Legislativa, 1999).

El maltrato y el abuso contra este grupo etario son formas incuestionables de violencia y, por tanto, un problema de salud pública (Allen, et al, 2005). Estos se reproducen de diversas formas y ampliamente en el ámbito intrafamiliar, espacio en el que esas manifestaciones son dirigidas hacia las personas que son percibidas como más débiles y en posición de desventaja, máxime cuando median factores como la edad, el género, nivel de dependencia y capacidad de autocuidado, entre otras (Corazzari y Taylor, 1998). Sus diversas manifestaciones tienen consecuencias y derivaciones tanto en el ámbito personal, como en el familiar y social.

El abuso y el maltrato no pueden asociarse particularmente con grupos étnicos o socioeconómicos, dado que toda persona en condiciones de vulnerabilidad es víctima potencial, y cualquier persona, sin distinción de posición socioeconómica o nivel académico, podría ser eventualmente ofensora.

Existen diversos factores que pueden exponer a las personas adultas mayores al maltrato. Entre ellas se encuentran la dependencia de otras personas para sus acciones cotidianas, o la falta de autonomía económica.

El contar con el apoyo de una persona que les atienda no las aleja de las posibilidades de ser agredidas; por el contrario, en buena parte de los casos de agresión se ven involucradas las personas que tienen a su cargo el cuidado de esas personas mayores. La condición de desventaja que socialmente deben afrontar las mujeres a lo largo de su vida se acentúa en las adultas mayores, puesto que, en la mayor cantidad de casos de maltrato registrados, son ellas quienes se ven perjudicadas.

La edad es uno de los principales factores asociados a la vulnerabilidad de las personas. Los casos de agresión contra la población adulta mayor se concentran en aquellas que tienen entre 70 y 89 años.

El maltrato y el abuso son una realidad de larga data en Costa Rica

En Costa Rica la temática de abuso y maltrato se empezó a identificar en la década de 1970, asociada principalmente al abandono (Martínez, et al, 2004). Ya en los años noventa se marca un cambio considerable en los procesos de atención e intervención de los casos de mayor complejidad social. Al respecto el servicio de trabajo social del Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes, bajo el enfoque de riesgo social integral, logró fortalecer el diagnóstico y tratamiento social, lo que permite crear un perfil de la persona adulta mayor en condición de abandono e identificar aspectos sociales de abuso y maltrato.

Desde 1994, se identificaron una serie de características de las personas adultas mayores hospitalizadas, que ha permitido que el hospital defina como factores de riesgo de abuso los elementos que se mencionan a continuación: grupo etario, género, funcionalidad física, funcionalidad cognitiva, grado de dependencia integral, dinámica familiar, fortaleza de las redes de apoyo formales e informales, características de los cuidadores y las cuidadoras, características físicas que favorecen la detección de negligencia y lesiones físicas para identificar abuso físico, así como antecedentes de la historia de violencia en la familia, condiciones socioeconómicas familiares y de la persona adulta mayor.

Estos factores son incorporados en los protocolos de valoración integral y posibilitan a los profesionales en medicina, trabajo social, psicología y enfermería diagnosticar y documentar el maltrato, la negligencia y el abandono. Como resultado de este proceso se sabe que un segmento considerable de las víctimas de abandono vive con otras personas, en su mayoría hijos, hijas, cónyuges, nietos y nietas, o al menos tiene relación con algún pariente, mientras que la minoría vive completamente sola.

De igual modo, se ha determinado que el tipo de maltrato que más reportan las personas adultas mayores es

psicológico, seguido por el patrimonial y el físico, lo que consigna en mucha menor medida las agresiones sexuales.

Este proceso también ha hecho evidente que, a pesar de contar con servicios de atención clínica e instrumentos legales para la protección de las víctimas, como la Ley contra la violencia doméstica (N.º 7586), o la Ley Integral de la persona adulta mayor (N.º 7935), el avance hacia una solución efectiva de este problema ha resultado insuficiente, por cuanto no se ha logrado articular ni estandarizar acciones de manera sostenida entre las instancias judiciales, de salud y sociales en general, tanto públicas como privadas.

No existe información exhaustiva del problema en el país

La cantidad y exhaustividad de información sistematizada y actualizada tiene serias limitaciones en cada una de las instancias que brindan atención a las personas adultas mayores víctimas de maltrato. Esto impide realizar una valoración más profunda.

En el plano hospitalario, la mejor información que existe para documentar la existencia de maltrato a la población adulta mayor es la que se recopila en el Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes. En este existe el Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado (CEINAA).

Allí se utiliza el protocolo de valoración integral definido como ente especializado, aportado para las normas nacionales de atención en salud de la persona adulta mayor y elaborado por el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social (Protocolo de vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual Extrafamiliar) y se registra estadísticamente según lo normado por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Existen otros esfuerzos en esta línea, como el Instituto Nacional de

las Mujeres (INAMU), la línea de emergencias 9-1-1, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) y la Defensoría de los Habitantes de la República (DHR). No obstante, se desconoce en el país la magnitud del problema, en primer lugar, por la falta de investigaciones; en segundo lugar, porque aún en aquellas instituciones en que se prestan servicios de salud, no se cuenta con sistemas de detección y registro apropiados; y en tercer lugar, por la escasa comprensión de las dinámicas de las relaciones violentas y de las experiencias de las personas afectadas.

En el caso de la población adulta mayor esta situación se asocia con la vulnerabilidad que trae consigo el proceso de envejecimiento y con una sociedad que anula y desprotege a las personas mayores. A esta situación se suma el silencio que muchas personas adultas mayores prefieren guardar sobre el tema, ya que no están dispuestas a admitirlo ni a señalar a los ofensores y a las ofensoras, que, por lo general, son parte de su familia.

Morales y Jiménez (2005) indican en el informe final "Respuesta Global al Maltrato de las Personas Adultas Mayores, incluyendo la Negligencia", que en el país "no se dispone de información que permita hacer una estimación adecuada del número de víctimas de abuso o abandono". Esta realidad no ha variado significativamente, máxime que el país no cuenta con un registro único y sistemático de los casos de maltrato que se dan en el país y que son atendidos por diferentes instancias estatales.

A pesar de que desde finales de la década de los noventa en el país se ha hecho evidente la existencia de este problema, Jiménez (1998) plantea que el maltrato es un problema caracterizado por la invisibilidad y el amplio subregistro. La CCSS cuenta con información de casos estudiados e investigados por profesionales en Trabajo Social y equipos de salud del CEINAA, por lo que se han logrado reconstruir las características y el comportamiento de las

situaciones de maltrato y abandono atendidas en los últimos 10 años. Se reconoce que los datos son a pequeña escala, por cuanto no se dispone de registros y protocolos de atención homogéneos.

El subregistro del maltrato es mayor entre las personas adultas mayores

Si se comparan las frecuencias de casos detectados en el Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes, es probable que los datos reportados en el Programa de Vigilancia Epidemiológica de la CCSS, según diagnóstico de egreso hospitalario, subregistren el diagnóstico de maltrato en la población adulta mayor. Esta situación se ilustra en el cuadro 10.1, en el que se aprecia la marcada diferencia entre los casos de síndrome de maltrato diagnosticados en el año 2006 a personas menores de 65 años, mientras que los casos reportados en personas adultas mayores significan, aproximadamente, el 6% del total registrado en ese año.

Esta información refleja que los reportes de adultos mayores atendidos a causa del síndrome del maltrato en servicios de hospitalización ajenos al Hospital Blanco Cervantes, consulta externa, urgencias y comunitarios, no llegan al Departamento de Estadísticas de Salud como principal diagnóstico de atención, pero se reportan otros diagnósticos de problemas de salud CIE-10.

Cuadro 10.1: Egreso hospitalario por síndrome de maltrato según grupos de edad y sexo CCSS (2006)

| Síndrome del maltrato | Hombres | | Mujeres | |
|------------------------|-------------|-----------|-------------|----------|
| | Menos de 65 | 65 y más | Menos de 65 | 65 y más |
| Negligencia o abandono | 29 | 8 | 30 | 8 |
| Abuso físico | 64 | 1 | 46 | 0 |
| Abuso sexual | 56 | 0 | 10 | 0 |
| Abuso psicológico | 7 | 0 | 2 | 0 |
| Otros | 34 | 1 | 20 | 1 |
| Total | 190 | 10 | 108 | 9 |

Fuente: Martínez 2008, con base en datos del Departamento de Estadísticas de Salud, CCSS.

Cuando existe un protocolo la detección es mayor

Por su carácter de Hospital Nacional especializado en la atención de personas adultas mayores, el de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes implementa un protocolo de diagnóstico, mediante el cual los profesionales en medicina, trabajo social, psicología y enfermería valoran la situación integral de los pacientes que se atienden en los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa del centro hospitalario.

A todas las personas adultas mayores atendidas en este centro hospitalario se les aplica una valoración cuadrifuncional, es decir, médica, social, psíquica y funcional. Mediante este conjunto de procedimientos logran determinar la existencia o no de maltrato, negligencia y/o abandono.

El CEINAA ha documentado y registrado estadísticamente, según los parámetros establecidos por la OPS (1995), la atención de estos casos desde el año 1997, cuando se inició la intervención de casos por maltrato en sus múltiples formas: físico, psicológico, sexual, patrimonial, negligencia y abandono. Esta información se detalla en el cuadro 10.2.

Si se compara el total de adultos mayores con diagnóstico de maltrato con respecto al total de Ingresos del Hospital Blanco Cervantes, se nota que en los últimos años los casos de maltrato han sido detectados en alrededor de la cuarta parte de los ingresos en el centro médico. Si se toma en cuenta que este hospital atiende tan solo a una parte de los adultos mayores que acuden a los servicios de salud, es probable que las dimensiones de este problema en el país sean mayores, pero no se están detectando adecuadamente.

Al considerar el año 2006 -último del que se tienen datos- sobresalen como los tipos de maltrato mayormente detectados la negligencia y el abandono. Ambos sumando alrededor del 54% de los casos, seguidos por el psicológico y, en menor medida, el patrimonial (cuadro 10.3).

Cuadro 10.2: Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes: casos de maltrato atendidos por año, según sexo (1997-2006)

| Año | Total | Mujeres | Hombres |
|------|-------|---------|---------|
| 1998 | 195 | 146 | 49 |
| 1999 | 262 | 183 | 79 |
| 2000 | 309 | 229 | 80 |
| 1997 | 192 | 138 | 54 |
| 2001 | 364 | 269 | 95 |
| 2002 | 280 | 212 | 68 |
| 2003 | 494 | 331 | 163 |
| 2004 | 613 | 410 | 203 |
| 2005 | 672 | 463 | 209 |
| 2006 | 680 | 391 | 289 |

Fuente: Martínez, 2008, con base en datos de registros Estadísticos Trabajo Social - CEINAA.

Cuadro 10.3: Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes: casos de maltrato atendidos, según tipo de maltrato, por sexo (2006)

| Tipo de maltrato | Total | Hombres | Mujeres |
|------------------|------------|------------|------------|
| Negligencia | 182 | 64 | 118 |
| Abandono | 186 | 112 | 74 |
| Psicológico | 156 | 52 | 104 |
| Patrimonial | 102 | 42 | 60 |
| Físico | 54 | 19 | 35 |
| Sexual | 0 | 0 | 0 |
| Total | 680 | 289 | 391 |

Fuente: Martínez, 2008, con base en datos de registros estadísticos Trabajo Social - CEINAA, 2006. (JMM).

Las manifestaciones de maltrato y sus consecuencias son muy diversas

Los elementos que se describen a continuación constituyen las principales manifestaciones de abuso y maltrato contra las personas adultas mayores. Estas formas de maltrato, sus principales características y consecuencias, son incluidas en los protocolos de valoración integral del CEINAA para determinar la existencia del problema en la persona adulta mayor que se valora en su servicio.

Abuso físico

Es *"toda aquella acción u omisión que arriesga o daña la integridad corporal de una persona. Comprende el uso de la fuerza física o coerción contra la víctima, poniendo en riesgo o dañando su integridad corporal"* (Corazzari y Taylor, 1998). Entre los indicadores físicos considerados se incluye: golpes, quemaduras, manejo físico áspero, empujones y sujeciones contra la voluntad de la víctima.

Como parte de las formas en que se manifiesta están los accidentes frecuentes, cicatrices, golpes, síndrome de la sacudida, fracturas, quemaduras y empujones. Sus principales consecuencias son de carácter físico, a saber politraumatismos, quemaduras, heridas, laceraciones y pérdida funcional. No obstante, también se registran consecuencias emocionales de consideración, tales como cambios de conducta, baja autoestima, descuido personal, aislamiento y pérdida de control.

Abuso psicológico

El abuso psicológico o emocional es *"toda acción u omisión destinada a degradar, controlar y bloquear las acciones, la autonomía, comportamientos, creencias y decisiones de una persona, mediante intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento, celos excesivos, agresión verbal y burla, percepciones monopolizadas, sobreposisividad (sic), control económico, hostigamiento o acoso, violencia colateral, control del pensamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autoestima el sentido de la eficacia, la autodeterminación y el desarrollo personal de quien lo sufre (...) por lo general, se presenta acompañado de otras conductas abusivas como la violencia física o sexual"* (Corazzari y Taylor, 1998).

En este caso, algunas de las formas en que se manifiesta el abuso psicológico son la intimidación, manipulación, amenazas, rechazo, insultos, críticas, ignorar a la persona

adulta mayor, infantilización, acoso verbal, aislamiento físico y emocional, así como cualquier otro comportamiento que cause temor en la persona adulta mayor. No es extraño que este tipo de maltrato se dé simultáneamente con abuso físico y negligencia o descuido.

En lo que respecta a las consecuencias emocionales, son características el miedo, la ansiedad, depresión, agresividad, problemas de sueño, ideas suicidas y deambulación. De igual modo han de considerarse secuelas de orden físico, entre las que se registran principalmente el riesgo de malnutrición y deterioro de enfermedades crónicas.

Abuso sexual

Se considera en este ámbito toda aquella *"acción que obliga a una persona adulta mayor a mantener contacto sexualizado, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza, o cuando no se está en condiciones de consentir o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal y que al ofensor ofrezca gratificación. Igualmente se considera violencia sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas"* (Corazzari y Taylor, 1998).

El abuso sexual suele manifestarse a través de acoso sexual, palabras obscenas, gestos y manoseos, así como exhibición de genitales y exposición a pornografía.

Al igual que en los casos anteriormente indicados, también se suscitan efectos de orden físico y emocional. Entre los primeros se dan lesiones y cicatrices en el área de los genitales, problemas ginecológicos, además de infecciones. En el plano emocional las víctimas suelen experimentar sentimientos de culpa, miedo a la muerte, dependencia, aislamiento e impotencia y desconfianza.

Abuso patrimonial

Se considera en este plano toda *“acción u omisión que implica daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos, o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de alguna de las personas mencionadas anteriormente”* (Corazzari y Taylor, 1998).

Entre los elementos distintivos de este tipo de abuso se encuentra la sustracción de documentos, falsificación de firmas, retención de pensiones o ayudas, así como la venta de propiedades y el abuso de los poderes legales otorgados por parte de personas adultas mayores.

A pesar de que el daño infligido contra las víctimas es de corte material, esto no impide que haya también consecuencias físicas, entre las que sobresale el descuido en la salud, además del agravamiento de las enfermedades crónicas que padecen las personas objeto de abuso. De igual modo, las secuelas se hacen sentir emocionalmente, y suelen evidenciarse por medio de depresión, cambio de conductas, pobreza y desconfianza. Incluso, clínicamente puede llegar a diagnosticarse el síndrome de desesperanza.

Negligencia

“Negligencia es todo comportamiento que tienda al descuido, desatención y abandono de una persona que no está en condiciones de valerse por sí misma por razones de edad, enfermedad o discapacidad. Comprende también el no proveer las condiciones de supervivencia, teniendo las posibilidades de suplirlas” (Corazzari y Taylor, 1998).

Este tipo de maltrato incluye el descuido intencional y el no intencional, por lo que se puede considerar el desamparo, el aislamiento, la malnutrición, la inanición, la sobre o submedicación, la carencia de atención de la salud. Este se considera que es el tipo

de abuso más frecuente, aunque a menudo es el más difícil de detectar. Debido a que no está clara la forma en que se produce, o al no tener el personal de salud conocimientos sobre violencia, puede confundirse con problemas de envejecimiento.

Previsiblemente, ante situaciones de este tipo, suelen registrarse las diversas consecuencias tanto físicas como psicológicas o emocionales que se han mencionado en los otros tipos de abuso abordados.

La negligencia podría derivar en abandono de la persona adulta mayor, lo que no implica necesariamente que se establezca una relación causal entre una manifestación de maltrato y otra. De darse el abandono, involucraría la ausencia de atención de las necesidades básicas de alimentación, protección y atención en salud.

Tampoco habría apoyo familiar y comunal. Esta situación suele generar sentimientos de soledad, aislamiento social y emocional, indefensión, deterioro físico y mental de la persona adulta mayor abandonada. De igual modo, en el ámbito físico usualmente se manifiesta por medio de miedo, ansiedad, depresión, agresividad, problemas de sueño, ideas suicidas y deambulación.

Conforme aumenta la edad y la condición de dependencia, se incrementan los casos de maltrato

Aproximadamente un 90 por ciento de los casos de maltrato, negligencia y abandono detectados entre personas mayores de 60 años en el Hospital Blanco Cervantes ocurren a mayores de 70 años, y casi un 50 por ciento les sucede a mayores de 80 años.

En general, el registro de casos muestra que, al incrementarse la edad de las personas adultas mayores, aumenta también el riesgo de que se enfrenten a situaciones de maltrato (Brenes y Martínez, 2007). Asimismo, entre los casos detectados, se ven

más afectadas las mujeres, principalmente aquellas con edades entre los 80 y 84 años. No obstante, la avanzada edad es solo uno de los factores que acercan a las personas adultas mayores a situaciones de abandono y maltrato.

La capacidad funcional y el grado de dependencia en que se encuentran las personas adultas mayores también se hallan asociados al maltrato, negligencia y abandono. Para determinar la presencia de estos elementos en los pacientes que acuden al Hospital Blanco Cervantes, los y las profesionales a cargo llevan a cabo una valoración funcional de sus pacientes.

Este procedimiento consiste en una evaluación de las funciones físicas, sociales y psíquicas, así como la habilidad para vivir de manera independiente en su medio ambiente. No obstante, se sabe que el contar con un cuidador o cuidadora no exime a la persona adulta mayor del riesgo de sufrir algún tipo de agresión.

El CEINAA, por ejemplo, reporta que, de los casos atendidos durante el 2006, un 54% de los pacientes dependían totalmente de otras personas, mientras que quienes eran parcialmente autónomos llegaban al 40%, y los totalmente independientes tan solo al 5% de los casos atendidos por esa instancia (Brenes y Martínez, 2007).

Además de la dependencia física, se debe considerar la capacidad cognitiva y para la toma de decisiones de las personas adultas mayores, debido a que esta condición puede generar dependencia de los cuidadores y las cuidadoras. El estudio de los casos atendidos durante 2006 refleja que un 22% de las personas presentó algún tipo de demencia, un 22% deterioro cognitivo que va desde leve hasta severo, y un 58% no presentaba ninguna alteración en sus capacidades cognoscitivas (Brenes y Martínez, 2007).

A la situación de dependencia física y cognitiva de las personas adultas mayores se liga un elemento que agrava la condición de riesgo de

sufrir maltrato o abuso: su condición económica. Entre los pacientes atendidos por el CEINAA en 2006 sobresale que un 32% (218) de las personas atendidas no contaba con ingresos económicos, mientras que un 31% (211) disponía de un subsidio del Régimen No Contributivo (RNC), un 29% (197) contaba con pensión por invalidez vejez y muerte, mientras que un 8% (54) adujo tener ingresos propios (Brenes y Martínez, 2007).

Con base en estos y otros datos el CEINAA elaboró un perfil de las víctimas de maltrato, así como de los principales elementos que caracterizan a los cuidadores y las cuidadoras de esos pacientes.

Es necesario homologar el registro de casos de maltrato en el país

Si bien instituciones estatales como el INAMU, la Defensoría de los Habitantes de la República (DHR) y el CONAPAM reciben denuncias por parte de personas adultas mayores que son víctimas de maltrato y violencia, sus sistemas de registro son diferentes entre sí, puesto que en cada una de ellas se sistematizan los datos de acuerdo con las características y los objetivos de cada institución.

En el caso de la línea telefónica de emergencias 9-1-1, su base de datos registra únicamente denuncias de violencia o agresión según sexo (mujer-hombre) y le asignan el código 107 ó 109, respectivamente. Adicionalmente se toma nota de la provincia de la cual procede la denuncia. De acuerdo con los protocolos vigentes en la línea de emergencias, las denuncias son atendidas vía telefónica por profesionales, se brinda asesoría, orientación, intervención en crisis, se coordina con la policía, o se remiten los casos a los servicios de Trabajo Social de la CCSS en las áreas de salud, clínicas u hospitales para la atención, investigación e intervención.

Adicionalmente, por medio de la línea 9-1-1 el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) brinda atención a los casos de violencia en contra de las personas

Recuadro 10.1: Perfil de personas adultas mayores víctimas de maltrato, negligencia y abandono y sus cuidadores y cuidadoras

A nivel mundial se carece de estudios con un diseño adecuado para identificar factores de riesgo (Iborra, 2005; OMS, 2003). No obstante, con base en la información del expediente clínico y la valoración integral e intervención de los casos atendidos por el CEINAA durante 2006, se identificaron una serie de características comunes de las personas adultas mayores víctimas de maltrato, negligencia y abandono.

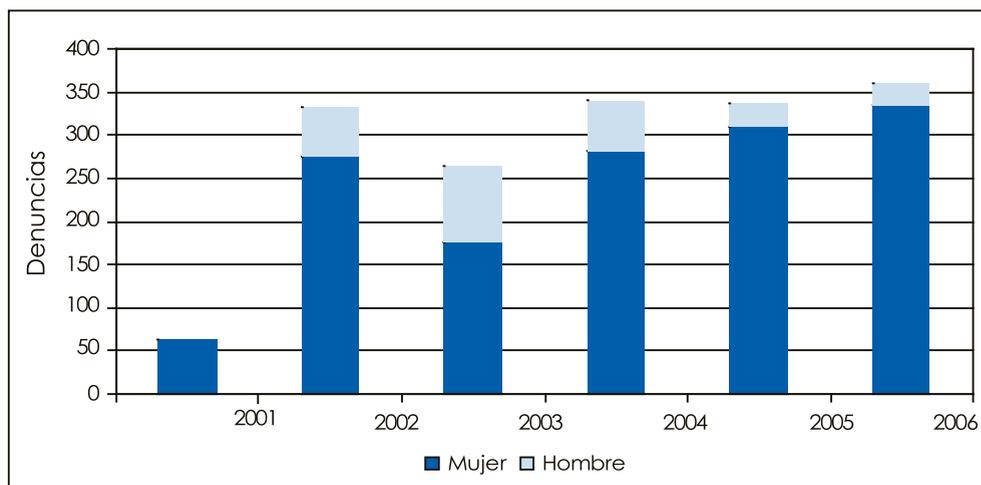
- Persona adulta mayor de 75 años y más.
- El sexo femenino representa un 70% de los casos.
- Deterioro cognitivo (pérdida de memoria, limitada capacidad para tomar decisiones y cuidarse por sí solo) de la persona adulta mayor.
- Dependencia funcional en actividades de vida diaria básicas e instrumentales (desplazamiento, baño, vestido, alimentación, asistencia a citas medicas, ingesta de medicamentos, arreglo personal).
- Sentimientos de soledad, aislamiento social de la persona adulta mayor (no tiene comunicación con familiares, amigos, vecinos, siente tristeza, está sola).
- Dependencia emocional de la persona adulta mayor con el ofensor o la ofensora (siente que necesita hijo o hija, nieto o nieta para vivir).
- Depresión en la persona adulta mayor en proceso de duelo (tristeza por viudez, pérdida de un ser querido, otras pérdidas).
- Depresión en el cuidador o cuidadora.
- Sobrecarga del cuidador o cuidadora (única persona asume el cuidado y atención de las necesidades de la persona mayor y no hay apoyo de la familia.)
- Dinámica familiar conflictiva (controla todo, responde por la persona mayor, rechazo o agresividad del acompañante o familiar).
- Problemas de farmacodependencia del ofensor u ofensora (hijo (a) nieto (a), cuidador (a), consumo de alcohol y/o drogas).
- Incapacidad mental o intelectual del cuidador o la cuidadora principal.
- Historia familiar de violencia intrafamiliar de larga data.

Fuente: elaborado por el Comité de estudio integral del anciano y agredido y abandonado (CEINAA), Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes. (2006)

adultas mayores, sean hombres o mujeres. Como lo ilustra el gráfico 10.1, el registro de denuncias recibidas por medio de estas instancias, revela un

aumento con una tendencia sostenida en los últimos años, siendo una vez más las mujeres quienes acuden en mayor número.

Gráfico 10.1: INAMU: denuncias vía 911 por agresión contra personas adultas mayores según sexo (2001-2006)



Fuente: Martínez, 2008, con base en datos de la línea de emergencia 9-1-1

Cuadro 10.4: Datos de denuncias por maltrato contra personas adultas mayores atendidas en el CONAPAM en el año 2006, según tipo de maltrato y sexo

| Tipo | Total | Hombres | Mujeres |
|------------------------|-------|---------|---------|
| Otros | 47,3 | 44,8 | 49,3 |
| Abandono y negligencia | 18,8 | 22,5 | 15,9 |
| Psicológico | 12,5 | 10,5 | 14,0 |
| Institucional | 6,1 | 6,1 | 6,1 |
| Físico | 3,0 | 3,8 | 2,4 |
| Indigentes | 2,0 | 3,6 | 0,8 |
| Sexual | 0,2 | 0,1 | 0,3 |
| Total de casos | 1759 | 773 | 986 |

Fuente: Martínez, 2008, con base en datos aportados por CONAPAM al 2006

La Defensoría de los Habitantes informa que se carece de una base de datos de los casos, puesto que su ámbito de competencia institucional no le faculta para la atención directa de asuntos de esta índole. No obstante, en la DHR se le brinda la guía, orientación y referencia hacia las instituciones competentes, a quienes consultan sobre el particular.

De igual modo, el CONAPAM cuenta con un registro de denuncias ante casos de maltrato contra personas adultas mayores. En el 2006, entre las principales manifestaciones de violencia destacaron el abandono, las agresiones psicológicas, así como el abuso patrimonial e institucional. Esta clasificación de los tipos es incompleta en tanto se

basa en la mitad de las denuncias recibidas; para el resto no existe una denominación precisa del tipo de abuso (cuadro 10.4).

Si bien existe amplia evidencia para documentar variadas formas de maltrato, negligencia y abandono de las personas adultas mayores en todo el país, la ausencia de una forma estandarizada de registrar los casos impide tener certeza sobre su alcance y distintas manifestaciones. En los países en que existen programas que dan respuesta a escala nacional a este problema, se cuenta con sistemas de notificación y referencia. Esta primera etapa promueve la formulación y ejecución de estrategias nacionales que existen en diversos países (OMS, 2003).

Los siguientes estudios fueron preparados para este capítulo:

- Martínez, Jeannette y Brenes, Yolanda. 2008. Maltrato, negligencia y abandono de las personas adultas mayores en Costa Rica. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.

En el taller sobre este tema participaron:

- Karen Brenes Villalta (Z.V. Interacción), Yolanda Brenes Z. (HRBC-CCSS), Vera Violeta Chávez (ASPHAL), Luis E. Corrales (HRBC-CCSS), Claudia Corrales (Casa Presidencial), Adrián Díaz Aguirre (EDJA-MEP), Zaida Esquivel (AGE-CO), Enrique González Roldán, Erick Hess Araya (MIVAH), Miguel Jonel (HRBC-CCSS), Wei Wei Lu Chen (CONAPAM), Guido Miranda Gutiérrez (UNED), Cleidy Monge (Ministerio de Salud), Fernando Morales Martínez (HRBC-CCSS), Edgar Muñoz Salazar (CONAPAM), Katzy O'neal (ODI-UCR), Marisol Rapso (PIAM-UCR), Rodolfo Rojas Ramírez (CONAPAM), Patricia Rosés, Adriana Sancho (PIAM-UCR), Zulema Villalta Bolaños (Z.V. Interacción).

Se agradecen los comentarios de:

- Mabell Granados, Erick Hess Araya, Cleidy Monge, Fernando Morales Martínez, Lilliana Picado y Patricia Sedó Masís

Se agradece la colaboración de:

- Yolanda Brenes
- Equipo del CEINAA , Hospital Blanco Cervantes
- Fernando Morales
- Rossy Zúñiga (Defensoría de los Habitantes)
- Enrique González
- Sandra Jiménez

La edición del capítulo estuvo a cargo de:

- Karen Masís Fernández y Arodys Robles.

Indicadores de seguimiento de la situación de la persona adulta mayor

Los mecanismos que existen en el país para la protección y el seguimiento de la situación de la persona adulta mayor, se plasman en diversos instrumentos. Tal como se señala en el capítulo 9 sobre marco jurídico, existen varias leyes y decretos relativos a la población adulta mayor que reconocen un conjunto importante de derechos y cuyo cumplimiento compete a distintas instituciones y organismos. Existe además un Plan estratégico nacional de atención a la persona adulta mayor así como una serie de programas en distintas instituciones dirigidos a los adultos mayores (véase el capítulo 8).

El Plan estratégico nacional de atención a la persona adulta mayor tiene cinco líneas estratégicas que se refieren a ingresos, maltrato, participación social e integración intergeneracional, consolidación de derechos y salud integral. Para cada una de ellas existe un conjunto de acciones que pueden contribuir a lograr los objetivos. Estas son en extremo diversas ya que competen a distintas instituciones. En general, los objetivos se expresan en función de un estado de bienestar de la población que puede lograrse por diferentes medios.

En vista de que las condiciones de las personas adultas mayores cambian como resultado de las

acciones de distintas instituciones en ámbitos muy distintos, un conjunto de indicadores deberían generar consenso sobre lo que se está midiendo y cuales son las acciones asociadas a esta medida.

Como una primera aproximación se estimaron los indicadores propuestos como seguimiento a los acuerdos internacionales. Si bien se estimaron una gran cantidad, no en todos fue posible obtener la información necesaria o con la calidad suficiente. Algunos temas como las redes de apoyo, el maltrato, la salud y la funcionalidad se tratan en el capítulo respectivo, en virtud de que existen estudios específicos que proporcionan información. Sobre otros temas no existe información de nivel poblacional tal como el número y las características de quienes viven en hogares comunitarios o asisten a centros diurnos.

Los indicadores calculados provienen de las proyecciones de población del Centro Centroamericano de Población y el Instituto Nacional de Estadística y Censos y de la Encuesta de hogares de propósitos múltiples que lleva a cabo el INEC anualmente. Se ha procurado que tanto el nombre del indicador como su definición guarde correspondencia a otras propuestas de indicadores utilizadas en el seguimiento de acuerdos internacionales.

| Indicador | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Demografía del crecimiento | | | | | | | | |
| Número de personas de 65 años y más | 208.181 | 215.481 | 223.448 | 232.004 | 240.466 | 249.099 | 258.444 | 267.939 |
| Porcentaje de personas de 65 años y más | 5,3 | 5,4 | 5,5 | 5,6 | 5,7 | 5,8 | 6,0 | 6,1 |
| Número de personas de 60 años y más | 297.349 | 307.530 | 318.115 | 329.724 | 342.158 | 355.753 | 370.407 | 386.012 |
| Porcentaje de personas de 60 años y más | 7,6 | 7,7 | 7,8 | 8,0 | 8,1 | 8,3 | 8,6 | 8,8 |
| Número de personas de 80 años y más | 43.445 | 44.580 | 46.412 | 48.355 | 50.385 | 52.615 | 55.380 | 58.431 |
| Porcentaje de personas de 80 años y más | 1,11 | 1,11 | 1,14 | 1,17 | 1,20 | 1,23 | 1,28 | 1,33 |
| Número de personas de 85 años y más | 20.346 | 21.117 | 21.992 | 22.870 | 23.630 | 24.132 | 24.736 | 25.897 |
| Porcentaje de personas de 85 años y más | 0,52 | 0,53 | 0,54 | 0,55 | 0,56 | 0,57 | 0,57 | 0,59 |
| Índice de envejecimiento | 15,6 | 16,2 | 17,0 | 17,8 | 18,6 | 19,5 | 20,4 | 21,4 |
| Relación de dependencia de edades avanzadas | 8,4 | 8,5 | 8,5 | 8,6 | 8,7 | 8,8 | 8,9 | 9,1 |
| Razón de apoyo | 5,9 | 5,8 | 5,8 | 5,7 | 5,6 | 5,4 | 5,3 | 5,2 |
| Peso de la población de 80 años y más entre la población adulta mayor | 20,9 | 20,7 | 20,8 | 20,8 | 21,0 | 21,1 | 21,4 | 21,8 |
| Edad mediana de la población de 60 años y más | 69 | 69 | 69 | 69 | 69 | 69 | 69 | 69 |
| Edad mediana de la población de 65 años y más | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 73 | 73 | 73 |
| Edad mediana de la población de 80 años y más | 84 | 84 | 84 | 84 | 84 | 84 | 84 | 84 |
| Edad mediana de la población de 85 años y más | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 | 89 |
| Tasa global de fecundidad del país | 2,4 | 2,3 | 2,1 | 2,1 | 2,0 | 1,9 | 1,9 | 1,9 |
| Tasa de crecimiento promedio anual de la población de 65 años y más | 3,4 | 3,6 | 3,8 | 3,6 | 3,5 | 3,7 | 3,6 | 3,6 |
| Tasa de crecimiento promedio anual de la población de 80 años y más | 2,6 | 4,0 | 4,1 | 4,1 | 4,3 | 5,1 | 5,4 | 4,8 |
| Tasa de crecimiento promedio anual de la población de 85 años y más | 3,7 | 4,1 | 3,9 | 3,3 | 2,1 | 2,5 | 4,6 | 3,7 |
| Índice de masculinidad entre los adultos mayores | 89,3 | 88,8 | 88,4 | 88,3 | 88,2 | 88,0 | 87,6 | 87,4 |
| Índice de feminidad entre los adultos mayores | 112,0 | 112,6 | 113,1 | 113,3 | 113,4 | 113,7 | 114,1 | 114,5 |
| Esperanza de vida al nacer | 77,7 | 78,0 | 78,5 | 78,2 | 78,4 | 79,0 | 79,0 | 79,2 |
| Esperanza de vida al nacer de los hombres | 75,4 | 75,3 | 76,1 | 76,4 | 76,2 | 76,8 | 76,5 | 76,8 |
| Esperanza de vida al nacer de las mujeres | 80,2 | 80,8 | 80,9 | 80,2 | 80,7 | 81,3 | 81,6 | 81,8 |
| Esperanza de vida a los 65 años | 18,4 | 18,3 | 19,1 | 18,9 | 18,9 | 19,4 | 19,4 | 19,5 |
| Esperanza de vida de los hombres a los 65 años | 17,2 | 17,1 | 17,8 | 17,7 | 17,7 | 18,1 | 17,9 | 18,1 |
| Esperanza de vida de las mujeres a los 65 años | 19,6 | 19,4 | 20,4 | 20,0 | 20,0 | 20,6 | 20,8 | 20,8 |
| Migración regional de la población de 65 años y más | 2.098 | 2.530 | 2.779 | 4.515 | 3.737 | 5.640 | 3.373 | 2.892 |
| Migración regional de la población masculina de 65 años y más | 1.041 | 1.214 | 1.650 | 2.837 | 1.926 | 3.210 | 1.633 | 827 |
| Migración regional de la población femenina de 65 años y más | 1.057 | 1.316 | 1.129 | 1.678 | 1.811 | 2.430 | 1.740 | 2.065 |
| Porcentaje de adultos mayores que cambiaron de región de residencia | 1,0 | 1,1 | 1,2 | 1,8 | 1,5 | 2,1 | 1,2 | 1,0 |
| Migración cantonal de la población de 65 años y más | 3.582 | 3.383 | 3.568 | 6.244 | 5.626 | 7.418 | 4.030 | 4.728 |
| Porcentaje de adultos mayores que cambiaron de cantón de residencia | 1,6 | 1,5 | 1,5 | 2,5 | 2,2 | 2,7 | 1,4 | 1,6 |



| Indicador | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Arreglos Familiares | | | | | | | | |
| Hogares con adultos mayores | 183.238 | 180.663 | 180.917 | 191.892 | 197.418 | 207.657 | 219.737 | 229.797 |
| Porcentaje de hogares con adultos mayores | 19,7 | 18,5 | 17,9 | 18,3 | 18,0 | 18,3 | 18,8 | 19,2 |
| Crecimiento porcentual del número de hogares con adultos mayores | | -1,4 | 0,1 | 6,1 | 2,9 | 5,2 | 5,8 | 4,6 |
| Tamaño promedio de los hogares con adultos mayores | 3,6 | 3,4 | 3,5 | 3,5 | 3,3 | 3,3 | 3,2 | 3,2 |
| Porcentaje de hogares conformados solo por adultos mayores | 4,3 | 4,5 | 4,3 | 4,5 | 5,0 | 5,1 | 5,4 | 5,5 |
| Número promedio de adultos mayores en los hogares con adultos mayores | 1,32 | 1,30 | 1,32 | 1,30 | 1,30 | 1,30 | 1,29 | 1,29 |
| Porcentaje de hogares con adultos mayores conformados por más de una generación | 22,0 | 24,2 | 24,1 | 24,6 | 27,6 | 27,9 | 28,6 | 28,8 |
| Porcentaje de hogares con adultos mayores conformados por tres o más generaciones | 29,9 | 27,0 | 29,7 | 28,5 | 26,8 | 25,3 | 24,1 | 25,4 |
| Porcentaje de adultos mayores que viven en hogares unipersonales | 10,3 | 10,2 | 9,7 | 10,7 | 11,6 | 11,8 | 12,3 | 12,4 |
| Porcentaje de hogares con jefes adultos mayores | 14,4 | 14,7 | 14,1 | 14,5 | 14,2 | 14,6 | 15,0 | 15,2 |
| Porcentaje de hogares con jefes adultos mayores hombres | 9,4 | 9,4 | 9,2 | 9,5 | 9,3 | 9,5 | 9,5 | 9,2 |
| Porcentaje de hogares con jefes adultos mayores mujeres | 5,0 | 5,3 | 4,9 | 5,0 | 5,0 | 5,1 | 5,6 | 6,0 |
| Tamaño promedio de los hogares con jefes adultos mayores | 3,2 | 3,1 | 3,1 | 3,1 | 3,0 | 2,9 | 2,8 | 2,8 |
| Tamaño promedio de los hogares con jefes adultos mayores hombres | 3,4 | 3,3 | 3,3 | 3,3 | 3,1 | 3,1 | 3,0 | 2,9 |
| Tamaño promedio de los hogares con jefes adultos mayores mujeres | 2,7 | 2,8 | 2,9 | 2,8 | 2,7 | 2,6 | 2,5 | 2,5 |
| Tasa de jefatura de hogar de los adultos mayores | 60,0 | 60,9 | 59,6 | 60,9 | 60,4 | 60,7 | 61,8 | 60,9 |
| Porcentaje de jefes mayores que viven solos | 17,2 | 16,7 | 16,3 | 17,6 | 19,1 | 19,4 | 19,9 | 20,4 |
| Porcentaje de jefes mayores que viven en pareja conyugal solos | 16,5 | 17,5 | 17,4 | 16,3 | 18,3 | 18,9 | 20,3 | 19,8 |
| Porcentaje de jefes mayores que viven en pareja conyugal y con hijos: | 32,1 | 31,0 | 31,4 | 32,1 | 30,3 | 27,7 | 26,5 | 25,3 |
| Solteros | 26,6 | 25,5 | 25,3 | 26,5 | 24,8 | 22,4 | 21,1 | 20,7 |
| Casados | 3,5 | 3,0 | 2,2 | 2,1 | 2,6 | 2,7 | 1,9 | 1,6 |
| Porcentaje de jefes mayores que viven solamente con otros parientes que no sean hijos y que no sea cónyuge | 6,9 | 8,1 | 7,8 | 7,7 | 7,7 | 7,1 | 7,2 | 7,3 |
| Porcentaje de jefes mayores que viven solamente con no parientes | 1,0 | 1,5 | 1,1 | 0,8 | 0,5 | 1,7 | 1,1 | 1,3 |
| Nupcialidad | | | | | | | | |
| Porcentaje de adultos mayores casados (matrimonio legal o religioso) | 48,3 | 46,8 | 49,3 | 49,1 | 47,7 | 48,7 | 47,7 | 46,0 |
| Porcentaje de adultos mayores en unión consensual | 5,3 | 6,8 | 4,4 | 4,4 | 5,8 | 5,2 | 5,0 | 5,5 |
| Porcentaje de adultos mayores divorciados o separados | 8,8 | 9,2 | 8,1 | 8,5 | 9,2 | 9,3 | 9,1 | 10,3 |
| Porcentaje de adultos mayores viudos | 26,3 | 26,5 | 26,9 | 27,6 | 27,2 | 28,0 | 28,8 | 27,8 |

| Indicador | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|--|-------|------|------|------|------|------|------|------|
| Porcentaje de mujeres viudas en la población adulta mayor | 37,7 | 38,4 | 39,0 | 40,9 | 40,5 | 40,4 | 41,3 | 38,7 |
| Porcentaje de adultos mayores solteros (nunca unidos o casados) | 11,2 | 10,8 | 11,4 | 10,4 | 10,2 | 8,8 | 9,3 | 10,4 |
| Urbanización/Ruralidad | | | | | | | | |
| Porcentaje de adultos mayores en la población urbana | 6,3 | 6,6 | 6,5 | 6,8 | 6,8 | 6,7 | 6,9 | 7,3 |
| Porcentaje de adultos mayores en la población rural | 5,2 | 5,2 | 5,2 | 5,1 | 5,2 | 5,8 | 6,0 | 5,8 |
| Porcentaje de hogares con adultos mayores en la zona urbana | 21,0 | 19,7 | 18,9 | 19,8 | 19,1 | 18,9 | 19,4 | 20,4 |
| Porcentaje de hogares con adultos mayores en la zona rural | 17,9 | 16,8 | 16,4 | 16,0 | 16,3 | 17,5 | 17,9 | 17,3 |
| Educación | | | | | | | | |
| Porcentaje de adultos mayores analfabetos | 17,4 | | | | | | | |
| Promedio de años de estudio de los adultos mayores | 4,0 | 4,2 | 4,2 | 4,4 | 4,4 | 4,8 | 4,6 | 4,6 |
| Porcentaje de adultos mayores hombres sin educación | 23,9 | 21,1 | 22,0 | 20,5 | 21,1 | 18,6 | 18,7 | 15,8 |
| Porcentaje de adultos mayores mujeres sin educación | 21,3 | 20,6 | 20,6 | 20,0 | 22,1 | 19,8 | 18,5 | 19,2 |
| Porcentaje de adultos mayores con educación básica | 64,1 | 63,7 | 63,9 | 63,5 | 62,3 | 61,7 | 62,8 | 64,1 |
| Porcentaje de adultos mayores con educación media | 7,1 | 9,0 | 8,9 | 9,6 | 9,4 | 10,8 | 12,0 | 11,2 |
| Porcentaje de adultos mayores con educación superior | 6,2 | 6,1 | 5,5 | 6,3 | 6,4 | 8,0 | 6,3 | 6,8 |
| Etnia | | | | | | | | |
| Porcentaje de adultos mayores pertenecientes a la población indígena | 1,20 | | | | | | | |
| Porcentaje de adultos mayores en las reservas indígenas | 0,58 | | | | | | | |
| Porcentaje de adultos mayores indígenas que viven en las reservas | 36,46 | | | | | | | |
| Participación económica | | | | | | | | |
| Tasa de participación en la actividad económica de los adultos mayores | 15,7 | 18,4 | 16,8 | 16,3 | 16,2 | 17,0 | 16,9 | 16,6 |
| Tasa de desempleo de los adultos mayores | 1,9 | 1,3 | 2,4 | 2,3 | 2,2 | 3,6 | 3,8 | 0,4 |
| Porcentaje de adultos mayores económicamente inactivos que están jubilados o pensionados | 40,6 | 41,8 | 40,1 | 42,9 | 43,7 | 46,3 | 45,5 | 44,2 |
| Porcentaje de adultos mayores económicamente inactivos que se dedican a labores del hogar | 25,1 | 28,3 | 23,9 | 21,9 | 26,7 | 26,8 | 27,3 | 28,5 |
| Porcentaje de adultos mayores económicamente inactivos que están discapacitados | 8,0 | 5,9 | 4,7 | 4,6 | 8,1 | 8,3 | 9,2 | 7,2 |
| Porcentaje de adultos mayores retirados que participan en la fuerza de trabajo | 8,6 | 13,2 | 10,5 | 10,9 | 11,2 | 12,6 | 11,3 | 11,0 |
| Porcentaje de adultos mayores jubilados o pensionados que no realizan actividades económicas en disposición de aceptar un trabajo remunerado | 5,0 | 4,8 | 5,0 | 5,2 | 3,1 | 4,5 | 4,7 | 4,4 |
| Porcentaje de adultos mayores ocupados en calidad de asalariados | 29,2 | 24,2 | 24,8 | 25,0 | 20,4 | 22,4 | 30,9 | 27,9 |
| Porcentaje de adultos mayores ocupados en calidad de patronos o empleadores | 16,5 | 19,1 | 15,6 | 19,1 | 20,1 | 20,2 | 16,6 | 17,1 |



| Indicador | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Porcentaje de adultos mayores ocupados en calidad de trabajadores por cuenta propia | 52,3 | 50,7 | 55,2 | 51,1 | 56,2 | 54,0 | 48,9 | 51,5 |
| Porcentaje de adultos mayores ocupados en calidad de trabajadores familiares no remunerados | 2,1 | 6,0 | 4,5 | 4,9 | 3,2 | 3,4 | 3,5 | 3,5 |
| Porcentaje de adultos mayores que trabajan en el sector público | 2,4 | 2,8 | 3,4 | 8,8 | 6,2 | 7,8 | 5,2 | 4,4 |
| Porcentaje de adultos mayores que trabajan en el sector primario | | 33,9 | 38,9 | 37,8 | 36,5 | 37,5 | 31,0 | 30,7 |
| Porcentaje de adultos mayores ocupados en el sector informal no agrícola de la economía | | 50,3 | 43,7 | 45,7 | 49,2 | 45,8 | 51,8 | 48,7 |
| Promedio de horas de trabajo a la semana de los adultos mayores | 37,3 | 34,9 | 34,7 | 36,8 | 34,3 | 31,8 | 33,1 | 34,4 |
| Diferencia por sexo en el salario promedio de los adultos mayores ocupados | 33.339,6 | 11.145,0 | 40.336,6 | 24.958,2 | 52.904,1 | 61.608,3 | 72.347,4 | 67.050,0 |
| Razón de brecha salarial por género de los adultos mayores | 1,8 | 0,7 | 1,5 | 1,1 | 2,8 | 2,0 | 2,4 | 1,4 |
| Tasa de participación en la actividad económica de los adultos mayores con educación básica o sin instrucción | 15,3 | 18,6 | 15,9 | 15,7 | 15,4 | 17,1 | 16,6 | 15,5 |
| Tasa de participación en la actividad económica de los adultos mayores con educación media | 23,1 | 13,6 | 25,3 | 16,3 | 17,2 | 14,9 | 16,6 | 21,0 |
| Tasa de participación en la actividad económica de los adultos mayores con educación superior | 13,0 | 23,4 | 16,6 | 22,0 | 24,9 | 19,7 | 20,2 | 22,6 |
| Ingresos y pobreza | | | | | | | | |
| Porcentaje de adultos mayores que reciben ingresos monetarios regularmente, por cualquier concepto | 70,9 | 70,6 | 73,5 | 74,6 | 73,9 | 76,1 | 75,1 | 75,9 |
| Promedio de los ingresos totales mensuales recibidos por los adultos mayores (en colones corrientes) | 64.459 | 70.299 | 74.290 | 79.586 | 90.347 | 112.034 | 107.514 | 146.261 |
| Ingreso promedio real de los adultos mayores (Año Base=2006) | 122.615 | 120.169 | 116.534 | 114.021 | 115.121 | 125.514 | 107.514 | 134.492 |
| Promedio de los ingresos totales mensuales de los hogares con adultos mayores | 170.411 | 176.527 | 184.075 | 209.165 | 234.976 | 275.348 | 266.142 | 349.155 |
| Porcentaje del ingreso total de los hogares con adultos mayores aportados por estos | 60,0 | 61,7 | 59,9 | 59,5 | 61,0 | 61,1 | 61,4 | 62,2 |
| Porcentaje de hogares con adultos mayores en situación de pobreza (método LP) | 27,0 | 28,5 | 30,0 | 25,7 | 29,5 | 27,9 | 28,2 | 21,4 |
| Porcentaje de hogares con adultos mayores en situación de pobreza (método LP), en zona urbana con respecto al total de hogares con adultos mayores | 14,1 | 14,9 | 15,9 | 13,7 | 15,3 | 13,9 | 14,8 | 13,4 |
| Porcentaje de hogares con adultos mayores en situación de pobreza, según el método LP zona rural con respecto al total de hogares con adultos mayores | 12,9 | 13,6 | 14,1 | 12,1 | 14,1 | 14,0 | 13,5 | 8,0 |
| Significación de los ingresos de los adultos mayores en la reducción de la pobreza | 7,21 | 7,22 | 7,05 | 7,49 | 7,09 | 7,90 | 7,91 | 8,85 |

| Indicador | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|--|------|---------|------|---------|------|------|---------|---------|
| Seguridad Social | | | | | | | | |
| Porcentaje de adultos mayores cubiertos por la seguridad social | 94,5 | 94,7 | 94,2 | 93,8 | 93,5 | 93,8 | 94,5 | 94,5 |
| Porcentaje de adultos mayores hombres cubiertos por la seguridad social | 93,2 | 94,1 | 92,2 | 92,1 | 92,8 | 92,6 | 93,3 | 93,4 |
| Porcentaje de adultos mayores mujeres cubiertos por la seguridad social | 95,7 | 95,2 | 96,0 | 95,3 | 94,0 | 94,9 | 95,5 | 95,4 |
| Porcentaje de adultos mayores cubiertos por la seguridad social, que reciben alguna prestación no contributiva | 18,8 | 21,1 | 23,9 | 27,9 | 20,9 | 19,4 | 18,7 | 18,4 |
| Valor promedio de las pensiones contributivas | n.d | 73.153 | n.d | 86.042 | n.d | n.d | 113.552 | 149.381 |
| Valor promedio real de las pensiones contributivas (Año base=2006) | n.d | 125.048 | n.d | 123.270 | n.d | n.d | 113.552 | 137.362 |
| Porcentaje de adultos mayores pensionados con pensiones contributivas insuficientes | n.d | 4,0 | n.d | 6,7 | n.d | n.d | 13,2 | 9,7 |
| Edad legal para jubilarse | 65 | 65 | 65 | 65 | 65 | 65 | 65 | 65 |
| Edad promedio de los hombres jubilados | 68,3 | 69,1 | 68,9 | 68,7 | 68,9 | 70,0 | 68,8 | 68,8 |
| Edad promedio de las mujeres jubiladas | 64,5 | 66,0 | 65,5 | 65,5 | 65,3 | 65,7 | 66,7 | 66,7 |
| Vivienda | | | | | | | | |
| Porcentaje de adultos mayores que residen en vivienda propia (suya o de otros miembros del hogar) | 87,6 | 86,4 | 88,0 | 86,5 | 85,4 | 86,2 | 86,8 | 86,7 |
| Porcentaje de hogares con jefes mayores que residen en vivienda propia (suya o de otros miembros del hogar) | 86,6 | 85,9 | 87,3 | 87,2 | 85,8 | 85,8 | 86,3 | 86,2 |
| Porcentaje de adultos mayores residentes en viviendas con materiales de las paredes deficientes | 12,4 | 12,4 | 14,3 | 16,3 | 15,5 | 14,5 | 16,1 | 14,5 |
| Porcentaje de hogares con jefes mayores residentes en viviendas con materiales de las paredes deficientes | 13,9 | 13,6 | 16,3 | 16,4 | 16,6 | 15,2 | 16,0 | 15,4 |
| Porcentaje de adultos mayores residentes en hogares sin servicio de agua corriente (red de agua potable) dentro de la vivienda | 6,6 | 4,4 | 4,5 | 4,0 | 4,1 | 4,1 | 3,1 | 2,4 |
| Porcentaje de hogares con jefes mayores sin servicio de agua corriente (red de agua potable) dentro de la vivienda | 7,3 | 5,2 | 5,0 | 4,3 | 4,3 | 4,4 | 3,2 | 2,5 |
| Porcentaje de adultos mayores residentes en hogares sin servicio de electricidad | 2,6 | 2,3 | 1,6 | 1,3 | 1,1 | 1,0 | 1,0 | 1,1 |
| Porcentaje de hogares con jefes mayores sin servicio de electricidad | 2,8 | 1,7 | 1,9 | 1,4 | 1,3 | 1,2 | 1,1 | 1,2 |
| Porcentaje de adultos mayores residentes en hogares sin servicio sanitario (no tiene) | 0,3 | 0,4 | 0,2 | 0,6 | 0,4 | 0,3 | 0,4 | 0,2 |
| Porcentaje de hogares con jefes mayores sin servicio sanitario (no tiene) | 0,5 | 0,6 | 0,3 | 0,7 | 0,6 | 0,3 | 0,4 | 0,3 |
| Porcentaje de adultos mayores residentes en hogares con inodoro | 92,2 | 92,2 | 93,4 | 93,9 | 94,4 | 94,6 | 95,3 | 96,2 |
| Porcentaje de hogares con jefes mayores con inodoro | 91,4 | 90,8 | 92,4 | 93,1 | 93,4 | 94,0 | 95,2 | 95,6 |
| Porcentaje de hogares con jefes mayores en los que existe hacinamiento | 7,8 | 8,6 | 7,3 | 7,4 | 7,5 | 6,8 | 6,2 | 6,9 |
| Porcentaje de adultos mayores residentes en hogares con hacinamiento | 9,3 | 9,7 | 9,2 | 8,4 | 8,2 | 8,1 | 7,6 | 8,2 |



| Indicador | Definición del indicador | Fuente |
|---|--|---|
| Demografía del crecimiento | | |
| Número de personas de 65 años y más | Población total (ambos sexos) de 65 años y más | Proyecciones de población, CCP-INEC (2008) |
| Porcentaje de personas de 65 años y más | Relación entre la población de 65 años y más y la población total, por cien | Proyecciones de población, CCP-INEC (2008) |
| Número de personas de 60 años y más | Población total (ambos sexos) de 60 años y más | Proyecciones de población, CCP-INEC (2008) |
| Porcentaje de personas de 60 años y más | Relación entre la población de 60 años y más y la población total, por cien | Proyecciones de población, CCP-INEC (2008) |
| Número de personas de 80 años y más | Población total (ambos sexos) de 80 años y más | Proyecciones de población, CCP-INEC (2008) |
| Porcentaje de personas de 80 años y más | Relación entre la población de 80 años y más y la población total, por cien | Proyecciones de población, CCP-INEC (2008) |
| Número de personas de 85 años y más | Población total (ambos sexos) de 85 años y más | Proyecciones de población, CCP-INEC (2008) |
| Porcentaje de personas de 85 años y más | Relación entre la población de 85 años y más y la población total, por cien | Proyecciones de población, CCP-INEC (2008) |
| Índice de envejecimiento | Relación entre la población de 65 años y más y la población menor de 15 años, por cien | Proyecciones de población, CCP-INEC (2008) |
| Relación de dependencia de edades avanzadas | Relación entre la población de 65 años y más y la población de 15 a 64 años, por cien | Proyecciones de población, CCP-INEC (2008) |
| Razón de apoyo | Relación entre la población de 85 años y más y la población de 50 a 64 años de edad, por cien | Proyecciones de población, CCP-INEC (2008) |
| Peso de la población de 80 años y más entre los adultos mayores | Relación entre la población de 80 años y más y la población de 65 años y más, por cien | Proyecciones de población, CCP-INEC (2008) |
| Edad mediana de la población de 60 años y más | Es la edad que divide a la población en dos grupos, a partir de los 60 años, del mismo tamaño, de modo que una mitad de la población es menor que esa edad y la otra es mayor | Proyecciones de población, CCP-INEC (2008) |
| Edad mediana de la población de 65 años y más | Es la edad que divide a la población en dos grupos, a partir de los 65 años, del mismo tamaño, de modo que una mitad de la población es menor que esa edad y la otra es mayor | Proyecciones de población, CCP-INEC (2008) |
| Edad mediana de la población de 80 años y más | Es la edad que divide a la población en dos grupos, a partir de los 80 años, del mismo tamaño, de modo que una mitad de la población es menor que esa edad y la otra es mayor | Proyecciones de población, CCP-INEC (2008) |
| Edad mediana de la población de 85 años y más | Es la edad que divide a la población en dos grupos, a partir de los 85 años, del mismo tamaño, de modo que una mitad de la población es menor que esa edad y la otra es mayor | Proyecciones de población, CCP-INEC (2008) |
| Tasa global de fecundidad del país | Número de hijos que en promedio tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva si durante la misma estuvieran expuestas a las tasas de fecundidad por edad del período de estudio | CCP Tasas de fecundidad por edad. Costa Rica 1950-. En: http://ccp.ucr.ac.cr |
| Tasa de crecimiento promedio anual de la población de 65 años y más | Tasa de crecimiento anual de la población de 65 años y más | Proyecciones de población, CCP-INEC (2008) |
| Tasa de crecimiento promedio anual de la población de 80 años y más | Tasa de crecimiento anual de la población de 80 años y más | Proyecciones de población, CCP-INEC (2008) |
| Tasa de crecimiento promedio anual de la población de 85 años y más | Tasa de crecimiento anual de la población de 85 años y más | Proyecciones de población, CCP-INEC (2008) |
| Índice de masculinidad entre los adultos mayores | Número de hombres de 65 años y más por cada 100 mujeres de 65 años y más | Proyecciones de población, CCP-INEC (2008) |
| Índice de feminidad entre los adultos mayores | Número de mujeres de 65 años y más por cada 100 hombres de 65 años y más | Proyecciones de población, CCP-INEC (2008) |
| Esperanza de vida al nacer | Número promedio de años que se espera viva una cohorte de personas si se mantienen constantes las tasas de mortalidad por sexo y edad prevalecientes en el momento de su nacimiento | Centro Centroamericano de Población. Indicadores demográficos En: http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/ |

| | | |
|---|---|---|
| Esperanza de vida al nacer de los hombres | Número promedio de años que se espera viva una cohorte de hombres si se mantienen constantes las tasas de mortalidad y edad prevalecientes en el momento de su nacimiento | Centro Centroamericano de Población. Indicadores demográficos En: http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/ |
| Esperanza de vida al nacer de las mujeres | Número promedio de años que se espera viva una cohorte de mujeres si se mantienen constantes las tasas de mortalidad y edad prevalecientes en el momento de su nacimiento | Centro Centroamericano de Población. Indicadores demográficos En: http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/ |
| Esperanza de vida a los 65 años | Número promedio de años que se espera viva una cohorte de personas a partir de los 65 años de edad si se mantienen constantes las tasas de mortalidad por sexo y edad prevalecientes en ese momento | Centro Centroamericano de Población. Indicadores demográficos En: http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/ |
| Esperanza de vida de los hombres a los 65 años | Número promedio de años que se espera viva una cohorte de hombres a partir de los 65 años de edad si se mantienen constantes las tasas de mortalidad y edad prevalecientes en ese momento | Centro Centroamericano de Población. Indicadores demográficos En: http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/ |
| Esperanza de vida de las mujeres a los 65 años | Número promedio de años que se espera viva una cohorte de mujeres a partir de los 65 años de edad si se mantienen constantes las tasas de mortalidad y edad prevalecientes en ese momento | Centro Centroamericano de Población. Indicadores demográficos En: http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/ |
| Migración regional de la población de 65 años y más | Número de personas mayores de 65 años que cambiaron de región de residencia en los últimos dos años (respecto a los últimos cinco años en los años 2000 al 2002) | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Migración regional de la población masculina de 65 años y más | Número de hombres mayores de 65 años que cambiaron de región de residencia en los últimos dos años (respecto a los últimos cinco años en los años 2000 al 2002) | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Migración regional de la población femenina de 65 años y más | Número de mujeres mayores de 65 años que cambiaron de región de residencia en los últimos dos años (respecto a los últimos cinco años en los años 2000 al 2002) | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores que cambiaron de región de residencia | Porcentaje del número de personas mayores de 65 años que cambiaron de región de residencia en los últimos dos años (respecto a los últimos cinco años en los años 2000 al 2002) | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Migración cantonal de la población de 65 años y más | Número de personas mayores de 65 años que cambiaron de cantón de residencia en los últimos dos años (respecto a los últimos cinco años en los años 2000 al 2002) | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores que cambiaron de cantón de residencia | Porcentaje del número de personas mayores de 65 años que cambiaron de cantón de residencia en los últimos dos años (respecto a los últimos cinco años en los años 2000 al 2002) | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Arreglos Familiares | | |
| Hogares con adultos mayores | Número de hogares en que residen adultos mayores | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de hogares con adultos mayores | Relación entre el número de hogares en que residen adultos mayores y el total de hogares, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Crecimiento porcentual del número de hogares con adultos mayores | Porcentaje de cambio en el número de hogares con adultos mayores registrados en la encuesta con respecto al número registrado el año anterior | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Tamaño promedio de los hogares con adultos mayores | Cociente entre la suma de todos los miembros habituales de los hogares con adultos mayores y el total de estos hogares | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de hogares conformados solo por adultos mayores | Relación entre el número de hogares en que residen sólo adultos mayores y el total de hogares, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Número promedio de adultos mayores en los hogares con adultos mayores | Promedio de personas adultas mayores en hogares con adultos mayores | |



| | | |
|--|--|---|
| Porcentaje de hogares con adultos mayores conformados por más de una generación | Relación entre el número de hogares con adultos mayores en que hay: a) (hijos(as) o yerno/nuera) o b) nietos (as) o c) padres/suegros, del jefe y el total de hogares con adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de hogares con adultos mayores conformados por tres o más generaciones | Relación entre el número de hogares con adultos mayores en que hay: a) (hijos (as) o yerno/nuera) y (nietos (as) del jefe), o b) (hijos (as) o yerno/nuera) y (padres/suegros), o c) (nietos (as) y padres/suegros del jefe) y el total de hogares con adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores que viven en hogares unipersonales | Relación entre el número de adultos mayores que viven en hogares unipersonales y el total de adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de hogares con jefes adultos mayores | Relación entre el número de hogares cuyo jefe(a) es un adulto mayor y el total de hogares, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de hogares con jefes adultos mayores hombres | Relación entre el número de hogares cuyo jefe es un adulto mayor hombre y el total de hogares, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de hogares con jefes adultos mayores mujeres | Relación entre el número de hogares cuyo jefe es una mujer adulta mayor y el total de hogares, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Tamaño promedio de los hogares con jefes adultos mayores total | Cociente entre la suma de todos los miembros habituales de los hogares con jefes mayores y el total de estos hogares | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Tamaño promedio de los hogares con jefes adultos mayores hombres | Cociente entre la suma de todos los miembros habituales de los hogares con jefes mayores hombres y el total de estos hogares | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Tamaño promedio de los hogares con jefes adultos mayores mujeres | Cociente entre la suma de todos los miembros habituales de los hogares con jefes mayores mujeres y el total de estos hogares | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Tasa de jefatura de hogar de los adultos mayores | Relación entre adultos mayores jefes de hogar y el total de adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de jefes mayores que viven solos | Relación entre los jefes mayores que viven solos y el total de jefes mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de jefes mayores que viven en pareja conyugal solos | Relación entre jefes mayores que viven en pareja conyugal solos y el total de jefes mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de jefes mayores que viven en pareja conyugal y con hijos | Relación entre jefes mayores que viven en pareja conyugal con hijos y el total de jefes mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Solteros | Relación entre jefes mayores que viven en pareja conyugal y con hijos solteros y el total de jefes mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Casados | Relación entre jefes mayores que viven en pareja conyugal y con hijos casados y el total de jefes mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de jefes mayores que viven solamente con otros parientes que no sean hijos y que no sea cónyuge | Relación entre jefes mayores que viven solamente con otros parientes que no sean hijos y el total de jefes mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de jefes mayores que viven solamente con no parientes | Relación entre jefes mayores que viven solamente con no parientes y el total de jefes mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Nupcialidad | | |
| Porcentaje de adultos mayores casados (matrimonio legal o religioso) | Relación entre el número de adultos mayores casados y el total de adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores en unión consensual | Relación entre el número de adultos mayores en unión consensual y el total de adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores divorciados o separados | Relación entre el número de adultos mayores divorciados o separados y el total de adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |

| | | |
|--|---|---|
| Porcentaje de adultos mayores viudos | Relación entre el número de adultos mayores viudos y el total de adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de mujeres viudas en la población adulta mayor | Relación entre el número de mujeres viudas en la población adulta mayor y el total de mujeres adultas mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores solteros (nunca unidos o casados) | Relación entre el número de adultos mayores solteros y el total de adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Urbanización/Ruralidad | | |
| Porcentaje de adultos mayores en la población urbana | Relación entre el número de adultos mayores que residen en localidades urbanas y el total de población urbana, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores en la población rural | Relación entre el número de adultos mayores que residen en localidades rurales y el total de población rural, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de hogares con adultos mayores en la zona urbana | Relación entre el número de hogares de la zona urbana en que residen adultos mayores y el total de hogares, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de hogares con adultos mayores en la zona rural | Relación entre el número de hogares de la zona rural en que residen adultos mayores y el total de hogares, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Educación | | |
| Porcentaje de adultos mayores analfabetos | Relación entre el número de adultos mayores que no saben leer ni escribir y el total de adultos mayores, por cien | Censo de Población 2000, INEC |
| Promedio de años de estudio de los adultos mayores | Cociente entre la suma de los años de estudio aprobados por los adultos mayores y el total de adultos mayores | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores hombres sin educación | Relación entre el número de hombres adultos mayores sin educación y el total de hombres adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores mujeres sin educación | Relación entre el número de mujeres adultas mayores sin educación y el total de mujeres adultas mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores con educación básica | Relación entre el número de adultos mayores con alguna educación básica (no más de 6° grado aprobado) y el total de adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores con educación media | Relación entre el número de adultos mayores que han aprobado no más de algún grado de la educación media (7° a 11° o 12° en la educación técnica) y el total de adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores con educación superior | Relación entre el número de adultos mayores que han aprobado algún grado del nivel superior de educación y el total de adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Etnia | | |
| Porcentaje de adultos mayores pertenecientes a la población indígena | Relación entre el número de adultos mayores que pertenecen a la población indígena y el total de adultos mayores, por cien | Censo de población 2000, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores en las reservas indígenas | Relación entre el número de adultos mayores en las reservas indígenas que pertenecen a la población indígena y el total de habitantes en las reservas indígenas, por cien | Censo de población 2000, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores indígenas que viven en las reservas | Relación entre el número de adultos mayores que pertenecen a la población indígena y viven en las reservas indígenas que pertenecen a la población indígena y el número de adultos mayores que pertenecen a la población indígena, por cien | Censo de población 2000, INEC |
| Participación económica | | |
| Tasa de participación en la actividad económica de los adultos mayores | Relación entre los adultos mayores económicamente activos (ocupados más desocupados) y el total de adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |



| | | |
|--|---|---|
| Tasa de desempleo de los adultos mayores | Relación entre el número de adultos mayores desocupados y los adultos mayores económicamente activos, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores económicamente inactivos que están jubilados o pensionados | Relación entre los adultos mayores económicamente inactivos en la categoría de jubilados o pensionados y el total de adultos mayores económicamente inactivos, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores económicamente inactivos que se dedican a labores del hogar | Relación entre los adultos mayores económicamente inactivos dedicados a labores domésticas y el total de adultos mayores económicamente inactivos, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores económicamente inactivos que están discapacitados | Relación entre los adultos mayores económicamente inactivos en la categoría de inválidos o recluidos y el total de adultos mayores económicamente inactivos, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores retirados que participan en la fuerza de trabajo | Relación entre los adultos mayores jubilados o pensionados que participan en actividades económicas y el total de adultos mayores jubilados o pensionados, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores jubilados o pensionados que no realizan actividades económicas en disposición de aceptar un trabajo remunerado | Relación entre los adultos mayores jubilados o pensionados que desearían trabajar y están dispuestos y el total de adultos mayores jubilados o pensionados que no realizan actividades económicas, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores ocupados en calidad de asalariados | Relación entre los adultos mayores ocupados en la categoría de asalariados y el total de adultos mayores ocupados, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores ocupados en calidad de patronos o empleadores | Relación entre los adultos mayores ocupados en la categoría de patronos o empleadores y el total de adultos mayores ocupados, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores ocupados en calidad de trabajadores por cuenta propia | Relación entre los adultos mayores ocupados en la categoría de trabajadores por cuenta propia y el total de adultos mayores ocupados, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores ocupados en calidad de trabajadores familiares no remunerados | Relación entre los adultos mayores ocupados en la categoría de trabajadores familiares no remunerados y el total de adultos mayores ocupados, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores que trabajan en el sector público | Relación entre los adultos mayores asalariados que trabajan en instituciones o empresas públicas y el total de los adultos mayores asalariados, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores que trabajan en el sector primario | Relación entre los adultos mayores ocupados en el sector primario de la economía (agricultura, silvicultura, caza y pesca, minas y canteras) y el total de adultos mayores ocupados, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores ocupados en el sector informal no agrícola de la economía | Relación entre los adultos mayores ocupados en actividades económicas del sector informal y el total de adultos mayores ocupados, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Promedio de horas de trabajo a la semana de los adultos mayores | Cociente entre la suma de las horas semanales de trabajo de todos los adultos mayores ocupados y el total de AM. | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Diferencia por sexo en el salario promedio de los adultos mayores ocupados | Diferencia entre el salario promedio de las mujeres y el de los hombres adultos mayores ocupados con ingreso conocido derivado de la ocupación principal | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Razón de brecha salarial por género de los adultos mayores | Relación entre la brecha salarial por género de los adultos mayores y la brecha salarial por género en la población de 20-59 años, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Tasa de participación en la actividad económica de los adultos mayores con educación básica o sin instrucción | Relación entre los adultos mayores con educación básica o sin instrucción económicamente activos y el total de adultos mayores con educación básica o sin instrucción, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Tasa de participación en la actividad económica de los adultos mayores con educación media | Relación entre los adultos mayores con educación media económicamente activos y el total de adultos mayores con educación media, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Tasa de participación en la actividad económica de los adultos mayores con educación superior | Relación entre los adultos mayores con educación superior económicamente activos y el total de adultos mayores con educación superior, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |

| Ingresos y pobreza | | |
|--|--|--|
| Porcentaje de adultos mayores que reciben ingresos monetarios regularmente, por cualquier concepto | Relación entre los adultos mayores que tienen ingresos monetarios regulares (mensuales) y el total de adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Promedio de los ingresos totales mensuales recibidos por los adultos mayores (en colones corrientes)* | Cociente entre la suma de los ingresos mensuales totales recibidos por los adultos mayores y el total de los adultos mayores | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC y BCCR |
| Ingreso promedio real de los adultos mayores (Año Base=2006)* | Promedio de los ingresos reales mensuales recibidos por los adultos mayores con año base=2006 | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Promedio de los ingresos totales mensuales de los hogares con adultos mayores | Cociente entre la suma de los ingresos mensuales totales de los hogares con adultos mayores y el total de hogares con adultos mayores | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje del ingreso total de los hogares con adultos mayores aportados por estos | Cociente entre la suma de ingresos totales mensuales de los adultos mayores y la suma de los ingresos mensuales de los hogares con adultos mayores | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de hogares con adultos mayores en situación de pobreza, según el método LP | Relación entre el total de hogares con adultos mayores clasificados como pobres y el total de hogares con adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de hogares con adultos mayores en situación de pobreza, según el método LP zona urbana con respecto al total de hogares con adultos mayores | Relación entre el total de hogares con adultos mayores clasificados como pobres (método LP) en la zona urbana y el total de hogares con adultos mayores en el país, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de hogares con adultos mayores en situación de pobreza, según el método LP zona rural con respecto al total de hogares con adultos mayores | Relación entre el total de hogares con adultos mayores clasificados como pobres (método LP) en la zona rural y el total de hogares con adultos mayores en el país, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Significación de los ingresos de los adultos mayores en la reducción de la pobreza | Porcentaje de hogares que pasan de ser pobres a no pobres por el efecto de los ingresos de los adultos mayores | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Seguridad Social | | |
| Porcentaje de adultos mayores cubiertos por la seguridad social | Relación entre el número de adultos mayores beneficiarios de la seguridad social y el total de adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores hombres cubiertos por la seguridad social | Relación entre el número de hombres adultos mayores beneficiarios de la seguridad social y el total de hombres adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores mujeres cubiertos por la seguridad social | Relación entre el número de mujeres adultas mayores beneficiarias de la seguridad social y el total de mujeres adultas mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores cubiertos por la seguridad social, que reciben alguna prestación no contributiva | Relación entre el número de adultos mayores que reciben alguna prestación no contributiva y el total de adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Valor promedio de las pensiones contributivas | Cociente entre la suma de los montos de todas las pensiones y jubilaciones del sistema de seguridad social y el total de jubilados y pensionados (No incluye pensiones del régimen no contributivo) | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Valor promedio real de las pensiones contributivas (Año base=2006) | Cociente entre la suma de los montos reales de todas las pensiones y jubilaciones del sistema de seguridad social y el total de jubilados y pensionados (Año base=2006) (No incluye pensiones del régimen no contributivo) | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC y BCCR |
| Porcentaje de adultos mayores pensionados con pensiones contributivas insuficientes | Relación entre los adultos mayores con ingresos por pensiones inferiores al costo de la canasta básica para una persona y el total de adultos mayores pensionados y jubilados, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Edad legal para jubilarse | Edad establecida por ley para la jubilación | CCSS |
| Edad promedio de los hombres jubilados | Edad promedio del total de hombres pensionados o jubilados | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Edad promedio de las mujeres jubiladas | Edad promedio del total de mujeres pensionadas o jubiladas | |



| Vivienda | | |
|--|--|---|
| Porcentaje de adultos mayores que residen en vivienda propia (suya o de otros miembros del hogar) | Relación entre los adultos mayores residentes en viviendas pertenecientes a algún miembro del hogar y el total de adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de hogares con jefes mayores que residen en vivienda propia (suya o de otros miembros del hogar) | Relación entre los hogares con jefes mayores residentes en viviendas propiedad de algún miembro del hogar y el total de hogares con jefes mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores residentes en viviendas con materiales de las paredes deficientes | Relación entre los adultos mayores que habitan en viviendas con paredes deficientes y el total de adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de hogares con jefes mayores residentes en viviendas con materiales de las paredes deficientes | Relación entre los hogares con jefes mayores residentes en viviendas con paredes deficientes y el total de hogares con jefes mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores residentes en hogares sin servicio de agua corriente (red de agua potable) dentro de la vivienda | Relación entre los hogares con adultos mayores en hogares sin agua corriente (red de agua potable) dentro de la vivienda y el total de hogares con jefes mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de hogares con jefes mayores sin servicio de agua corriente (red de agua potable) dentro de la vivienda | Relación entre los hogares con jefes mayores en hogares sin agua corriente (red de agua potable) dentro de la vivienda y el total de hogares con jefes mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores residentes en hogares sin servicio de electricidad | Relación entre los adultos mayores residentes en hogares sin servicio de electricidad y el total de adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de hogares con jefes mayores sin servicio de electricidad | Relación entre los hogares con jefes mayores sin servicio de electricidad y el total de hogares con jefes mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores residentes en hogares sin servicio sanitario (no tiene) | Relación entre los adultos mayores residentes en hogares sin servicio sanitario y el total de adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de hogares con jefes mayores sin servicio sanitario | Relación entre los hogares con jefes mayores sin servicio sanitario y el total de hogares con jefes mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores residentes en hogares con inodoro | Relación entre los adultos mayores residentes en hogares con inodoro y el total de adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de hogares con jefes mayores con inodoro | Relación entre los hogares con jefes mayores con inodoro y el total de adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de hogares con jefes mayores en los que existe hacinamiento | Relación entre los adultos mayores residentes en hogares con hacinamiento (más de 3 personas por dormitorio) y el total de adultos mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |
| Porcentaje de adultos mayores residentes en hogares con hacinamiento | Relación entre los hogares con jefes mayores en que hay hacinamiento (más de 3 personas por dormitorio) y el total de hogares con jefes mayores, por cien | Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INEC |

Bibliografía

- AGECO. 2006. Red Nacional de Clubes de Personas Mayores: Estrategia de Trabajo Operativo. Noviembre. San José, Asociación Gerontológica Costarricense.
- Agüero, M. et al. 2002. Caries radicular y edentulismo: diagnóstico en los adultos mayores de 60 años del cantón de Goicoechea, año 2002. Licenciatura en odontología. Facultad de Odontología. Universidad de Costa Rica.
- Aguilar, K. et al. 1999. Caries radicular en los adultos mayores del cantón de Curridabat. UCR. Facultad de Odontología. Universidad de Costa Rica.
- Albala, C. García, C. y Lera, L. 2007. Condiciones de salud de los ancianos en América Latina y el Caribe. Santiago Chile, Organización Panamericana de la Salud.
- Allen, P. Rojas, M. y Salas, J. 2005. Violencia: un problema de salud pública. San José. Ministerio de Salud.
- Arguedas, A. 2008. Funcionaria del Programa Ciudadano de Oro-CCSS. Entrevista realizada el 8 de febrero de 2008.
- Arias, B. 2008. Marco jurídico costarricense en materia de adulto mayor. Documento preparado para el I Informe del Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.
- Arias, J. et al. 2004. Caries radicular y edentulismo: Diagnóstico de la población de 60 años y más del cantón de Moravia 2004. Licenciatura en odontología. Facultad de Odontología. Universidad de Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 1950. Ley N.º 1152. Ley de Distribución de La Lotería Nacional. Colección de leyes y decretos 1950. Semestre 1. Tomo 1.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 1951. Ley N.º 1387. Ley de Rifas y Loterías. Colección de leyes y decretos 1951. Semestre 2. Tomo 2.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 1953. Ley N.º 1644. Ley Orgánica del Sistema Bancario Nacional. Colección de leyes y decretos 1953. Semestre 2. Tomo 2.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 1966. Ley N.º 3690. Impuesto al consumo del cemento producido en Cartago, de 7 de junio de 1966, que destina un monto para los hogares de ancianos de la Provincia de Cartago. Colección de leyes y decretos 1966. Semestre 1. Tomo 2.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 1968. Ley N.º 4229. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Pacto de Derechos Civiles y Políticos y Protocolo Facultativo. Colección de leyes y decretos 1968. Semestre 2. Tomo 2. San José, Asamblea Legislativa.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 1970. Ley N.º 4534. Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto San José). Colección de leyes y decretos 1970. Semestre 1. Tomo 1. San José, Asamblea Legislativa.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 1971. Ley N.º 4760. Ley de Creación del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y otras leyes conexas, como Ley de exoneración del pago del impuesto de consumo, Ley que crea el impuesto a los moteles, Ley N.º 6790 y otros documentos legales. Colección de leyes y decretos 1971. Semestre 1. Tomo 2.

- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 1974. Ley N.º 5662. Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares. Colección de leyes y decretos 1974. Semestre 2. Tomo 4.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 1992. Ley 7302 Régimen General de Pensiones con Cargo al Presupuesto Nacional (Marco), 8 de julio, 1992. Publicado en La Gaceta N.º 134 del 15 de julio 1992. San José.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 1998. Ley N.º 7727. Ley sobre Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social. Publicado en La Gaceta N.º 9 del 14 de enero del 1998. San José, Asamblea Legislativa.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 1998. Ley N.º 7732. Ley Reguladora de Mercado de Valores. Publicado en La Gaceta N.º 18 del 27 de enero del 1998. San José.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 1999. Ley N.º 7935 Ley Integral de la Persona Adulta Mayor y su Reglamento Ley N.º 7935. San José. Asamblea Legislativa.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 1999. Ley N.º 7935. 1999. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. Publicado en La Gaceta N.º 221 del 15 de noviembre del 1999. San José, Asamblea Legislativa.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 1999. Ley N.º 7935. 1999. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. Publicado en La Gaceta N.º 221 del 15 de noviembre del 1999. San José. Asamblea Legislativa.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 1999. Ley N.º 7936. Reforma del artículo 33 de la Ley Reguladora del Transporte Remunerado de Personas en vehículos automotores, N.º 3503. Publicado en La Gaceta N.º 238 del 08 de diciembre del 1999. San José, Asamblea Legislativa.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 1999b. Ley N.º 7972. Creación de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos para financiar un plan integral de protección y amparo de la población adulta mayor, niñas y niños en riesgo social, personas discapacitadas abandonadas, rehabilitación de alcohólicos y farmacodependientes, apoyo a las labores de la Cruz Roja y derogación de impuestos menores sobre las actividades agrícolas y su consecuente sustitución. San José, Asamblea Legislativa.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 2000. Ley 7983 de Protección al Trabajador. Publicada en La Gaceta N.º 35 del 18 de febrero, 2000. San José.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 2000. Ley N.º 7950. Reforma Ley del Sistema Financiero para la Vivienda. Publicado en La Gaceta N.º 8 del 12 de enero del 2000. San José, Asamblea Legislativa.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 2000. Ley N.º 7972. Ley de creación de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos. Publicado en La Gaceta N.º 250 del 24 de diciembre de 1999. San José.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 2001. Ley N.º 7395. 1994 Ley de Loterías. Publicado en La Gaceta N.º 171 del 06 de setiembre del 2001. San José.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 2001. Ley N.º 8153. Reforma al art. 54 y derogación del transitorio único de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. Publicado en La Gaceta N.º 227 del 26 de noviembre del 2001. San José, Asamblea Legislativa.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 2002. Ley N.º 8239. Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados. Publicado en La Gaceta N.º 75 del 19 de abril del 2002. San José, Asamblea Legislativa.

- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 2004. Ley N.º 7342. Creación de la Lotería Popular Denominada Tiempos. Publicado en La Gaceta N.º 72 del 14 de abril del 2004. San José.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. 2006. Ley N.º 8500. Reforma de los artículos 8, 11 y 35 de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, N.º 7935, y derogación de su artículo 10. Publicado en La Gaceta N.º 114 del 14 junio del 2006. San José. Asamblea Legislativa.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. Expediente N.º 15876 Código de la Persona Adulta Mayor, iniciativa del Poder Ejecutivo. Compuesto por 139 normas y tres normas transitorias. San José, Asamblea Legislativa.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. Expediente N.º 16833 Ley para incentivar el empleo del Adulto Mayor. San José, Asamblea Legislativa.
- Asamblea Legislativa. 1996. Ley N.º 7586. Ley Contra la Violencia Doméstica. San José, Costa Rica. Publicado en La Gaceta N.º 83 del 2 de mayo del 1996. San José. Asamblea Legislativa.
- Banco Hipotecario de la Vivienda. Reglamento para la Tramitación de Bonos Familiares de Vivienda a Personas Adultas Mayores N.º 39-2000 de 28 de junio de 2000. Publicado en el Diario Oficial N.º 136 de 14 de julio de 2000.
- Barquero, J. y Trejos, J. 2004. Tipos de hogar, ciclo de vida familiar y pobreza en Costa Rica: 1987 – 200. En Revista Electrónica Población y Salud en Mesoamérica, Vol. 2, N.º 1, artículo 4, julio – diciembre. 2004.
- Beita, C. et al. 2003. Caries radicular y edentulismo: diagnóstico en la población de 60 años y más del cantón de Goicoechea. Licenciatura en odontología. Facultad de Odontología. Universidad de Costa Rica.
- Bonilla, F. y Mata, A. 1998. Plenitud después de los 60: proyecto de toda una vida. San José: Editorial UCR. 117. San José, Costa Rica.
- Bonilla, F. y Méndez, A. 1999. Autopercepción en mujeres mayores costarricenses del área rural, en Revista Anales en Gerontología 1 (1):57-67. San José, Costa Rica.
- Bonilla, F. y Méndez, A. 2001. Octogenarios y sentido de vida, en Revista Anales en Gerontología 3(3):7-26. San José, Costa Rica.
- Bonilla, F. y Rapso, M. 1997. Sentido de vida en personas mayores de 50, en Revista Reflexiones N.º 4. 54. San José, Costa Rica.
- Brenes, Y. y Martínez, J. 2007. Intervención. Retos y Desafíos en el Proceso de Intervención Social con Personas Adultas Mayores Víctimas del Síndrome del Maltrato y Atendidas en el Ámbito Hospitalario. Memoria del IV Congreso Internacional y VII Nacional de Trabajo Social. San José, Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica.
- Brenes-Camacho, G. 2008a. "Using geographical distance among family members from the electoral list as a measure of the intensity of social networks of the elderly in Costa Rica". Paper presented at the 2008 Annual Meeting of the Population Association of America, New Orleans, April 17-19.
- Brenes-Camacho, G. 2008b. The roles of family and the Welfare State in reception of public and private support by the elderly in three Latin American countries. Paper presented at the 2008 Annual Meeting of the Population Association of America, New Orleans, April 17-19.



- Brenes-Camacho, G. y Rosero-Bixby, L. (sin publicar). Differentials by SES and institutional characteristics in preventive service utilization by older persons in Costa Rica.
- Burack, R. Gurney, J. & McDaniel, A. 1998. Health status and mammography use among older women. *Journal of General Internal Medicine*, 13(6), 366-372.
- Burholt, V. Wenger, G. 1998. "Differences over time in older people's relationships with children and siblings". *Ageing and Society* 18: 537-562.
- Caja Costarricense del Seguro Social. 2005. Reforma al Reglamento del Seguro de Invalidez Vejez y Muerte de la Caja Costarricense de Seguro Social. Publicada en La Gaceta N.º 95 del 18 de mayo, 2005. San José.
- Caja Costarricense del Seguro Social. 2007. Instructivo programa Régimen no Contributivo para el trámite y control de las pensiones por vejez, invalidez, viudez, orfandad, e indigencia. 26 de noviembre, 2007. Publicado en La Gaceta N.º 227 del 26 de noviembre, 2007. San José.
- Caja Costarricense del Seguro Social. 2007a. Ciudadano de oro y Régimen No Contributivo. Ficha resumen de los programas. Documento inédito. San José, Caja Costarricense de Seguro Social.
- Caja Costarricense del Seguro Social. 2007b. Plan Estratégico Institucional 2007-2010. San José, Caja Costarricense de Seguro Social.
- Centro Centroamericano de Población, Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2008. Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad (cifras actualizadas) 1950-2050. San José, Costa Rica.
- CEPAL. 2001. Ponencia de trabajo para la Conferencia Regional sobre Capital Social y Pobreza, organizado por CEPAL y la Universidad del Estado de Michigan. Setiembre. Santiago de Chile.
- CEPAL. 2004. Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid. Santiago de Chile.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 1948. Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre. Bogotá.
- CONAPAM. 2007. Construyendo lazos de solidaridad y Envejeciendo con calidad de vida. Ficha resumen de los programas. Documento inédito. San José, Consejo Nacional para la Persona Adulta Mayor.
- CONAPAM. 2007. Cuestionario para el Diagnóstico Regional sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales. Enviado a la CEPAL. Julio.
- CONAPAM. Manual de Aprobación de Proyectos presentados por las Entidades Públicas o Privadas que desarrollan programas dirigidos a la población adulta mayor.
- CONAPAM. Manual de arreglo de pagos.
- CONAPAM. Manual de becas.
- CONAPAM. Manual de Normas para la Acreditación de Establecimientos de Atención Integral a la Persona Adulta Mayor (Centro Diurno- Hogar).
- CONAPAM. Manual de Procedimientos para la Revisión de Liquidaciones. Departamento de Evaluación y Seguimiento, Sección de Revisión y Control. Guía de Evaluación a Instituciones de bienestar social.

- CONAPAM. Manual de servicio de voluntariado.
- CONAPAM. Manual para distribución de recursos económicos a las organizaciones de Bienestar Social.
- CONAPAM. Manual para el trámite y aprobación de proyectos presentados por las organizaciones de bienestar social.
- CONAPAM. 2006. Plan Estratégico Nacional para la Atención de la Persona Adulta Mayor 2006-2012. Sesión ordinaria N° 150 de Junta Rectora.
- Contraloría General de la República. Informe N.º D-1-2005 DFOE "Directrices sobre los requisitos mínimos que deben presentar los sujetos privados para obtener la calificación de idoneidad para administrar fondos públicos". La Gaceta N.º 123 del 27 de junio. 2005.
- Contraloría General de la República. Informe N.º DAU-FOD-005-2004 referente al programa "Atención a personas adultas mayores institucionalizadas".
- Contraloría General de la República. Informe N.º DAU-FOD-010-2004 referente al programa "Atención a personas adultas mayores institucionalizadas".
- Contraloría General de la República. Informe N.º DFOE-SO-47-2005 "Informe sobre los resultados del estudio del presupuesto ordinario del fondo de desarrollo social y asignaciones familiares para el año 2006".
- Contraloría General de la República. Informe Oficio N.º 14298, de 18 de diciembre, 2001, DFOE-187, "Circular con regulaciones sobre fiscalización y control de beneficios patrimoniales, gratuitos o sin contraprestación alguna, otorgados a sujetos privados.
- Contraloría General de la República. Informe Oficio N.º 14299, 18 de diciembre, 2001, DFOE-188 "Regulaciones sobre la fiscalización y el control de los beneficios patrimoniales, gratuitos o sin contraprestación alguna, otorgados a sujetos privados.
- Contraloría General de la República. Informe Oficio N.º 14300, de 18 de diciembre, 2001, DFOE-189 "Circular con regulaciones aplicables a los sujetos privados que reciben partidas específicas y transferencias del Presupuesto Nacional, así como transferencias por beneficios patrimoniales, gratuitos o sin contraprestación alguna, de entidades u órganos públicos; o que por disposición de ley deben presentar su presupuesto para la aprobación de la Contraloría General de la República."
- Contraloría General de la República. Oficio N.º JD-091-06-06 En: Oficio CGR N.º 10360, de 26 de julio, 2006, FOE-SM-1583.
- Contraloría General de la República. Resolución del Despacho de la Contralora General de las doce horas del 14 de mayo de 2007. La Gaceta N.º 101 del 28 de mayo del 2007.
- Contraloría General de la República. Resolución del Despacho del Contralor General de las ocho horas del 22 de octubre de 2002. La Gaceta N.º 209 del 30 de octubre de 2002.
- Convenio CONAPAM y Junta de Pensiones (JUPEMA), Carta de Intenciones.
- Convenio de Cooperación CONAPAM-Universidad de Costa Rica: a) Estado de la Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, b) Estado actual de la investigación, la acción social y la docencia en salud, nutrición y bienestar de las personas adultas mayores. Sin publicar.

- Convenio de Cooperación y aporte financiero entre el CONAPAM y FODESAF.
- Convenio entre el CONAPAM y MEP.
- Corazzari, G. y Taylor, F. 1998. La problemática del abuso en el seno familiar de los adultos mayores asistentes a centros de atención diurnos de Pavas. Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Corrales, I. y Wong, L. 2003. El programa Clubes de AGECO: por la calidad de vida de las personas mayores. Licenciatura en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Costa Rica.
- Defensoría de los Habitantes. 2007. Informe anual 2006- 2007. Junio. San José, Costa Rica.
- Del Popolo, F. 2000. Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. Santiago de Chile, CEPAL. Serie Población y Desarrollo (LC/L. 1640-P).
- Delors, J. 1996. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. París, Francia.
- Durán-Valverde, F. 2002. Anti-poverty programmes in Costa Rica: the non-contributory pension scheme. ESS Paper 8. Geneva, International Labour Office ESS.
- Durston, J. 1999. Construyendo Capital Social Comunitario. Revista CEPAL N.º 69; diciembre. 103-109.
- Erikson, E. 2000. El ciclo vital completado. Traducción al español. España. Editorial Paidós. 135.
- Esquivel, S. et al. 2000. Caries radicular en los adultos mayores del cantón de Montes de Oca. Seminario de Graduación Licenciatura en odontología y Doctorado en cirugía dental. Facultad de Odontología. Universidad de Costa Rica.
- Esquivel, Z. 2007. Participación social de las personas adultas mayores en Costa Rica. Asociación Gerontológica Costarricense. Documento preparado para el I Informe del Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.
- Fernández-Rojas, X. y Méndez-Chacón, E. 2007. Estilos de vida y factores de riesgo para la salud de las personas adultas mayores del proyecto CRELES - Costa Rica 2004-2006. Población y Salud En Mesoamérica, 5(T1). Informe técnico.
- Flores, T. y Ramírez, R. 1995. Manual para la Conformación de Clubes. San José, Asociación Gerontológica Costarricense.
- Folstein, M. & Folstein, S. 1975. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research. 12(2), 189-195.
- Frankl, V. 1994. Ante el vacío existencial: hacia una humanización de la psicoterapia. Barcelona, España. 7 ed. 152.
- González, E. 2008. Programas dirigidos a las personas adultas mayores en Costa Rica. Documento preparado para el I Informe del Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.

- Guzmán, J. Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. 2003. "Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe", en Revista Notas de Población N.º 76, 190. Chile, CELADE/UNFPA.
- Hoffmaister, F. Montero, P. Solano, E. 2004. Situación de salud bucal en personas adultas mayores que asisten a los clubes integrados en las Redes de AGE-CO: I Etapa. Asociación Gerontológica Costarricense, AGE-CO. Noviembre. San José, Costa Rica.
- Hooymann, N. y Gonyea, J. 1999. A feminist model of family care: practice and policy directions. *Journal of Women & aging*. 11 (2/3): 149-169.
- Iborra, I. (editora) 2005. *Violencia contra personas mayores*. Barcelona, España: Editorial Ariel.
- IDF. 2006. *The IDF Consensus Worldwide Definition of the Metabolic Syndrome*. Brussels: International Diabetes Federation.
- Idler, E. y Benyamini, Y. 1997. Self reported health and mortality: A review of twenty seven community studies. *Journal of Health & Social Behavior* 38: 21-37.
- INEC. 2006. *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2004: principales resultados*. San José, Costa Rica. Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- Instituto Costarricense de Electricidad. *Reglamento de Política Institucional del ICE en materia de discapacidad y atención a personas adultas mayores*. La Gaceta N.º 250 de 29 de diciembre de 2006.
- Jiménez, F. 2007. *Informe del Instituto Tecnológico de Costa Rica. Comisión Interuniversitaria de la persona adulta mayor*. CONARE. Cartago, Costa Rica.
- Jiménez, S. 1998. *Las Personas Mayores y el Abuso*. San José, Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, CCSS.
- Jiménez, S. 2004. *Propuesta Programa Nacional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor Agredida y/o Abusada*. San José, Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor.
- Jiménez, S. Martínez, J. Parks, M. Román, G. 1997. *Guía de Abordaje para la detección y el tratamiento del abuso en contra de las Personas Mayores*. San José, CEINAA, Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, CCSS.
- JPSSJ. *Manual de criterios para distribución de recursos. Distribución del 58% de los Premios Prescritos y no Vendidos de las Loterías Nacionales y Renta de Lotería Popular Tiempos, destinados por Ley 7395 a los Hogares, Asilos, Albergues y Centros Diurnos para Ancianos*.
- Kabagambe, E. Baylin, A. Allan, D. Siles, X. Spiegelman, D. & Campos, H. 2000. Application of the method of triads to evaluate the performance of food frequency questionnaires and biomarkers as indicators of long-term dietary intake. *American Journal Epidemiology*. 154(12), 1126-1135.
- Katz, S. y Akpom, C. 1976. A measure of primary sociobiological functions. *International Journal of Health Services*, 6(3), 493-508.
- La Gaceta. 2006. *Diario oficial La Gaceta N.º 131*. julio. Alcance N.º 43.

- Laforest, J. 1991. *Introducción a la Gerontología: el arte de envejecer*. Barcelona, España. Editorial Herder. 185
- Lam, D y Marteleto, L. 2008. Stage of the Demographic Transition from a child's perspective: family size, cohort size, and children's resources. En: *Population and Development Review* 34(2) pp 225-252.
- Lehr, U. y Wibers, J. 1989. Les femmes dans les familles a plusiers generations, en les familles des personnes agées, no 48 mográfico de Gerontologie en Socity, Paris.
- León, M. 2007. Informe de Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor. PAIPAM. Universidad Nacional. Heredia. Costa Rica.
- León, M. Chaves, O. y Guzmán, A. 2008. Accesibilidad y uso de los servicios de salud en la población adulta mayor de Costa Rica. Dirección de Compra de Servicios de Salud, Gerencia División Administrativa, CCSS. Documento preparado para el I Informe del Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.
- López, L. 2004. Efecto demográfico en los sistemas de pensiones, en López, G. y Herrera, R. (editores) *Evolución demográfica de Costa Rica y su impacto en los sistemas de salud y pensiones*. San José. Academia de Centroamérica.
- Martín, E. 1994. La prevención comunitaria. *Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*, N.º7, Colegio Oficial de Psicólogos, Madrid, España.
- Martínez, J. 2005. Reformas recientes de las pensiones en Costa Rica: Avances hacia una mayor sostenibilidad financiera, acceso y progresividad del primer pilar de pensiones. San José. Estado de la Nación.
- Martínez, J. 2008. ¿Lo tuyo es mío y lo mío es de los dos? Seguridad social y equidad de género en Costa Rica. *Continuidades, cambios y retos*. San José. Fundación Frederich Ebert.
- Martínez, J. 2008. Maltrato, negligencia y abandono de las personas adultas mayores en Costa Rica. Documento preparado para el I Informe del Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.
- Martínez, J. Parks, M. Román, N. 2004. Modelo de Atención Integral del Abuso en Costa Rica. San José, Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado, Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, CCSS.
- Méndez, E. y Cruz, L. 2007. Oportunidades educativas para las personas adultas mayores en Costa Rica. Documento preparado para el I Informe del Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.
- Méndez, E. y Cruz, L. 2008. Redes sociales de apoyo y persona adulta mayor: Costa Rica. Documento preparado para el I Informe del Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.
- Méndez, E. y Santamaría, C. 2008. Estado de salud del adulto mayor. Documento preparado para el I Informe del Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.
- Méndez, G. 1998. Calidad de Vida de las Personas Mayores Residentes en el Hogar para Ancianos Alfredo y Delia González Flores. Estudio de Caso. Maestría en Gerontología. Universidad de Costa Rica.

- Méndez-Chacón, E. et al. 2006. Fuentes de Ingreso y Demanda en Servicios de Salud de la Población Adulta Mayor en Costa Rica: Un estudio con Base en La Encuesta de Ingresos y Gastos y El Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable (CRELES). EN PRENSA.
- Menéndez, J. et al. 2005. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5/6), 353-61.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. 2004. La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica. San José.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. 2005. Documento borrador de la Estimación de la Carga de Enfermedad en Costa Rica. San José.
- Montes de Oca, V. y Montes de Oca, M. 2005. *Redes Comunitarias, Género y Envejecimiento*. UNAM. México.
- Morales, F. y Jiménez, S. 2005. Informe Final de Costa Rica: Respuesta Global al Maltrato de las Personas Adultas Mayores, Incluyendo la Negligencia. Capacitación a los Servicios de Atención Primaria para el Abordaje de un Problema Global. San José, OMS-CIG.
- Moya, L. 2000. *Introducción a la Estadística de la Salud*. San José, Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2000, 330.
- Murillo, O. 1998. Condición bucodental, autoestima y características sociodemográficas de personas adultas mayores en el cantón de Barva de Heredia. *Magister Scientiae en Gerontología*. Facultad de Odontología. Universidad de Costa Rica.
- Naciones Unidas. 1948. Asamblea General. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resolución 217 A del 10 de diciembre de 1948. París, Francia.
- Naciones Unidas. 1982. Asamblea General. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Resolución de la Asamblea General 37/51 del 3 de diciembre. Viena, Austria.
- Naciones Unidas. 1990. Asamblea General. Res. 45/106, celebrada en la 68ª Sesión Plenaria, 14 de diciembre.
- Naciones Unidas. 1991. Asamblea General. Sesión Plenaria, Res. 46/91 de 16 de diciembre.
- Naciones Unidas. 1992. Asamblea General, Sesión Plenaria, Res. 47/5, de 16 de octubre.
- Naciones Unidas. 1992. Asamblea General, Sesión Plenaria, Res. 50/41 de 21 de diciembre.
- Naciones Unidas. 1995. Asamblea General, Sesión Plenaria, Res. 50/141 de 21 de diciembre.
- Naciones Unidas. 2002. Asamblea General. Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento. Madrid, España.
- Naciones Unidas. 2005. *Living Arrangements of Older Persons Around the World*. Department of Economic and Social affairs. Population Division. New York.
- Naciones Unidas. 2007. Cepal. Declaración de Brasilia sobre envejecimiento. 6 de diciembre.



- Naciones Unidas. 2007. United Nations World Economic Social Survey 2007: Development in an aging World. New York.
- National Institute on Aging, National Institutes of Health. 2007. Why Population Aging Matters: A Global Perspective. Washington D.C.
- Núñez, D. 2002. Vejentudes y Juventudes, La familia en esta (h) orilla del siglo XXI. San José. EUNED. 212.
- OMS. 2002. Declaración de Toronto para la prevención del maltrato de las personas mayores. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OPS-OMS. 1995. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión, Washington D.C.
- Pérez-Amador, J. y Brenes, G. 2006. Una transición en edades avanzadas: cambios en arreglos residenciales de adultos mayores en siete ciudades latinoamericanas, en Estudios Demográficos y Urbanos 21(3): 625-661.
- Poder Ejecutivo, Decreto N.º 28025-MTSS-MP, de 23 de julio de 1999.
- Poder Ejecutivo, Decreto N.º 28529-MTSS-MP, de 14 de marzo de 2000.
- Poder Ejecutivo, Decreto N.º 28867-MP, de 07 de agosto de 2000. San José.
- Poder Ejecutivo, Decreto N.º 29952-H, de 23 de octubre de 2001.
- Poder Ejecutivo, Decreto N.º 30438-MP, de 16 de mayo de 2002. San José.
- Poder Ejecutivo, Decreto N.º 32062-MP-S, de 27 de septiembre de 2004, publicado en La Gaceta N.º 210, 2004. San José.
- Poder Ejecutivo, Decreto N.º 32120-H, de 30 de noviembre de 2004.
- Poder Ejecutivo, Decreto N.º 33131-MP, de 31 de mayo de 2006, publicado en La Gaceta N.º 104, 2005. San José.
- Poder Ejecutivo, Decreto N.º 33158-MP, de 30 de mayo de 2006, publicado en La Gaceta N.º 103, 2005. San José.
- Poder Judicial, Consejo Superior. Circular N.º 182-05. Acuerdo del Consejo Superior, Sesión N.º 86-05 de 1º de noviembre de 2005. San José.
- Programa Estado de la Nación. 2005. Duodécimo Informe del Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Programa Estado de la Nación.
- Puga, D. Rosero-Bixby, L. Glaser, K. y Castro, T. 2007. Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. En Población y Salud en Mesoamérica. Volumen 5, número 1, artículo 1. Centro Centroamericano de Población de Población. Universidad de Costa Rica.
- Quiroga, P. Albala, C. y Klaasen, G. 2004. Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. Revista Médica De Chile, 132(4), 467-478.
- Reig, A. Cabrero, J. y Richart, M. 1996. Comportamiento y salud en la vejez. Revista Geriátrica Gerontológica 31, 37-44.

- Reyes-Ortiz, C. et al. 2006. Mammography use among older women of seven Latin America and Caribbean cities. *Preventive Medicine*, 42, 375-380.
- Rodríguez, A. 2005. Resumen ejecutivo: Propuesta para la sostenibilidad del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS. Documento interno de la Gerencia de Pensiones. San José, CCSS.
- Robles, A. 2007. Cambio demográfico, inversión social y diferencias generacionales en Costa Rica. En: *Notas de Población* N. 82. Pp.69-94.
- Rosero-Bixby, L. y Robles, A. 2008. Los dividendos demográficos y la economía del ciclo vital en Costa Rica. *Papeles de Población* enero-marzo, número 055 pp.9-34.
- Rosero-Bixby, L. y Robles, A. 2006. Los dividendos demográficos en Costa Rica a partir del mapeo de la economía del ciclo vital del individuo. Ponencia presentada al II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP). 3-5 de septiembre. Guadalajara, México.
- Rosero, L. (2005). ¿Son los nonagenarios costarricenses los seres humanos más longevos? En López, G. & Herrera, R. (Editores). *Ensayos en Honor a Víctor Hugo Céspedes Solano*. Academia de Centroamérica, 161-188. San José, Costa Rica.
- Rosow, I. & Breslau, N. 1966. A Guttman health scale for the aged. *Journal of Gerontology*, 21(4), 556-559.
- Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución 2000-08755 de las catorce horas con cincuenta y ocho minutos del cuatro de octubre del 2000.
- Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución 2003-02032 de las quince horas con cuarenta y nueve minutos del doce de marzo del 2003. San José.
- Sánchez, C. 2000. *Gerontología Social*. Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina.
- Sánchez-Ayéndez, M. et al. 2003. Una escala psicométrica breve para evaluar estado cognitivo de Hispanoparlantes de edad mayor. *PRHSJ Gerontología*, 22.
- Sedó, P. y Masís, K. 2007. Aportes de las personas adultas mayores desde su cotidianidad. Documento preparado para el I Informe del Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.
- Sheikh, J. & Yesavage, J. 1986. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. New York: The Haworth Press.
- Soldo, B. y Freedman, V. 1994. Care of the Elderly: Division of Labor Among the Family, Market and State", en *Demography of Aging*. National Academy Press. Washington D.C.
- Superintendencia de Pensiones. 2007. Nota técnica NT-2007-02 Consideraciones para el análisis de la estructura de comisiones del régimen obligatorio de pensiones complementarias. Octubre. San José, SUPEN.
- Superintendencia de Pensiones. 2007. Nota técnica NT-2007-03 Comisión neutra para el afiliado e ingresos de las operadoras de pensiones complementarias por concepto de cambio en la estructura de comisiones. Octubre. San José, SUPEN.

- Trejos, J. 1995. La pobreza en Costa Rica: una síntesis cuantitativa. Documento de Trabajo N.º 163. San José, Costa Rica: Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas de la Universidad de Costa Rica.
- Trejos, J. 2006. La situación de la pobreza en Costa Rica y los principales retos a asumir en Herrero, F. y González, G. (editores) Pobreza. Talón de Aquiles del Desarrollo Costarricense. San José, Costa Rica, PROCESOS.
- Trejos, J. 2008. La pobreza entre los adultos mayores. Documento preparado para el Informe del Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.
- Trejos, J. y Sáenz, M. 2006. Impacto redistributivo de la política social en Costa Rica en INEC, CCP, PEN e IICE (editores): Simposio Costa Rica a la Luz de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares 2004. San José, Costa Rica. Libro electrónico publicado por el INEC en mayo del 2008.
- Urban, N. Anderson, G. & Peacock, S. 1994. Mammography screening: how important is cost as a barrier to use? *Public Health*, 84(1), 50-55.
- Wong, R. Palloni, A. Peláez, M. y Markides, K. 2006. Survey Data for the Study of Aging in Latin America and the Caribbean. *Aging and Health*, 18 N° 2, 157-179.

Documentos electrónicos

- Bertucci, J. 2002. El concepto de Capital Social en los proyectos de alivio a la pobreza. Recuperado desde <http://www.cambiocultural.com.ar>
- CEPAL. 2006. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Santiago de Chile. Recuperado desde <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/9/24079/P24079.xml&xsl=/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl>
- Dirección Actuarial. AÑO. Departamento de Estadísticas. Caja Costarricense del Seguro Social. Estadísticas. Recuperado desde <http://www.ccss.sa.cr/html/transparencia/estadisticas/estadisticas.html>
- Foro de Concertación Nacional. 1998. Informe final ampliado. Comisión sobre Pensiones. Recuperado desde <http://www.hacienda.go.cr/centro/datos/Articulo/Foro%20de%20Concertaci%C3%B3n%20Nacional%20sobre%20Pensiones.doc>
- Genua, I. 2001. Nutrición y valoración del estado nutricional en el anciano. Recuperado desde <http://www.matiatf.net/profesionales/articulos>.
- Jiménez, L. y Cuadros, J. 2003. Ampliación de la cobertura de los sistemas de pensiones en América Latina. En Revista de la CEPAL 79. Recuperado desde <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/revista/noticias/articuloCEPAL/2/19362/P19362.xml&xsl=/revista/tpl/p39f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl>. Abril.
- Mondragón, G. 2005. Experiencia educativa del envejecimiento activo. Recuperado desde http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Experiencia_educativa_de_envejecimiento_activo.pdf
- OMS. 2003. El maltrato de las personas mayores, en Informe Mundial sobre Violencia y la Salud. Recuperado desde http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm el 28-07-2008.

Romero, X. y Wasiek, C. 2007. Los adultos mayores y sus expresiones organizativas. Red Latinoamericana de Gerontología. Editorial N.º 91. Agosto 2007. Recuperado desde <http://www.gerontologia.org>.

Superintendencia de Pensiones. 2007. Estadísticas. Recuperado desde http://www.supen.fi.cr/aplicaciones/Estadisticas_2007.nsf

Unión Costarricense de Cámaras y Asociaciones de la Empresa Privada. 2006. Nota técnica N.º 16-04 Reforma régimen de pensiones IVM de la CCSS. Recuperado desde <http://www.uccaep.or.cr/downloads/NotaTecnica06-04.pdf>

Uthoff, A. 2002. Mercados de trabajo y sistemas de pensiones. En Revista de la CEPAL 78. Recuperado desde <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/revista/noticias/articuloCEPAL/9/19339/P19339.xml&xsl=/revista/tpl/p39f.xsl&base=/brasil/tpl/top-bottom.xslt>. Diciembre

Entrevistas

Chassoul, Ch. 2007. Entrevista personal sobre el CENECOOP y programa radial UCR. San José.

Díaz, A. 2007. Entrevista personal. Ministerio de Educación Pública. San José.

Matamoros, Ileana. Funcionaria del INA, integrante de la Comisión Adulto Mayor



Siglas

| | |
|------------|---|
| ADEP | Asociación de Educadores Pensionados |
| AGECO | Asociación Gerontológica Costarricense |
| AM | Adulto Mayor |
| APEBACEN | Asociación de Pensionados del Banco Central de Costa Rica |
| APSE | Asociación de Profesores de Segunda Enseñanza |
| ASOPECO | Asociación de Pensionados de la Contraloría General de la República |
| ATAP | Asistente técnico de atención primaria |
| AVD | Actividad vida diaria o instrumental |
| BANHVI | Banco Hipotecario de la Vivienda |
| BCR | Banco de Costa Rica |
| BN | Banco Nacional de Costa Rica |
| CCSS | Caja Costarricense de Seguro Social |
| CEINAA | Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado |
| CELADE | Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía |
| CENECOOP | Centro de Estudios y Capacitación Cooperativa |
| CEPAL | Comisión Económica para América Latina y el Caribe |
| CIE-10 | Clasificación Internacional de Enfermedades |
| CINDEA | Centros Integrados de Educación para Jóvenes y Adultos |
| CONAPAM | Consejo Nacional para la Persona Adulta Mayor |
| CONARE | Comisión Nacional de Rectores |
| COOPASPHAL | Cooperativa de Pensionados de Hacienda y Poder Legislativo |
| CRELES | Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable |
| DESAF | Dirección de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares |
| DHR | Defensoría de los Habitantes de la República |
| DM | Diabetes mellitus |
| EBAIS | Equipo Básico de Atención Integral en Salud |
| EHPM | Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples |
| EKG | Electrocardiograma |
| ENIG | Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos |



| | |
|-----------|---|
| ENSA | Encuesta Nacional en Salud en Costa Rica |
| FECRUNAPA | Federación Cruzada Nacional de Protección al Anciano |
| FODESAF | Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares |
| GAM | Gran Área Metropolitana |
| HB | Hemoglobina |
| HbA1c | Hemoglobina glicosilada |
| HTA | Hipertensión arterial |
| HTO | Hematocrito |
| ICE | Instituto Costarricense de Electricidad |
| ICT | Instituto Costarricense de Turismo |
| IDF | Federación Internacional de Diabetes |
| IMAS | Instituto Mixto de Ayuda Social |
| IMC | Índice de masa corporal |
| INA | Instituto Nacional de Aprendizaje |
| INAMU | Instituto Nacional de las Mujeres |
| INEC | Instituto Nacional de Estadística y Censos |
| INFOCOOP | Instituto Nacional de Fomento Cooperativo |
| INS | Instituto Nacional de Seguros |
| INVU | Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo |
| IPEC | Institutos Profesionales de Educación Comunitaria |
| ITEC | Instituto Tecnológico de Costa Rica |
| IVM | Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte |
| JPSSJ | Junta de Protección Social de San José |
| JUPEMA | Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional |
| MEP | Ministerio de Educación Pública |
| MIDEPLAN | Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica |
| MIP | Método Integrado |
| MIPa | Método Integrado Ajustado |
| MOPT | Ministerio de Obras Públicas y Transportes |
| MTSS | Ministerio de Trabajo y Seguridad Social |

| | |
|---------|---|
| NBI | Necesidades Básicas Insatisfechas |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONG | Organización no gubernamental |
| PAIPAM | Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor. UNA. |
| PEA | Población económicamente activa |
| PIAM | Programa Integral para la Persona Adulta Mayor. UCR. |
| RECOPE | Refinadora Costarricense de Petróleo |
| RNC | Régimen no contributivo |
| SICERE | Sistema Centralizado de Recaudación |
| SINATEC | Sistema Nacional Técnico para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor |
| SUPEN | Superintendencia de Pensiones |
| TRH | Terapia de reemplazo hormonal |
| UCR | Universidad de Costa Rica |
| UNA | Universidad Nacional |
| UNED | Universidad Estatal a Distancia |

