

Ministerio de Salud
Organización Panamericana de la Salud
oficina regional de la Organización Mundial de la Salud

La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica



Grupo de trabajo

Dr. Luis Rosero Bixby, Consultor independiente

Dra. Yalile Muñoz, Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Raúl Blanco Cervantes, CCSS

Master Jeanneth Martínez, Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Raúl Blanco Cervantes, CCSS

Dra. Miryan Cruz, OPS/OMS

Revisores

Dra. María Elena López, Ministerio de Salud

Licda. Lilliana Picado, Universidad de Costa Rica

Licda. Sandra Jiménez, Gerontóloga

Dra. Marta Peláez, OPS/OMS

Colaboradora

Bach. Catalina Zúñiga, periodista CONAPAN

Edición

Xinia Bustamante C., OPS/OMS

Fotografía

Archivo OPS/OMS

Centro de Investigación y Conservación del Patrimonio Cultural

WT100

O-686s Organización Panamericana de la Salud

La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica / Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, Consejo Nacional del Adulto Mayor. -- San José, C.R. : OPS, 2004. 56, [16] p. ; 28 cm. -- (Serie Análisis de Situación de Salud ; no. 12)

ISBN 92 75 32494 8

1. ANCIANO.

2. SALUD DEL ANCIANO

3. ENVEJECIMIENTO.

4. COSTA RICA I. Costa Rica. Ministerio de Salud. II. Costa Rica. Consejo Nacional del Adulto Mayor.

III. Título. IV. Serie.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación y otros, sin permiso escrito de los editores.

San José, Costa Rica, Enero 2004.

Este documento puede solicitarlo en el Ministerio de Salud, Despacho Ministerial

Puede ser consultado en: www.netsalud.sa.cr y www.cor.ops-oms.org

Índice

1. Demografía del adulto mayor.....	6
2. Situación familiar del adulto mayor.....	11
3. Calidad de vida de los adultos mayores.....	18
4. Cantidad de vida y salud.....	22
5. Vida saludable y enfermedad.....	27
6. Uso de servicios de salud.....	32
7. Agresión a los adultos mayores.....	35
8. Políticas.....	37
9. Personas de edad más avanzada: los mayores de 80 años	44
10. Conclusiones.....	48
11. Bibliografía.....	51

Presentación

El envejecimiento de la población es un proceso que está ocurriendo aceleradamente en países como Costa Rica. Ello es producto de la convergencia de dos transformaciones importantes ocurridas en las últimas décadas: (1) el aumento de la esperanza de vida que hace que cada vez más individuos lleguen a edades avanzadas; y (2) la disminución de la fecundidad que hace que haya relativamente menos personas en las edades más jóvenes. Estos dos procesos han tenido lugar en nuestros países a un ritmo mucho más acelerado que en los países más desarrollados, lo que se traduce en también un mucho más acelerado proceso de envejecimiento poblacional.

Para que el país esté preparado para afrontar los retos que traerá consigo el envejecimiento poblacional, hace falta disponer de información sobre este proceso y sobre las características de la población adulta mayor. Este documento trata de integrar la información de este tipo disponible en el país, con énfasis en los aspectos relacionados con la salud. Incluye información sobre la demografía de los adultos mayores, su situación familiar, calidad y cantidad de vida, salud y enfermedad, uso de servicios de salud y las políticas dirigidas a esta población. En lo posible se describe la situación alrededor del año 2000 y las tendencias de cambio en la situación. También se intenta resaltar las diferencias y especificidades de la población adulta mayor en comparación con la población en otras edades.

Las características de la población adulta mayor de Costa Rica están cambiando muy rápidamente, por lo que la información presentada aquí no debe tomarse de manera estática sino como una línea de base para la formulación de políticas o para la interpretación de cambios que con seguridad se presentarán en el futuro.

La naturaleza fundamentalmente descriptiva de la información aquí presentada, debe, por otra parte, complementarse con estudios en profundidad sobre relaciones causales, políticas necesarias y evaluación de su impacto.

Esta descripción de “la salud de las personas adultas mayores en Costa Rica” es parte de la serie Análisis de Situación de Salud, elaborada por el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

1. Demografía del adulto mayor

1.1. El aumento explosivo de la población adulta mayor

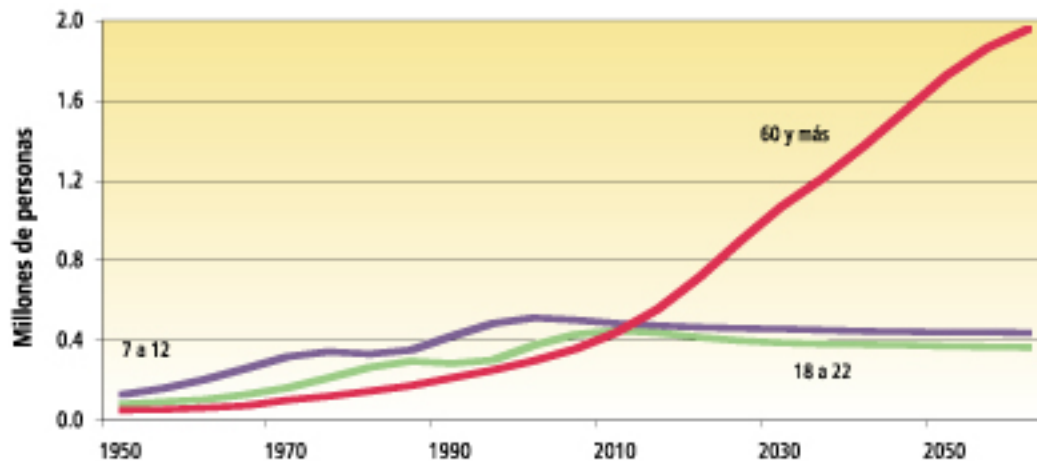
En las últimas décadas Costa Rica aumentó de manera extraordinaria su esperanza de vida. Ésta pasó de 42 años en 1930, época en que se estableció el Ministerio de Salud, a 76 años en 1980. El dato más reciente muestra una esperanza de vida en Costa Rica de 78,5 años en el 2002 (Proyecto Estado de la Nación, 2003), que es la segunda más alta de América, por debajo únicamente de Canadá, pero por encima de países como Estados Unidos o Cuba.

Esta mejora excepcional ha significado que lleguen a la vejez innumerables individuos que en el pasado hubiesen muerto prematuramente. Mientras en 1940 sólo un 46% de los costarricenses alcanzaba los 60 años de edad, en el 2002 casi el 90% de los recién nacidos probablemente alcanzará esa edad. Al mismo tiempo la alta natalidad existente en el país hasta hace pocas décadas, hacía que el tamaño inicial de cada cohorte se incrementara sustancialmente respecto a la anterior.

Estos dos fenómenos - crecientes contingentes de población que llegan con vida a edades avanzadas y aumento en el tamaño inicial de las cohortes- han dado como resultado un aumento explosivo de la población adulta mayor, el cual por su propia inercia continuará durante muchas décadas. Este grupo de la población crece a una tasa cercana al 4% anual, y se proyecta que para el 2020 esta tasa alcanzará valores superiores al 5%.

Cuando hablamos de la población adulta mayor nos referimos al grupo de personas de 60 años o más de edad. En 1973 el censo contabilizó 104.000 adultos mayores en Costa Rica. Este número aumentó a 158.000 en el censo de 1984 y a 301.000 en el censo del 2000. Este aumento vertiginoso continuará en el futuro y se espera que en el 2060 haya cerca de 2 millones de adultos mayores (gráfico 1). Esta proyección tiene un alto grado de certeza de cumplirse pues los adultos mayores del 2060 ya habían nacido en el 2000.

Gráfico 1
Tres grandes grupos de edades de la población.
Costa Rica, 1950-2060



Fuente: Censos y Proyecciones de población INEC - CCP, UCR

Pasar de 300.000 a 2 millones de adultos mayores tendrá un tremendo impacto social y económico, especialmente en temas tan sensibles como aquellos relacionados con pensiones y servicios de salud. Este impacto es aún mayor cuando se considera que la población de otros grupos de edades, que en el pasado crecieron a ritmo parecido que los adultos mayores, permanecerán estables en el futuro, como puede apreciarse en el Gráfico 1 para la población en edad escolar (7 a 12) y en edad universitaria (18-22)

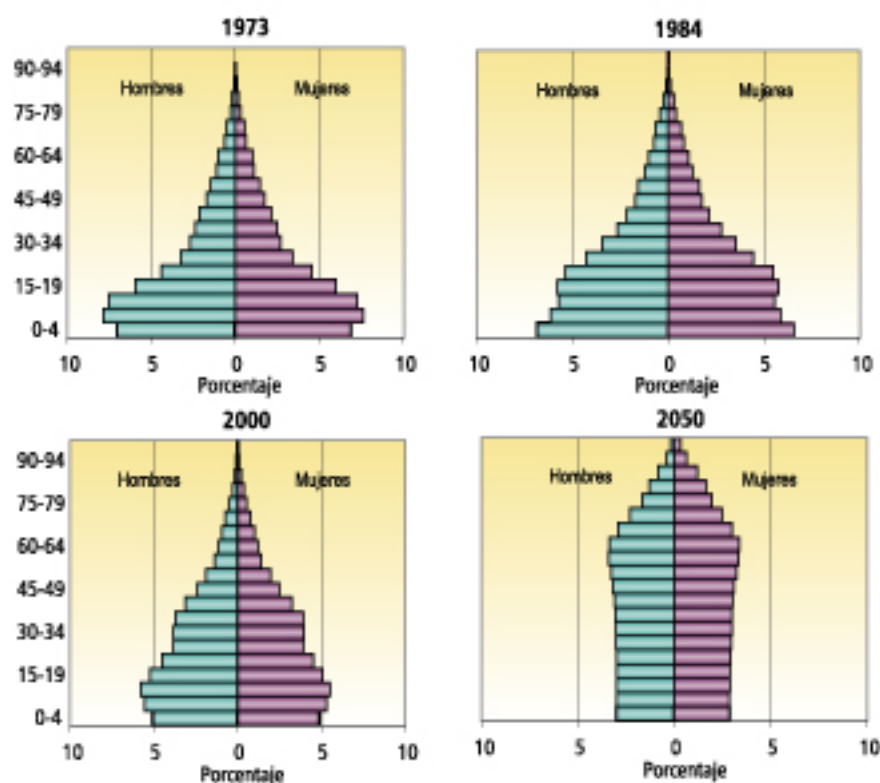
1.2. El envejecimiento de la población, balance entre generaciones

El envejecimiento es un proceso normal inherente a las personas, que también ocurre a las poblaciones. Pero el envejecimiento de las personas es diferente del proceso conocido como envejecimiento demográfico. Este último se produce por el aumento en la importancia relativa del grupo de adultos mayores y la disminución en la importancia porcentual de los menores. Esta situación está ocurriendo en América Latina y en Costa Rica de una manera mucho más rápida que en los países más desarrollados. En el contexto latinoamericano el envejecimiento demográfico se encuentra más avanzado en países como Cuba y los del Cono Sur. En América Central, según datos de CELADE, Panamá, Costa Rica y El Salvador tenían entre un 7% y un 8% de adultos mayores en el 2000.

El proceso de envejecimiento del país se hace evidente en las pirámides de población (gráfico 2), en las cuales se observa la pérdida de peso relativo que sufren los primeros grupos de edad

(base de las pirámides) y la ganancia en importancia numérica del grupo de adultos mayores. Se proyecta que en el 2030 la cantidad de adultos mayores sea igual a la cantidad de menores de 15 años, y que para el 2050 la cuarta parte de la población costarricense tenga 60 años o más.

Gráfico 2
Pirámides de población.
Costa Rica 1973-2050



Fuente: Censos y Proyecciones de población INEC-CCP, UCR

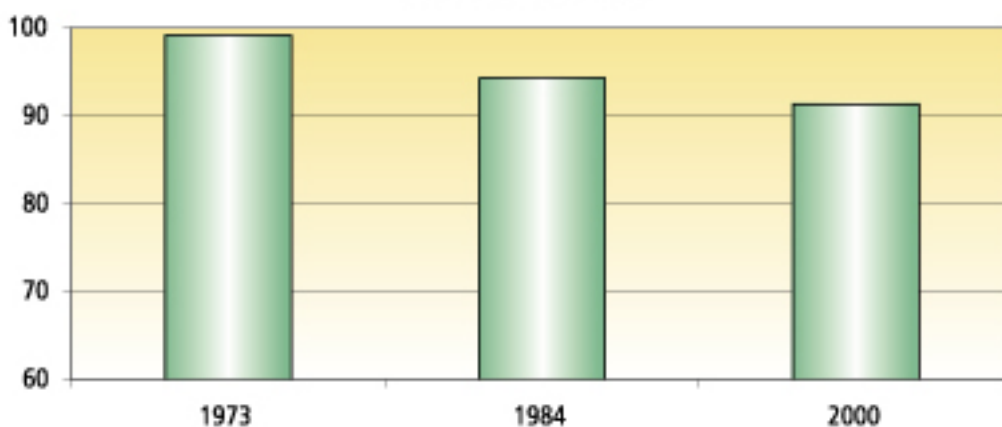
Una particularidad del envejecimiento de la población en los países latinoamericanos, es la rapidez con la cual se mueven hacia esta nueva estructura, respecto a los países desarrollados. Los países latinoamericanos deben enfrentar los retos de este proceso con menos recursos y más premura de la que tuvieron los países más desarrollados, que completaron el proceso de envejecimiento en un lapso mucho mayor que el que están enfrentando nuestros países. Mientras los países desarrollados envejecieron gradualmente durante un periodo de 200 años, los países en desarrollo envejecerán rápidamente, en menos de 50 años.

1.3. Composición por sexo y edad de los adultos mayores

A diferencia de otros grupos de edad, entre los adultos mayores hay más mujeres que hombres. En el gráfico 3 se presenta el índice de masculinidad (número de hombres por cada cien mujeres) según los últimos tres censos realizados en Costa Rica. Este índice cayó de 99 en el censo de 1973 a 91 en el 2000. Es decir que hay una clara tendencia hacia la disminución de la cantidad relativa de hombres en estas edades.

El desbalance entre el número de individuos de cada sexo y su tendencia a acentuarse se debe a que las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres y esta brecha ha aumentado. En el 2002 las mujeres tenían una esperanza de vida al nacer que superaba en 4 años a la de los hombres, comparada con una diferencia de 1 año en 1940.

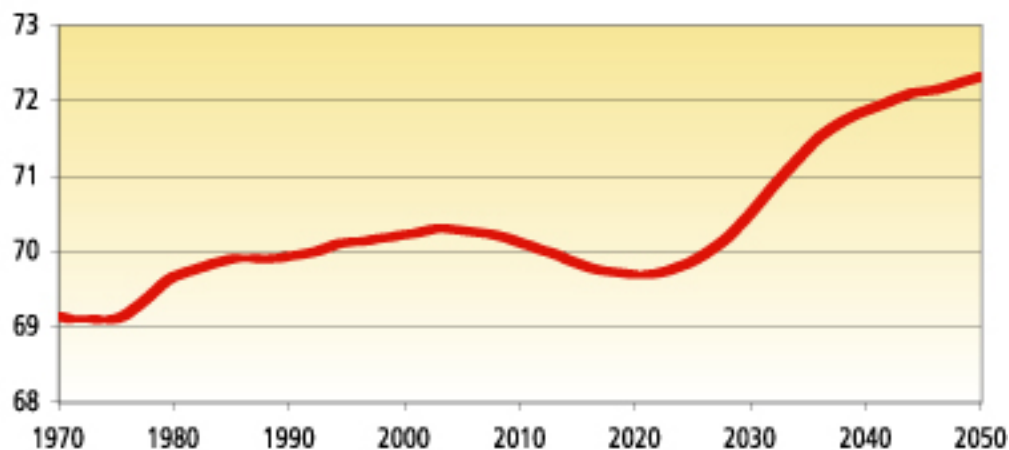
Gráfico 3
Índices de masculinidad de los adultos mayores.
Costa Rica: 1973- 2000



Fuente: Censos de población. INEC-CCP, UCR

Por otra parte, la edad promedio de los adultos mayores tiende a aumentar con el tiempo. Vale decir que a lo interno del grupo de los adultos mayores también está ocurriendo un paulatino proceso de envejecimiento. La edad promedio de las personas mayores ha pasado de 69,1 años en 1970 a 70,2 en el 2000 y superará los 72 años en el 2040 (gráfico 4)

Gráfico 4
Edad promedio de los adultos mayores.
Costa Rica: 1970-2050

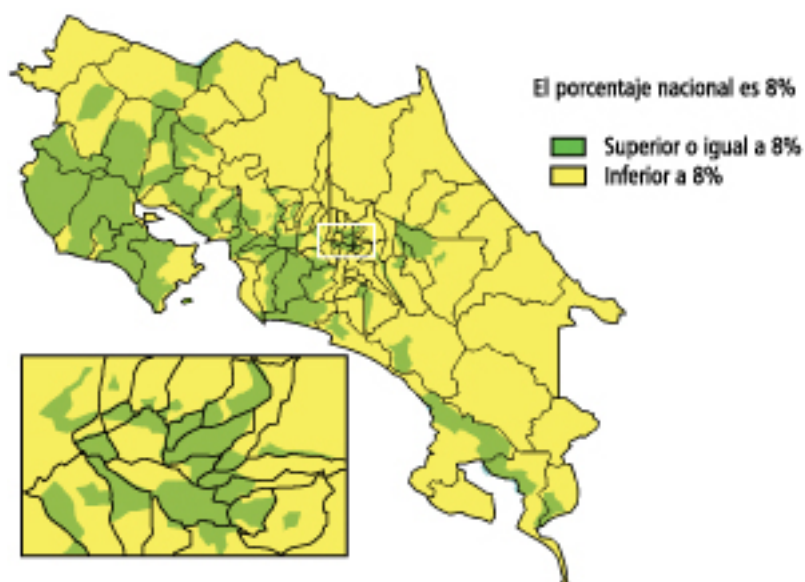


Fuente: Censos y Proyecciones de población. INEC-CCP, UCR

1.4. Localización geográfica

La proporción de adultos mayores no es homogénea en el territorio nacional. El mapa 1 muestra los distritos donde el porcentaje de adultos mayores es igual o mayor al promedio nacional. Se observa que en la Meseta Central y en ciertas regiones del Pacífico tienden a concentrarse las poblaciones más envejecidas. Destaca el distrito de Carmen (Barrio Amón, Aranjuez y alrededores) con 28% de adultos mayores. Este distrito es una muestra de cómo será Costa Rica dentro de 50 años. También tienen altos porcentajes de adultos mayores (18%) los distritos de Catedral, Mata Redonda y Santo Domingo de Heredia. En el otro extremo, zonas de frontera como Puerto Viejo de Sarapiquí y Sixaola tienen muy pocos (4% o menos) adultos mayores. El contraste en este aspecto entre Puerto Viejo y el distrito El Carmen es enorme.

Mapa 1
Distribución geográfica de los adultos mayores, según distrito. Costa Rica, 2000



Fuente: Censos de población. INEC-CCP, UCR

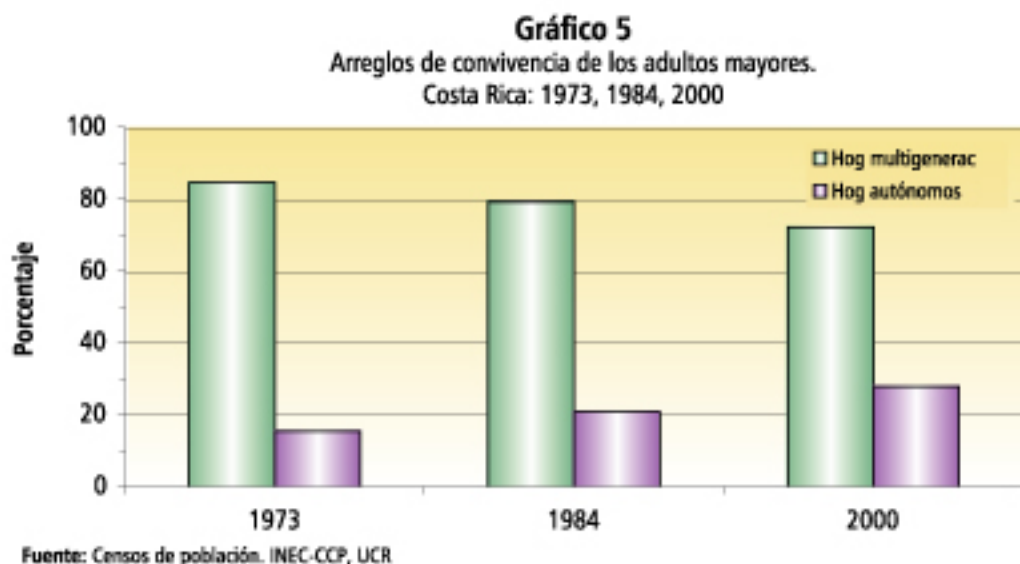
2. Situación familiar del adulto mayor

El envejecimiento poblacional tiene y tendrá un impacto importante sobre la estructura familiar. Por ejemplo, con la edad aumenta también la probabilidad de que los adultos mayores dependan de otras personas, especialmente aquellos que forman parte de un mismo núcleo familiar. Al mismo tiempo, conservar la autonomía por la mayor cantidad de años posible es también una meta para los adultos mayores. Los adultos mayores tienden a perder su posición jerárquica de jefes de familia conforme envejecen. Según los resultados del censo del 2000, conforme aumenta la edad de los adultos mayores, éstos pasan de vivir en hogares donde un adulto mayor es el jefe, a hogares donde el adulto mayor es más bien dependiente del jefe (Ramírez, 2002).

Otra de las consecuencias del incremento de la edad en los adultos mayores es la viudez. Ésta implica un alto costo emocional que generalmente es enfrentado por las mujeres, debido a su mayor esperanza de vida y a la tendencia de los hombres a casarse con mujeres más jóvenes. La pérdida de la pareja puede significar vivir de manera solitaria y perder autoridad en el hogar. Según el censo del 2000 la proporción de adultas mayores sin pareja duplica a los varones.

2.1. Arreglos familiares y convivencia

Los hogares en que viven adultos mayores se pueden clasificar en dos grandes grupos: (1) hogares autónomos: constituidos únicamente por adultos mayores, y (2) hogares multigeneracionales: en los que viven además miembros de otras generaciones (Ramírez, 2000). De acuerdo con los tres últimos censos la mayoría de los adultos mayores viven en hogares multigeneracionales (gráfico 5). Sin embargo, la tendencia es hacia la disminución de los hogares multigeneracionales y por lo tanto al aumento en el porcentaje de hogares autónomos. En el censo del 2000, el 28% de los adultos mayores vivían en hogares autónomos comparado con 15% en 1973.



Este aumento de hogares con sólo adultos mayores sugiere una propensión hacia una mayor independencia y autonomía de este grupo poblacional. Pero también podría interpretarse como un debilitamiento de los lazos filiales o, incluso, el abandono de las obligaciones filiales hacia los padres al final de su vida, tal situación amerita investigación de los riesgos y consecuencias.

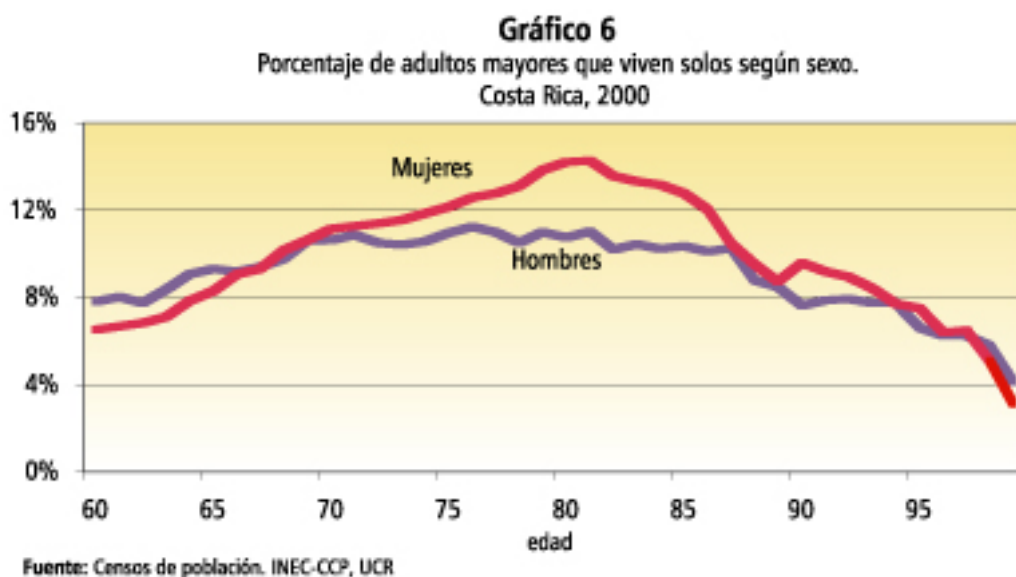
En países latinoamericanos donde se evidenció primero el proceso de envejecimiento poblacional, como Argentina y Uruguay, más de la mitad de los adultos mayores vive en hogares autónomos. En un segundo lugar se ubican Costa Rica, Chile, Brasil y Bolivia, donde cerca del 30% de esta población vive en hogares conformados únicamente por adultos mayores. En el resto de países de la región la proporción de adultos mayores en este tipo de hogares es mucho menor (Ramírez, 2003).

Los adultos mayores que viven en hogares autónomos, por lo general viven solos o con su pareja. Esta situación no ha variado mucho con el tiempo, según el último censo, de los adultos mayores que residen en hogares autónomos, el 61% vive con su pareja, y el 36% de ellos vive solo.

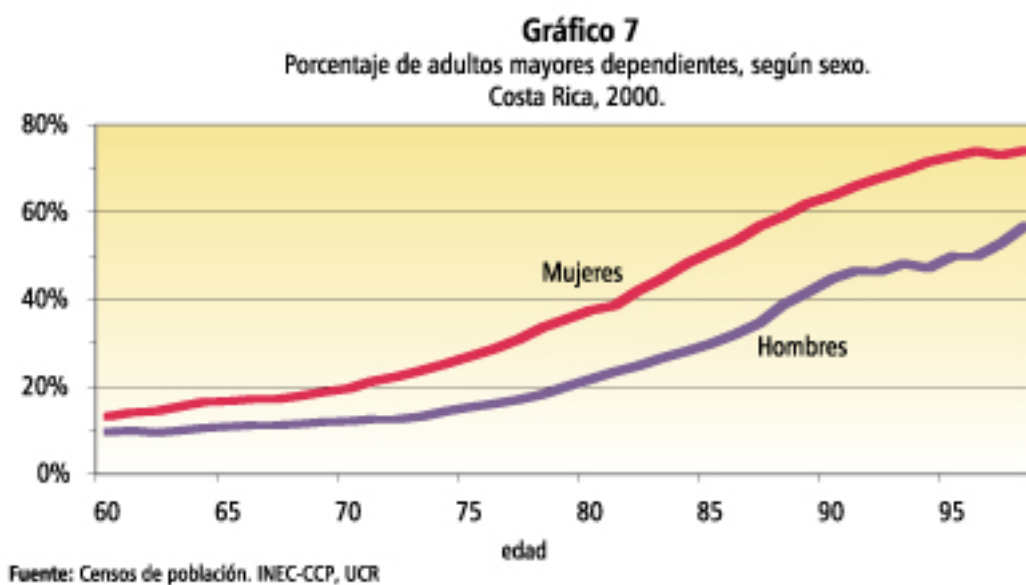
2.2. Autonomía, dependencia y abandono

De acuerdo con Jiménez (1995) el abandono se conceptualiza como “La condición de soledad, aislamiento e indefensión, deterioro físico y/o mental en que se encuentra una persona mayor, que no cuenta con redes de apoyo, familiares o comunitarias, definidas, estables e identificadas, para brindar cuidados, ayuda instrumental, afecto, protección, seguridad material, vivienda; aspectos indispensables en el mantenimiento de la calidad de vida”

Si bien es cierto que los adultos mayores que viven solos no necesariamente están en abandono -puesto que podrían vivir solos pero contar con redes de apoyo-, el temor a la soledad es omnipresente entre los adultos mayores. Según la encuesta nacional de hogares de 1997 (Ramírez, 2003), la soledad es mencionada como el segundo problema más importante de los adultos mayores –el primero es la falta de dinero-. El censo del 2000 muestra que en Costa Rica hay 30.000 adultos mayores que viven solos, es decir el 10% de esta población. La probabilidad de vivir solo aumenta con la edad hasta un máximo a partir del cual disminuye (gráfico 6). Entre las mujeres aumenta de 6% a los 60 años de edad hasta 14% a los 81 años. Entre los hombres varía menos. Aumenta de 8% de hombres solos a los 60 años hasta 11% entre 70 y 87 años de edad. En las edades más avanzadas la proporción que viven solos disminuye pero no desaparece totalmente. Entre los adultos de 95 y más años de edad, el 6% vive solo y, por tanto, en condición de extrema vulnerabilidad o incluso abandono.



La otra cara de la medalla de la soledad es la dependencia. La dependencia no necesariamente es económica, sino que puede ser física, mental o social. No existen datos en el país sobre los distintos tipos de dependencia de los adultos mayores. Una idea aproximada puede obtenerse de la información de su posición jerárquica respecto al jefe del hogar: los jefes o cónyuges del jefe podrían considerarse no dependientes, y quienes no ocupen alguna de estas dos posiciones podrían considerarse dependientes. El porcentaje de adultos mayores que no son jefes o cónyuges aumenta con rapidez conforme éstos avanzan en edad (gráfico 7). Las mujeres son quienes más se encuentran en desventaja: siempre es mayor el porcentaje de éstas que son probablemente dependientes, y esta brecha se hace cada vez mayor conforme avanzan en el proceso de envejecimiento. Alrededor de los 85 años de edad, el 30% de los hombres y más de la mitad de las mujeres ocupan una posición de dependencia en el hogar



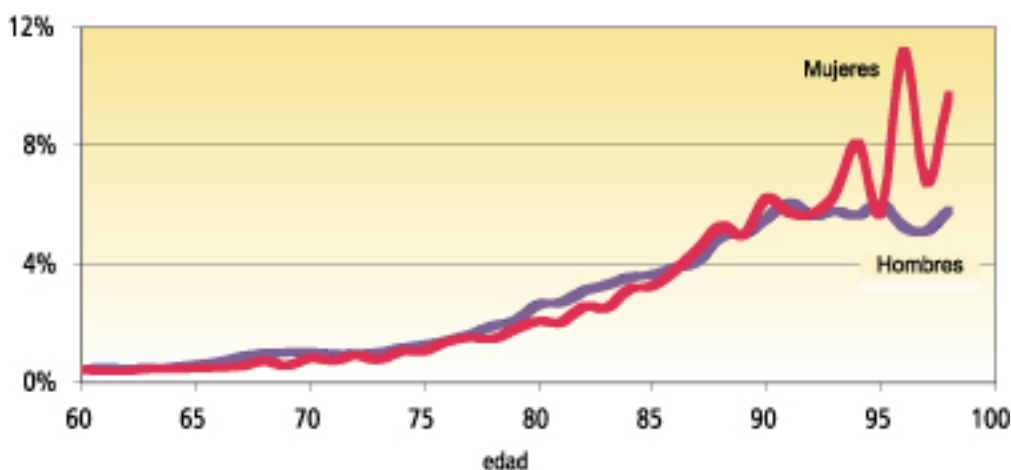
2.3. Residentes en instituciones

En Costa Rica son pocos los adultos mayores que viven en instituciones. El censo del 2000 contabiliza 3.606 adultos mayores residiendo en hogares "colectivos", se asume que estas personas viven en "hogares de adultos mayores" (antes llamados asilos de ancianos), lo que representa el 1,2% del total de esta población.

A pesar de que son pocos los adultos mayores que viven en instituciones, el porcentaje aumenta conforme aumenta su edad (gráfico 8) y por tanto su dependencia funcional. Este

comportamiento es similar para ambos sexos, sin embargo en la mayoría de grupos de edad es mayor el porcentaje de hombres en instituciones. Esto probablemente se debe a que el vínculo filial es más débil con los padres que con las madres, lo cual puede deberse a que los hombres hayan abandonado en el pasado sus obligaciones paternas, lo que amerita estudios para profundizar en el análisis que explique esta situación. Sin embargo, el porcentaje de mujeres de 95 años y más que vive en hogares de adultos mayores (8%) es mayor que el de hombres (6%) a esa misma edad.

Gráfico 8
Porcentaje de adultos mayores en instituciones de ancianos según edad y sexo.
Costa Rica, 2000.



Fuente: Censos de población. INEC-CCP, UCR

1 Martínez Muñoz, Jeannette. Análisis de Casos de Ubicación Institucional – Trabajo Social Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, diciembre 2002. Pág. 10.

2 Martínez Muñoz. Informe Evaluativo, Comisión Técnica Evaluadora – Compra de Servicios Caja Costarricense de Seguro Social – Hogar San Marcos de Tarrazú. Junio 2002 – Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, San José, Costa Rica.

3 López Casas, Eugenia. "Género y Envejecimiento", Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, 1999. Pág. 33.

“Estudios y evaluaciones realizadas en Trabajo Social del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, de los procesos de ubicación institucional en hogares de ancianos en los últimos 7 años, revelan que a mayor edad y pérdida de funcionalidad física y psíquica de los adultos mayores, existe mayor probabilidad de ausencia de recurso familiar de cuido y deseo de ingresarlos a un hogar de ancianos” ¹

“Solo entre 1995 y 2001, según revisión de 110 casos del Hospital Blanco Cervantes, la edad promedio de ingreso a hogares de ancianos en mujeres es de 82 y en hombres es de 75.71 años; datos obtenidos del informe evaluativo del Convenio de Compra de Servicio Caja Costarricense de Seguro Social – Hogar de Ancianos San Marcos de Tarrazú. ²

“Las que mayormente han construido una red de apoyo después de la jubilación son las mujeres mayores, quienes mantienen una vida más estructurada, gracias al trabajo doméstico y a las relaciones sociales con sus familiares y vecinos. Lentamente los hombres pierden el protagonismo en el terreno familiar donde ya no cumplen una función importante y las mujeres cuyo período de vida ha transcurrido en dependencia del rol y estatus de autoridad toman las riendas y asumen liderazgo doméstico” ³

En otros países se ha determinado que la cantidad de adultos mayores que se encuentran institucionalizados puede estar subestimada, debido a la existencia de hogares de ancianos clandestinos que no son reportados en el censo. Una forma de aproximar la cantidad de adultos mayores que viven en este tipo de hogares es identificando los que viven en hogares no colectivos en los que hay cuatro o más adultos mayores y no son familiares del jefe del hogar. Esto daría como resultado un incremento del 6% en la cantidad de adultos mayores que viven en hogares de ancianos, es decir que los hogares de adultos mayores clandestinos no parece ser un fenómeno importante en Costa Rica.

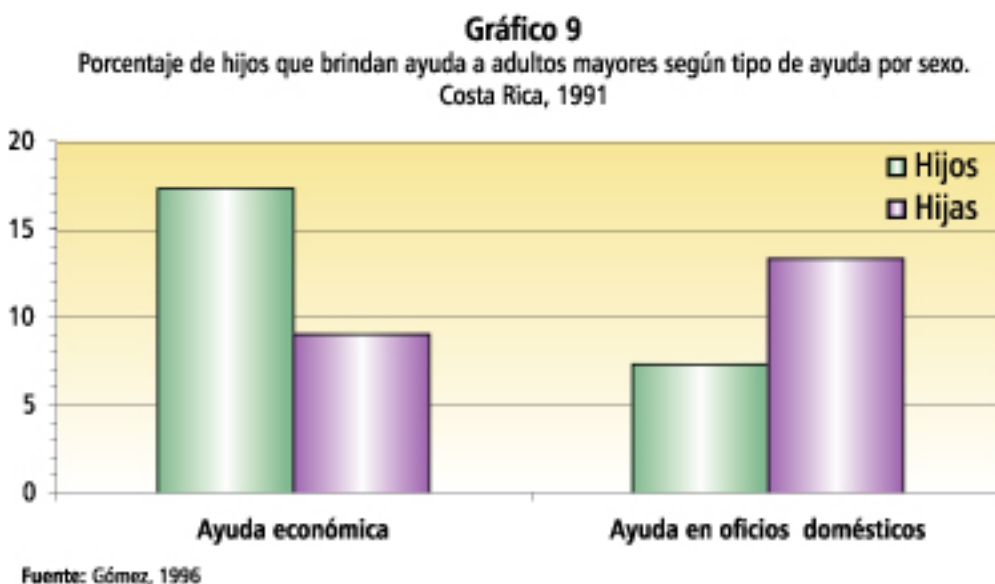
2.4. Transferencias entre generaciones

Es poca la investigación que se ha realizado en América Latina sobre las transferencias o ayudas de diferente índole que fluyen de los parientes más jóvenes hacia los adultos mayores y viceversa. Estas transferencias no son únicamente de tipo económico, pueden ser además en cuidados, ayuda en los oficios domésticos, o bien otras ayudas en especie.

Existen diversas explicaciones de por qué ocurren estas transferencias. Entre éstas está la hipótesis de que los padres se aseguran su vejez mediante los hijos que tengan y confían en que estos velarán por ellos cuando más los necesiten. Las transferencias, por ende, ocurrirían como un pacto tácito entre generaciones. Se habla también de que las transferencias intergeneracionales constituyen una muestra de altruismo entre los miembros familiares, así por ejemplo, entre más altruistas sean los padres, más invertirán en la educación de sus hijos y menos esperarán ser recompensados en su vejez.

A pesar de que los adultos mayores generalmente son vistos como demandantes de cuidados únicamente, estos también hacen aportes importantes a los demás miembros del grupo familiar. Como se discutió anteriormente, la mayoría de los adultos mayores en Costa Rica vive en hogares multigeneracionales. Algunos aportes de las personas mayores en estos hogares, como: las tareas domésticas, la transmisión de valores y el cuidado de los niños, con frecuencia no son debidamente valorados.

Los resultados de una encuesta realizada en 1991 a adultos mayores de comunidades rurales costarricenses (Gómez, 1996), revelan que aún cuando las personas de edad hayan tenido muchos hijos, la cantidad de ellos que colabora con sus padres es relativamente pequeña. Por lo general los hijos solteros y que todavía residen con sus padres son quienes más los ayudan, así como los hijos que tienen un mayor nivel educativo. La ayuda de tipo económico la proveen principalmente los hijos varones, mientras que las hijas mujeres son quienes más colaboran con oficios domésticos (gráfico 9).



La probabilidad de que los adultos mayores reciban ayuda disminuye si sus hijos son casados y tienen hijos. Las personas mayores en esta situación generalmente justifican a sus hijos porque consideran que efectivamente su obligación principal es atender las necesidades de su propia descendencia. Ese estudio demostró que dicho fenómeno está relacionado con el hecho de que los hijos tengan descendencia, pero no de cuán numerosa sea ésta.

Los adultos mayores que más reciben ayuda de sus hijos son las mujeres que no viven con su pareja, y en segundo lugar las parejas de adultos mayores. Según esta encuesta un 78% de las mujeres que no viven en unión recibe transferencias de sus hijos, mientras que el 63% de las parejas de adultos mayores y un 51% los hombres que no viven con su pareja recibe algún tipo de ayuda.

La dirección predominante de las transferencias monetarias no se ha determinado en Costa Rica, sin embargo los resultados de este estudio en zonas rurales revelan que un 7% de los adultos mayores ayuda económicamente a sus hijos, mientras que sólo un 3% recibe transferencias de ellos. En países como Estados Unidos en que se cuenta con sistemas de pensiones, seguros de salud y seguridad social, se ha determinado que son los adultos mayores quienes transfieren más dinero a los jóvenes (Lillard, 1997), y no en el sentido contrario como generalmente se ha pensado. Al respecto se dice que “los padres son altruistas y los hijos, egoístas”.

3. Calidad de vida del adulto mayor

La calidad de vida de los adultos mayores está asociada con factores sociales, económicos y afectivos, que influyen sobre su posibilidad de enfrentar la vejez en forma sana y activa. Desde la perspectiva de los adultos mayores sus principales problemas están relacionados con la falta de dinero y la soledad (Ramírez, 2003). Las inequidades socioeconómicas y de género, presentes en todos los grupos de la población, suelen acentuarse durante la vejez.

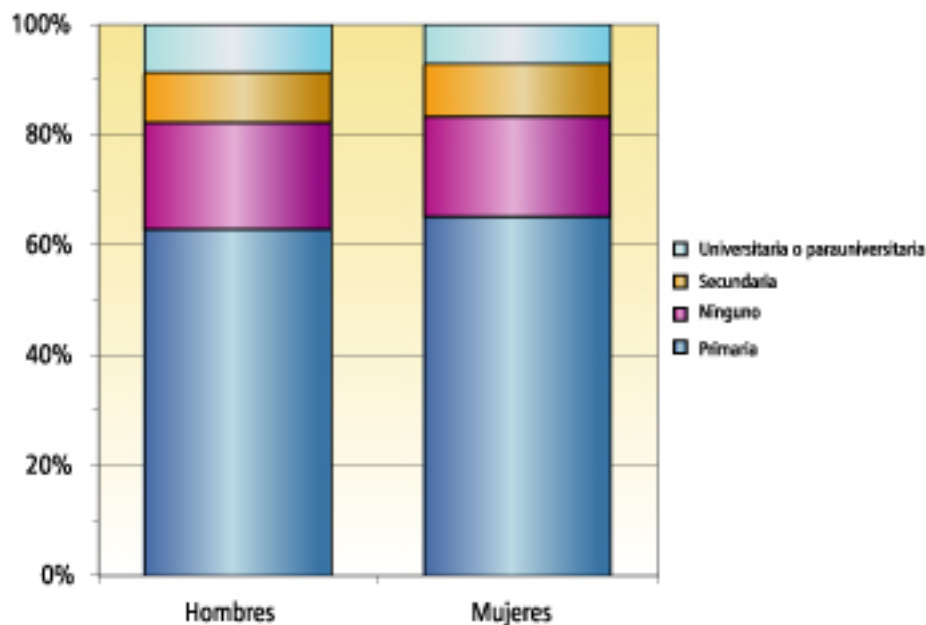
3.1. Educación

De acuerdo con el censo del 2000, en Costa Rica la mayoría de los adultos mayores ha asistido al sistema de educación formal. Como se observa en el gráfico 10, la proporción que no recibió los beneficios de esta educación fue menor al 20%. La primaria fue el nivel educativo alcanzado por la mayoría. Esta característica, que de alguna manera permite visualizar la calidad de vida de los adultos mayores, no muestra diferencias importantes por sexo.

Según datos de la Encuesta Nacional de Hogares y Propósitos Múltiples de 1999, “las personas de 60 y más se caracterizan por tener un bajo nivel de instrucción académico, especialmente las que viven en la zona rural. Del total de la población de 60 años y más, un 22,84% no tiene ningún grado de escolaridad aprobado; el 62,24% cuenta con educación primaria y un 5,45% realizó estudios universitarios.”⁴

⁴ Citado en CONAPAM – UNFRA, “Política Nacional para la Atención de la Persona Adulta Mayor – Plan de Acción 2002-2006. 2002 pág. 23.

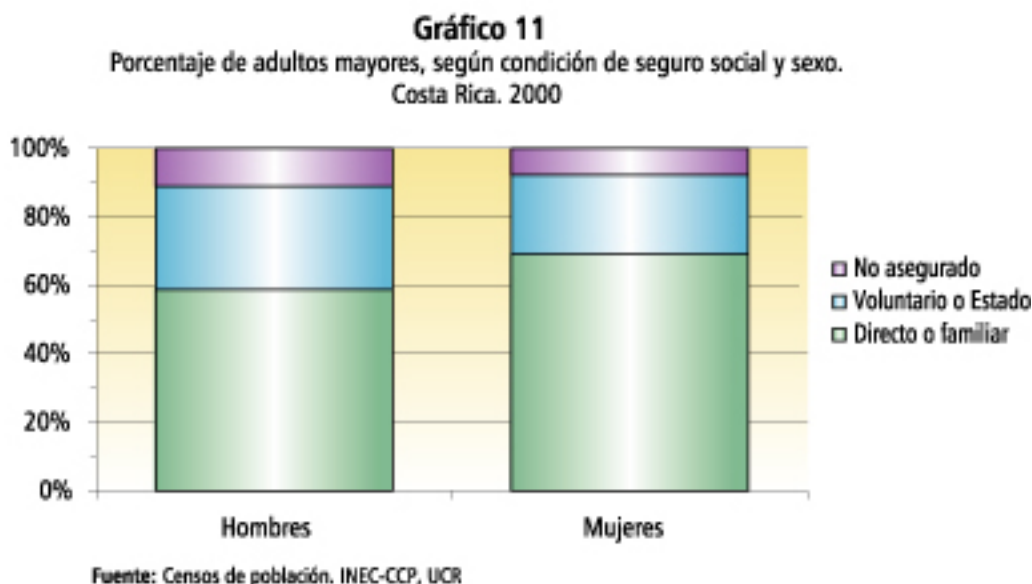
Gráfico 10
Porcentaje de adultos mayores, según nivel educativo alcanzado.
Costa Rica, 2000



Fuente: Censos de población. INEC-CCP, UCR

3.2. Seguridad social

Otra característica importante de esta población, que por su naturaleza está muy expuesta a padecimientos de salud, es su condición de asegurado. Para el 2000 cerca del 10% de los adultos mayores no estaba asegurado. La mayoría (un 64%) era asegurado directo o fue asegurado por algún familiar. El porcentaje de mujeres que cuentan con seguro es mayor que el de hombres (gráfico 11). La proporción de hombres asegurados voluntariamente o por el Estado (30%) es mayor respecto a las mujeres (23%). Este último dato es importante, dado que es probable que las personas que se aseguran voluntariamente lo hagan cuando su salud está más comprometida, situación que parece suceder con más frecuencia entre los hombres.



De acuerdo con los resultados del Censo 2000, 108.000 personas mayores en Costa Rica estaban pensionadas, es decir un 36% de la población adulta mayor. Entre esta población la probabilidad de gozar de una pensión es diferencial por sexo: un 39% de los hombres estaba pensionado en el 2000, frente a un 32% de las mujeres.

3.3. Actividad económica

Para el año 2000, el total de adultos mayores incorporados a alguna actividad económica fue de 57.000 personas. Existen importantes diferencias por sexo: un 34% de los varones mayores de 60 años se dedica a alguna actividad económica, mientras que sólo el 5% de las mujeres lo hace. El 7% de las personas mayores que están pensionadas además trabajan, de las cuales un 83% son hombres.

¿En qué sectores económicos laboran los adultos mayores? En el cuadro 1 se muestra que los hombres se dedican principalmente a actividades de agricultura, pesca y silvicultura, mientras que la mayoría de las adultas mayores trabajan en servicios domésticos. Estas cifras reflejan las menores oportunidades de pensionarse que tienen aquellos que se dedican a actividades agrícolas, al comercio y a los oficios domésticos.

Cuadro 1
Porcentaje de adultos mayores según actividad económica y sexo.
Costa Rica, 2000

Actividad económica	Hombres	Mujeres
Agricultura, caza, silvicultura y pesca	43	5
Comercio al por mayor y por menor	16	20
Industria manufacturera	9	11
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	6	1
Construcción	5	0
Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	5	5
Hogares privados con servicios domésticos	1	23
Administración pública	4	4
Hoteles y restaurantes	2	9
Otros servicios	8	21
Total	100%	100%
N	48,847	8,117

Fuente: Centro Centroamericano de Población, UCR – Instituto Nacional de Estadística y Censos

3.4. Pobreza

La proporción de adultos mayores en condición de pobreza es mayor que la de la población total. Por ejemplo, la Encuesta de Hogares del 2002 muestra que el 24% de toda la población estaba en condición de pobreza mientras que 28% de los adultos mayores se encontraba en esta situación. La condición de pobreza de los adultos mayores no presenta grandes diferencias por sexo: un 27% de los hombres y un 29% de las mujeres viven en la pobreza según dicha encuesta.

“Del total de personas de 60 años y más en Costa Rica, en el año 1999, el 53,63% se encuentran unidas o casadas y un 42,21% están separadas, divorciadas, viudas o solteras.

Más del 50% son jefes (as) de hogar, pero conforme avanza la edad son menos reconocidos como tales y pasan a formar parte de los dependientes”⁵

“Un primer problema a destacar es la existencia de pobreza en las personas de 60 años y más, de acuerdo a los datos analizados de la Encuesta Nacional de Hogares y Propósitos Múltiples de 1999; el 21.4% de las personas adultas mayores se encontraba en condición de pobreza, el 61% con algún nivel de pobreza se encontraba en la zona rural y las mujeres adultas mayores eran las que mayormente presentan esta condición”

⁵ Rojas, Sandra. Situación de la población de 60 años y más en Costa Rica. Foro Centro Americano sobre Envejecimiento, Salud y Bienestar: Costa Rica. CONAPAM – Presidencia de la República San José 2000

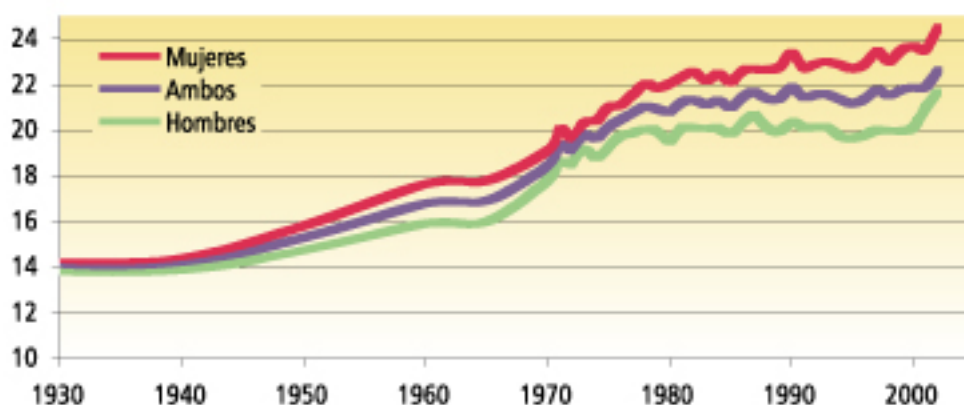
4. Cantidad de vida y salud

4.1. Esperanza de vida

Como ya se indicó, para el 2002 la esperanza de vida al nacer en Costa Rica fue de 78,6 años: 76,3 para los hombres y 81,0 años para las mujeres (Proyecto Estado de la Nación, 2003). Esta es la esperanza de vida más alta de Latinoamérica, y superior incluso a la de los Estados Unidos. Estas cifras indican los años esperados de vida de un recién nacido. La esperanza de vida también puede calcularse a otras edades. La esperanza de vida a la edad de 60 indicaría los años esperados de vida como adulto mayor para una persona que llegó con vida a la edad 60. Los datos más recientes muestran que en el 2002 la esperanza de vida a los 60 años de edad fue de 22,6 años: 21,7 para los hombres y 24,5 años para las mujeres.

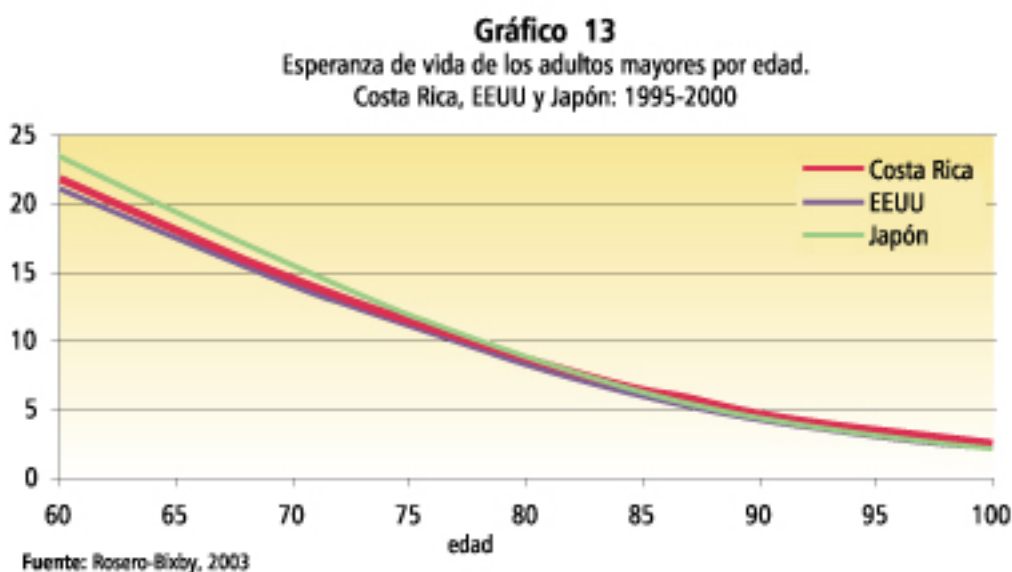
El progreso más grande en la esperanza de vida de los adultos mayores ocurrió entre 1950 y 1980, especialmente entre las mujeres. Desde 1980 este indicador se ha mantenido más o menos constante alrededor de 20 años en los hombres y 23 en las mujeres (gráfico 12). No se esperan grandes cambios en el futuro, se proyecta que para el 2025 la esperanza de vida a los 60 sea de 22,4 años para los hombres y de 25,5 años para las mujeres.

Gráfico 12
Esperanza de vida a los 60 años.
Costa Rica: 1930-2002



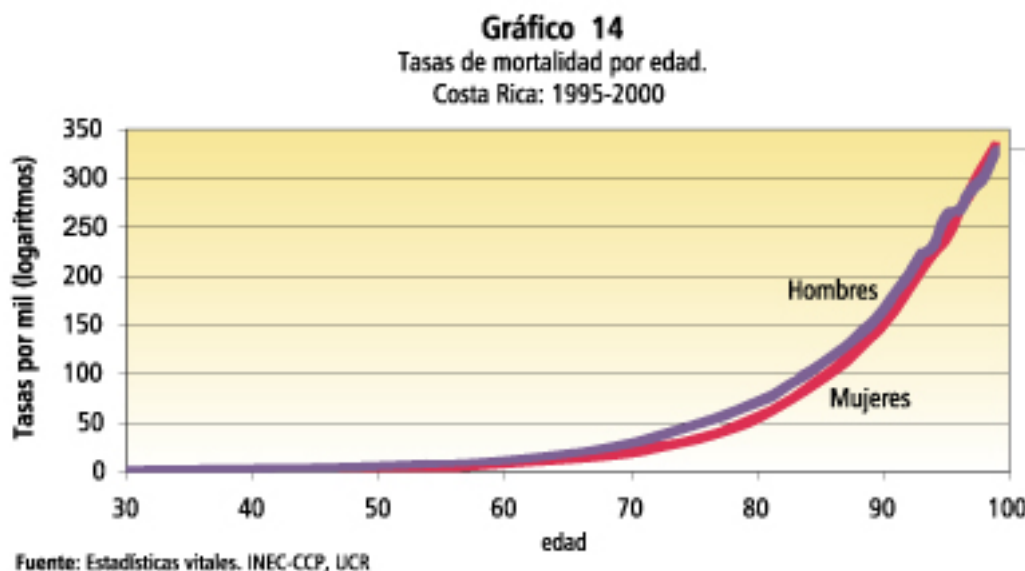
Fuente: (1) Rosero-Bixby y Caamaño, 1984 y (2) INEC y CCP, 2002

La esperanza de vida de los adultos mayores disminuye casi linealmente con la edad (gráfico 13). Para los dos sexos en conjunto pasa de 22 años a la edad 60 a 11,3 años a la edad 75 y a 3,4 años a la edad 95. Estos valores indican los años que se espera que viva una persona a partir de la edad respectiva. La esperanza de vida de los adultos mayores costarricenses se compara muy favorablemente con otros países. El gráfico 13 muestra que Costa Rica aventaja en este indicador a los EEUU en todo el rango de edades. Con respecto al Japón, uno de los países más longevos en el mundo, Costa Rica tiene una desventaja de 1,5 años de esperanza de vida a la edad 60, pero la situación se invierte a edades avanzadas. De los 83 años de edad en adelante, los costarricenses aventajan a los japoneses. Las estimaciones a estas edades tienen, sin embargo, un elevado margen de incertidumbre. Estudios cuidadosos a fondo deben verificar si esta situación favorable de los adultos mayores costarricense es real y cuáles son los factores que la producen.



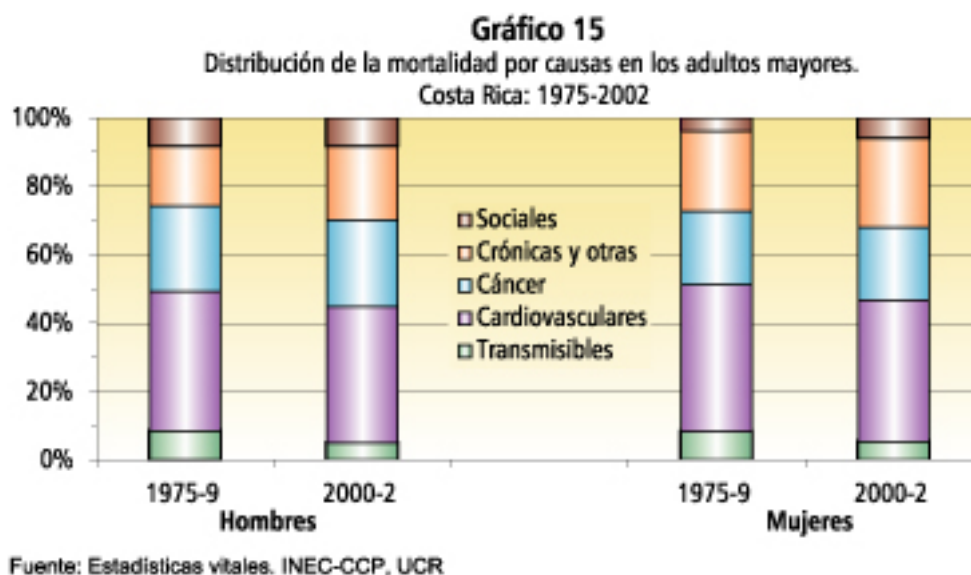
4.2. Mortalidad y sus causas

La mortalidad de los costarricenses durante gran parte de la vida adulta es casi nula, pero conforme aumenta la edad ésta crece de manera exponencial (gráfico 14). A los 60 años de edad fallecen anualmente alrededor de 10 de cada mil personas, cifra similar a la de mortalidad infantil. Esta tasa aumenta rápidamente y hacia la edad 80, el 5% de mujeres y el 7% de hombres muere cada año. Se estima que a los 98 años de edad, alrededor de un 30% de las personas fallece anualmente. Más allá de estas edades hay mucha incertidumbre y no está claro si las tasas continúan su aumento exponencial o si, como sucede en otras especies como la mosca de la fruta, dejan de aumentar o incluso disminuyen.



Al igual que en el resto de edades, los hombres mueren más que las mujeres, pero esta brecha tiende a cerrarse en las edades avanzadas. Entre los 60 y 70 años de edad, las tasas de mortalidad de los hombres son un 50% mayores que las de las mujeres. Alrededor de los 90 años la sobremortalidad masculina se ha reducido a 10% y cerca de los 100 años de edad o más, pareciera que los hombres tienen ligeramente menor riesgo de morir que las mujeres.

Para el conjunto del grupo de adultos mayores, la tasa de mortalidad del 2000 al 2002 fue de 29 para las mujeres y 37 para los hombres, es decir que ocurrieron estos números de defunciones anuales por cada mil personas en esas edades. Alrededor del 40% de estas defunciones son de origen cardiovascular (gráfico 15), de un 20% a 25% se deben al cáncer y otro tanto a una variedad de condiciones, entre las que destacan las respiratorias crónicas, la diabetes y el grupo residual de "senilidad". El cáncer tiene mayor peso entre los hombres y estas otras condiciones crónicas (especialmente la diabetes) tienen mayor peso entre las mujeres. Estos tres grandes grupos de causas matan casi al 90% de los adultos mayores. Un 5% adicional muere a causa de enfermedades transmisibles (principalmente respiratorias agudas) y otro 6% (8% en hombres), debido a patologías sociales, especialmente accidentes. Esta distribución de las causas de muerte ha variado poco en los últimos 25 años, en contraste con el dramático descenso de las enfermedades transmisibles en las edades más jóvenes. Los cambios más importantes desde 1975 han sido: una caída de 3 puntos porcentuales en la importancia de las patologías transmisibles y una ganancia de magnitud similar en el grupo de otras crónicas (principalmente respiratorias).



El cuadro 2 muestra las tasas de mortalidad de los adultos mayores por los principales grupos de causas de muerte, sus diferencias por sexo y su variación en el último cuarto de siglo. Las enfermedades cardiovasculares son, como ya se ha dicho, la causa más importante de muerte en estas edades. Anualmente mueren 14 de cada mil hombres y 12 de cada mil mujeres por estas causas entre los adultos mayores. El segundo grupo más importante es el de las enfermedades respiratorias crónicas (enfisema principalmente). Alrededor de tres de cada mil adultos mayores mueren cada año por enfermedades respiratorias crónicas. En estos dos grupos de causas de muerte, los hombres tienen tasas que son 20% mayores que las de las mujeres. En cuanto a la tendencia en el tiempo, hay buenas y malas noticias. La buena noticia es que las cardiovasculares han venido disminuyendo a un promedio de alrededor de 1% por año (0,6% para los hombres y 1,1% para las mujeres). La mala noticia es la tendencia a aumentar la mortalidad por enfermedades respiratorias crónicas a un promedio anual de 2% entre los hombres y 1% entre las mujeres. Aunque es posible que parte del aumento provenga de mejoras en el diagnóstico, la salud pública del país debe prestar especial atención a esta tendencia y adoptar medidas para contrarrestarla.

La tercera causa de muerte más importante difiere entre hombres y mujeres. Entre los hombres hay tasas similares de mortalidad por cáncer de próstata y cáncer gástrico. El cáncer de próstata mata el triple de hombres que el cáncer de mama o el de cuello de útero y presenta además una de las tendencias más adversas en el último cuarto de siglo. La tasa ha aumentado a razón de 3% por año. Aunque parte de este aumento puede también originarse en un mejor diagnóstico, la tendencia es preocupante y debe ser enfrentada. La mortalidad por cáncer gástrico, en cambio, muestra una clara tendencia a la baja, del orden del 2% anual, cuyo origen se desconoce. La tasa por este cáncer es 80% mayor para los hombres que para las mujeres.

Entre las mujeres adultas mayores, la tercera causa de muerte más importante es la diabetes Mellitus (quinto lugar entre los hombres). Esta es una de las pocas causas de muerte con tasas menores para hombres que para mujeres (un 24% menores). Comparaciones con otros países como los EEUU muestran, además, que la mortalidad por diabetes de las costarricenses es excepcionalmente elevada. La diabetes en las mujeres costarricenses, es otra patología que requiere atención prioritaria.

Entre las restantes causas de muerte destacan las tendencias favorables de infecciones respiratorias agudas y tuberculosis, que han caído a razón de entre 3% y 5% anual. En contraste, están las tendencias adversas de aumento de 1% a 3% anual en la mortalidad por patologías sociales: homicidio, alcoholismo-cirrosis, suicidio entre los hombres y accidentes no automovilísticos entre las mujeres. También destaca el aumento de 1% anual en la mortalidad por cáncer respiratorio en hombres y cáncer de mama en mujeres.

En la comparación entre los sexos, sobresale la extraordinariamente elevada mortalidad por suicidio de los hombres, quienes mueren a tasas catorce veces mayores que las mujeres a estas edades. También es excepcionalmente alta (tres o cuatro veces mayor) la tasa de mortalidad de los hombres por accidentes de automóvil, homicidio, tuberculosis y cáncer respiratorio.

Cuadro 2
Principales causas de muerte. Costa Rica edades 60 años y más,
2000-2002 y variación desde 1975

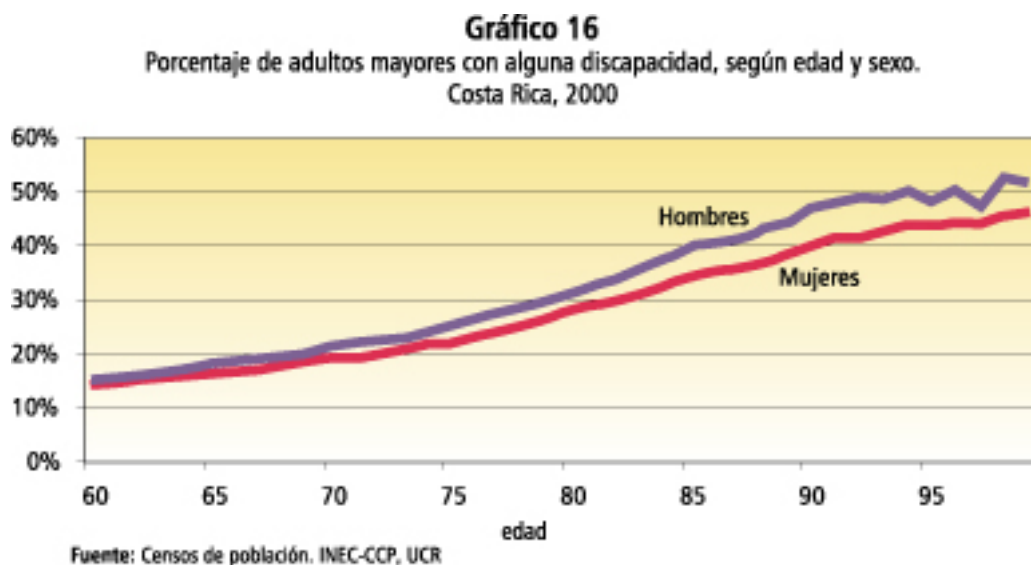
Grupos de causas de defunción	Tasa por 100.000		Sobremortalidad masculina	Variac. Anual 1975-2002	
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
Cardiovasculares	1,444	1,196	1,21	-0,6%	-1,1%
Enf. resp. crónicas	316	265	1,20	2,1%	1,0%
Cáncer próstata	197	0	-	3,1%	-
Cáncer gástrico	195	105	1,86	-1,8%	-2,3%
Diabetes	120	157	0,76	-0,2%	-1,5%
IRA's	110	101	1,09	-3,1%	-4,0%
Otros accidentes	92	84	1,09	0,0%	1,7%
Alcohol-cirrosis	104	65	1,61	1,0%	2,6%
Cáncer respiratorio	113	42	2,71	1,2%	-0,2%
Cáncer útero	0	61	-	-	-1,1%
Cáncer mama	2	60	-	-	1,3%
Accidentes automóvil	59	14	4,20	-0,9%	-1,4%
Diarreas	20	21	0,92	-1,0%	0,1%
Homicidio	27	7	3,82	2,2%	2,7%
Tuberculosis	18	7	2,82	-3,5%	-5,4%
Suicidio	17	1	13,52	1,1%	-
Otras	791	704	1,12	0,1%	0,2%
Total	3,625	2,889	1,25	-0,3%	-0,8%

Fuente: Estadísticas vitales. INEC-CCP

5. Vida saludable y enfermedad

5.1. Discapacidad

El 22% de los adultos mayores reportó alguna discapacidad en el censo del 2000. Este porcentaje es ligeramente mayor para los hombres (23%) que para las mujeres (21%). La discapacidad más comúnmente reportada fue la ceguera: 37% de los adultos mayores. La siguiente más común fue la sordera, que afecta más a los hombres (22%) que a las mujeres (15%). Mientras que la menor proporción de adultos mayores con alguna discapacidad reportó trastornos mentales. La prevalencia de alguna discapacidad aumenta con la edad, de 15% a los 60 años hasta alrededor de 50% entre hombres de 90 y más (gráfico 16).



En relación a la mayor discapacidad presentada por las mujeres es interesante que en el Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología, el porcentaje de mujeres que egresaron con trauma durante el quinquenio de 1999-2003 son el 65,4% de los egresos por esta causa. Teniendo en cuenta que la osteoartritis, osteoporosis y riesgo a fracturas, están relacionadas con la edad y la discapacidad, no es de extrañar que en el grupo de las mujeres, el trauma sea más frecuente y de mayores consecuencias (internamientos). El deterioro funcional puede ser tanto causa de accidentes como consecuencia de los accidentes, asociado a la pluripatología que se presenta en edades avanzadas.

Cuadro 3

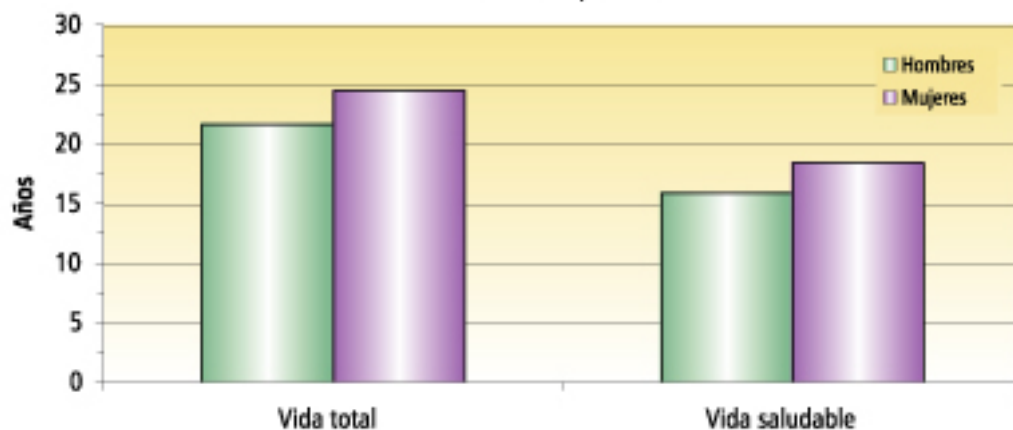
Egresos Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología "Dr. Raúl Blanco Cervantes" con diagnóstico de trauma según sexo en el quinquenio 1999-2003

Año	Total de casos	Hombres (%)	Mujeres(%)
1999	36	34,2	65,8
2000	30	23,3	76,7
2001	42	42,6	57,4
2002	39	40	60
2003	39	28,2	71,8
Total	188	34,6	65,4

Fuente: Servicio de estadística Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes

Con base en estas cifras de discapacidad hemos determinado que la esperanza de vida saludable (más precisamente, libre de discapacidad) a partir de la edad 60 en el año 2000 fue de 15 años para los hombres y 18 años para las mujeres (gráfico 17). Vale decir que la cantidad de vida de los adultos mayores en Costa Rica es cercana a los 22 años, pero los años de vida de calidad, libre de discapacidad, es de alrededor de 16 años. Esta cifra se reduciría aún más si en el cálculo se tomaran en cuenta otras condiciones que disminuyen la calidad de vida, como el abandono o la pobreza.

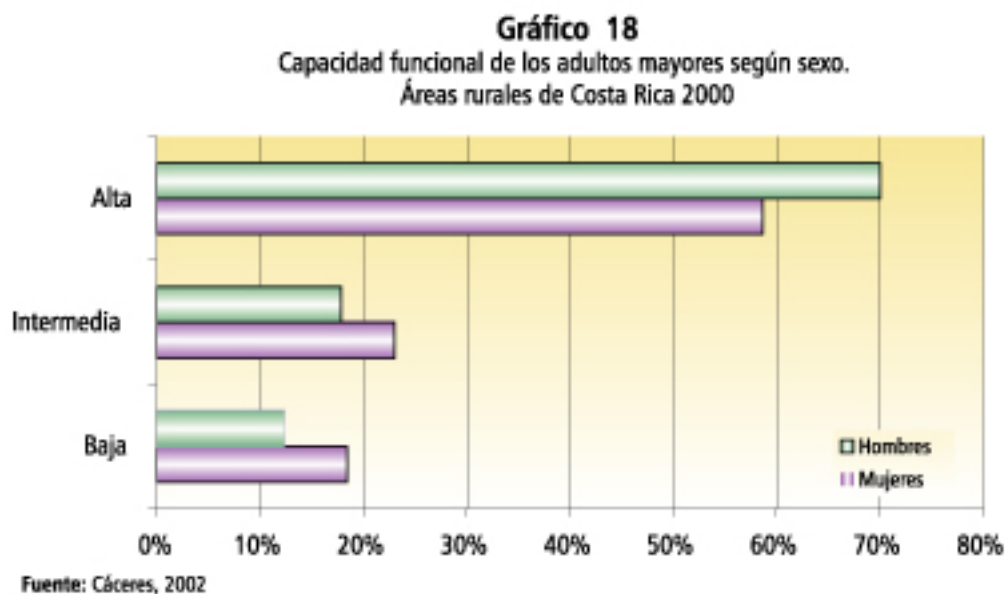
Gráfico 17
Esperanza y calidad de vida a edad 60 años.
Costa Rica, 2002



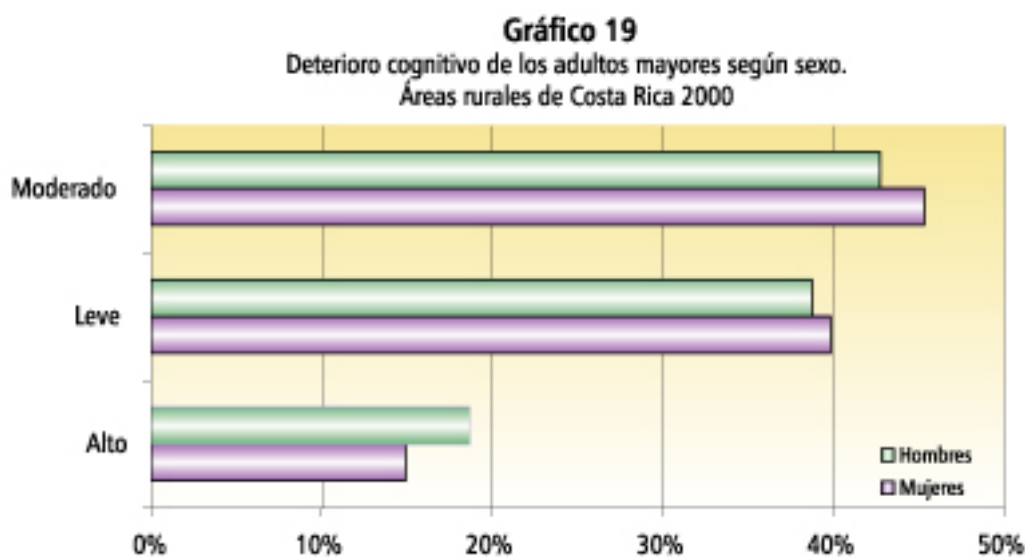
En América Latina, las familias son los principales prestadores de asistencia a las personas mayores con discapacidad. Por lo general quienes dan este tipo de asistencia son las mujeres en edad madura que se dedican a cuidar de sus padres o abuelos. Algunos estudios realizados en Estados Unidos revelan que los prestadores de asistencia dedican un promedio de 20 horas por semana a la atención de personas adultas mayores, y aún más tiempo si la persona tiene discapacidades múltiples. La disponibilidad de estos prestadores de asistencia tiende a disminuir debido a la mayor incorporación de las mujeres a la actividad laboral y a la consecuente repercusión económica de dejar de trabajar por atender a algún miembro de la familia.

5.2. Capacidad funcional y cognitiva

A inicios del año 2000 se realizó en la Universidad de Costa Rica una encuesta de adultos mayores del área rural del Valle Central incluyendo la periferia urbana. La encuesta determinó la capacidad funcional de los adultos mayores considerando su habilidad para realizar (1) actividades de la vida diaria como caminar, ponerse zapatos, bañarse o comer; (2) actividades instrumentales del diario vivir como preparar comida, manejar dinero, salir solo, comprar alimentos y usar el teléfono y (3) otras actividades como correr, subir escaleras, agacharse, jalar o empujar objetos grandes. El resultado obtenido fue que un 21% del total de adultos mayores presentaron capacidad funcional intermedia, es decir que tenían entre 5 y 8 dificultades (de un total de 24). Otro 16% presentó capacidad funcional baja, es decir que tenían 9 o más limitaciones. Por sexo, los hombres reportan tener una mejor capacidad funcional (gráfico 18) (Cáceres, 2003).



Mediante la prueba “Minimental Modificada” que evalúa la condición cognitiva e indicios de demencia en los adultos mayores, los resultados de la encuesta revelaron que el 39% presentaba un deterioro cognitivo leve y el 17% un deterioro alto, siendo estos últimos los que tienen la mayor probabilidad de sufrir demencia. Las diferencias por sexo indican que los hombres tienen una mayor probabilidad de sufrir demencia (19% tiene un deterioro alto) que las mujeres (15% con deterioro alto) (gráfico 19). Está comprobado que el principal factor de riesgo para la demencia es la edad y los resultados de esta encuesta lo confirman.



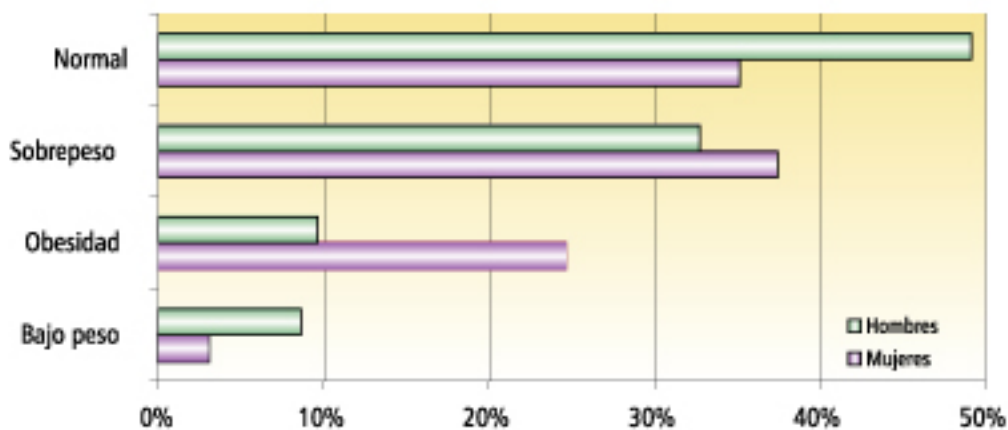
Fuente: Cáceres, 2002

De acuerdo con esta encuesta las personas de edad avanzada que trabajan se encuentran en mejores condiciones de capacidad funcional y cognitiva que las que no trabajan. Los adultos mayores que reciben algún tipo de ayuda por lo general son los que están en condiciones más desfavorables de salud, capacidad funcional o mental. Estas relaciones se identificaron luego de controlar la edad de los individuos. (Cáceres, 2003)

5.3. Estado nutricional, estado de salud y estado anímico

En la mencionada encuesta del 2000, el estado nutricional de las personas de edad fue medido a partir del índice de masa corporal. Se determinó que el 35% de los adultos mayores tienen sobrepeso y 18% algún grado de obesidad. En el otro extremo, el 6% resultó con bajo peso. Como se observa en el gráfico 20, existen importantes diferencias por sexo: la proporción de mujeres obesas es más del doble que la de hombres, y la proporción de hombres con bajo peso es casi el triple que la proporción de mujeres con este problema.

Gráfico 20
Estado nutricional de los adultos mayores según sexo.
Áreas rurales de Costa Rica 2000



Fuente: Cáceres, 2002

El alto porcentaje de adultos mayores con sobrepeso, especialmente entre las mujeres, puede relacionarse con una alta incidencia de enfermedades crónicas asociadas como: diabetes, hipertensión arterial y cardiopatías. Se encontró además que la tendencia es llegar a los primeros años de la vejez con un estado de sobrepeso u obesidad. El proceso de envejecimiento va provocando pérdida de peso, de manera que en los últimos años las personas tienden a llegar a un peso normal o incluso bajo.

Mediante esta encuesta se midió también el estado de salud de las personas de edad avanzada construyendo un indicador con base en la declaración de padecer una serie de patologías como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, artritis y osteoporosis, así como la declaración de padecer una serie de síntomas. Se elaboraron tres categorías de estado de salud: sano, enfermo y muy enfermo según el número de enfermedades reportadas y la presencia de síntomas. El resultado: 49% se ubican como enfermos y 28% muy enfermos. En promedio los hombres declararon tener 1,3 enfermedades, mientras que las mujeres 1,9 enfermedades. La hipertensión fue la enfermedad declarada con mayor frecuencia entre los adultos mayores.

Según los resultados de esta encuesta, los hombres presentaron mejores condiciones de capacidad funcional, y mejor estado de salud que las mujeres. En general, varios estudios sostienen que los hombres tienden a declarar un mejor estado de salud que las mujeres, en parte probablemente porque los hombres consultan menos al médico y porque por razones culturales tienden a no aceptar ni declarar sus padecimientos.

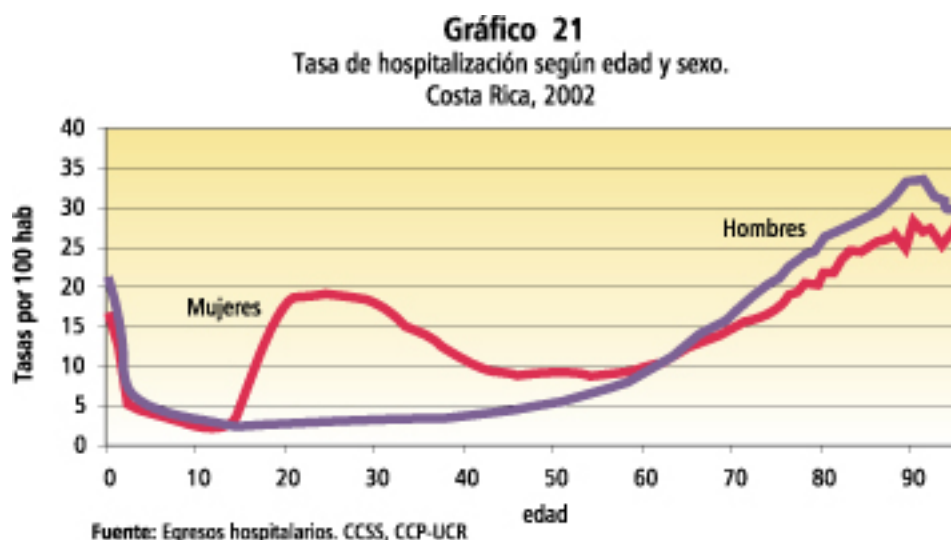
En esta misma encuesta se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para determinar si el adulto mayor estaba satisfecho con su vida, las actividades que realiza, su estado de ánimo y preocupaciones. Se obtuvo como resultado que el 38% de los adultos mayores estaba en riesgo de depresión, y el 10% estaba deprimido. Se encontró además que las personas con mayor nivel escolar, quienes trabajan y quienes realizan actividades físicas son las que tienen más probabilidad de tener un estado de ánimo normal.

Por otro lado, la incidencia de depresión entre los que reciben ayuda de sus familiares fue del 13% , mientras que sólo el 3% de quienes no reciben ayuda sufre de depresión. El estado de ánimo está muy asociado a todos los demás indicadores de la salud del adulto mayor, de hecho podría decirse que es el producto de sus condiciones generales de vida y su capacidad de valerse por sí mismo.

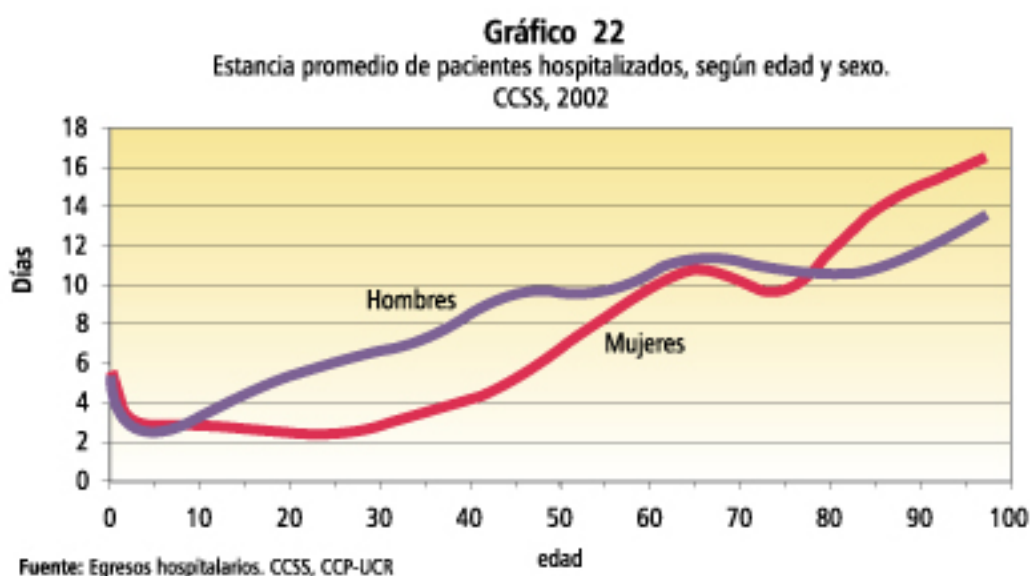
6. Uso de servicios de salud

6.1. Hospitalización

El uso de servicios de hospitalización en la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) difiere según la edad y el sexo del individuo. Las personas de edad avanzada son quienes más utilizan los servicios de hospitalización. Como se aprecia en el gráfico 21, en el 2002 ocurrieron unas 10 hospitalizaciones por cada cien personas alrededor de 60 años de edad. Conforme incrementa la edad, aumenta también la tasa de hospitalización, alcanzando valores de unas 30 hospitalizaciones por 100 habitantes después de los 85 años de edad. Como promedio, la tasa de hospitalización de los adultos mayores fue de 16 por cada cien en el 2002. La tasa de hospitalización es mayor entre las mujeres hasta los 65 años de edad, pero a partir de esta edad son los hombres quienes tienen las tasas de hospitalización más altas.



El promedio de días que las personas permanecen hospitalizadas complementa el indicador anterior de uso de servicios de hospitalización. Como se observa en el gráfico 22, los adultos mayores permanecen hospitalizados por más cantidad de días que cualquier otro grupo. A pesar que las estancias de los varones tienden a ser mayores entre la población más joven, esta situación se invierte de los ochenta años en adelante, siendo más prolongadas las estancias de las mujeres. La estancia promedio en el hospital de un adulto mayor fue de 11,2 días en el 2002.



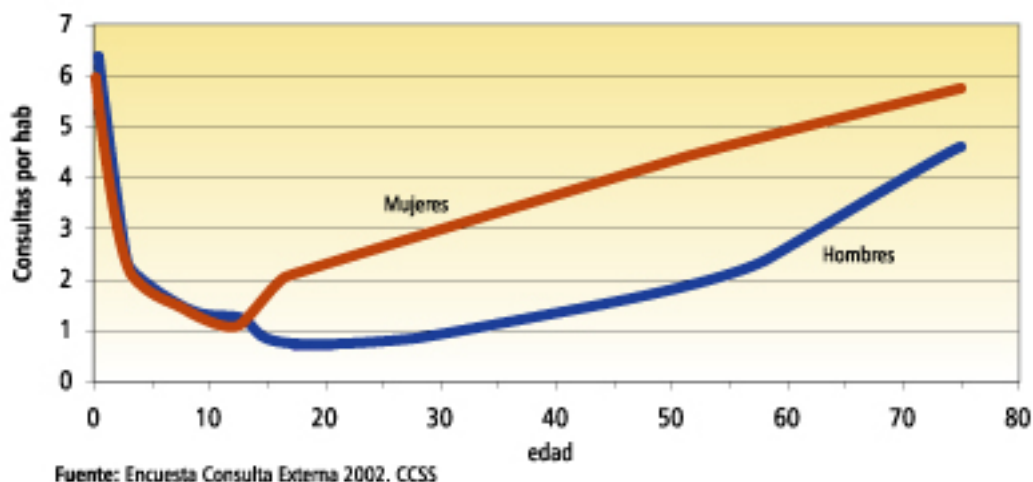
6.2. Consulta externa

En el 2002 se realizó la cuarta Encuesta Nacional sobre las características de los usuarios de los servicios de consulta externa de la CCSS. De acuerdo con los resultados de esta encuesta y sus predecesoras el porcentaje de adultos mayores atendidos en consulta externa de la Caja Costarricense del Seguro Social ha venido aumentando en los últimos quince años. En 1987 la población de 65 años y más recibió un 9% de las consultas, mientras que en el 2002 el 12% del total de consultas externas fue brindado a esta población (CCSS, 2003).

Al igual que en los demás grupos etarios, entre los adultos mayores son las mujeres quienes más utilizan los servicios de consulta externa. Durante los últimos 15 años se han atendido alrededor de 1,4 mujeres por cada varón de 65 años y más.

Esta población ejerce una presión importante sobre los servicios de consulta externa de la Caja Costarricense de Seguro Social. De hecho, como se observa en el gráfico 23, el número de consultas por habitante que recibe esta población sólo es superado por el grupo de menores de un año.

Gráfico 23
Cantidad de consultas por habitante, según edad y sexo. CCSS, 2002



Por otra parte, el nivel de consulta dentro de este grupo también ha venido aumentando en los últimos quince años. En 1987 se atendían 4 consultas de hombres y 5 de mujeres de 65 o más por cada habitante, mientras que en el 2002, estas cifras aumentaron a 5 hombres y 6 mujeres por habitante.

Los centros médicos donde más se atienden adultos mayores son el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes y la Clínica Nacional del Dolor. Durante el 2002, el 84% de las consultas del Blanco Cervantes y el 40% de las consultas de la Clínica del Dolor fueron para personas de 65 años y más.

Es importante destacar cómo hospitales que no fueron creados como centros especializados para adultos mayores, están atendiendo una proporción importante de esta población. Durante el 2002 en los Hospitales México, Calderón Guardia y San Juan de Dios, alrededor del 20% de la consulta fue brindada a adultos mayores.

Las principales causas de consulta de los adultos mayores a nivel nacional son:

1. Enfermedades del sistema circulatorio (20%)
2. Enfermedades relacionadas con sistema endocrino, nutrición y metabolismo (17%)
3. Citas de control sin hallazgo patológico (11%)

Esta última categoría de consulta es lo que tradicionalmente se ha conocido como medicina preventiva, y en la actualidad se le conoce como atención integral primaria. Es destacable que ésta constituya una porción importante dentro de las causas de consulta externa para la población de adultos mayores. Durante los últimos 15 años se ha observado una tendencia general de aumento en esta categoría en todos los grupos de edad.

7. Agresión a los adultos mayores

Aunque la idea de solidaridad con los adultos mayores se encuentra todavía muy arraigada en América Latina, hay indicios de un aumento en el maltrato y descuido de las personas adultas mayores (OPS-OMS, 2002). En nuestro país, antecedentes de la agresión a las personas adultas mayores se registran desde los años 70, bajo el concepto de abandono familiar principalmente. El Estudio realizado en el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes en el 2003, permite establecer que 3 de cada 10 adultos mayores presentan factores de riesgo de agresión, negligencia o abandono.

El análisis de 857 casos de violencia atendidos por el Comité del Anciano Agredido y Abandonado (CEINAA), permite establecer el siguiente perfil: La población más vulnerable se registra entre los 75 y 85 años, la población femenina en evidencia más situaciones de agresión y la misma se presenta en el ambiente familiar".⁶

Por otra parte, a partir de las Encuestas de Hogares de 1994 y 1997 se estimó que un 2,2% de las personas adultas mayores sufrían de maltrato (Sandra Jiménez, comunicación personal, diciembre 2003). En la "Cuarta Encuesta Nacional sobre las características de los usuarios de los servicios consulta externa CCSS", realizada en el 2002 se recabó la información de los pacientes a los cuales se les diagnosticó como víctimas de agresión, a pesar de haber llegado a consulta por otras causas. A partir de los resultados de esta encuesta, se puede calcular una tasa de incidencia de agresión, que aunque muy probablemente subestime este fenómeno, da una idea de su magnitud. Según esos datos, 13 de cada mil personas en el 2002 sufrieron algún tipo de agresión que fue detectada en los servicios de consulta externa. La mayor incidencia de agresión ocurrió entre las mujeres. Tanto los hombres como las mujeres de 65 o más años forman parte de los tres grupos etarios donde la incidencia de agresión es mayor (cuadro 4).

5 Martínez Muñoz, Jeannette, "Atención Integral del Adulto Mayor Víctima de Violencia, Análisis de 857 casos" – CEINAA – Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes. Ponencia de XVII Semana Nacional XVI Internacional de Geriatria y Gerontología, San José, Costa Rica; abril 2003.

Cuadro 4

Tasas de agresión detectada en consulta externa por edad y sexo.
CCSS, 2002 -Tasas por mil habitantes-

Edad	Hombres	Mujeres
Menos de 1	-	8
1-9	8	9
10-14	12	12
15-19	3	16
20-29	2	18
30-44	4	35
45-64	6	32
65+	8	21
Total	6	21

Existen diferencias muy importantes en cuanto a la agresión según sexo. La mayor tasa de agresión entre los hombres mayores es el abandono o negligencia: se determinó que 3 de cada mil hombres de 65 años o más sufren este tipo de agresión. Entre las mujeres la agresión psicológica fue la más importante: 11 de cada mil mujeres (cuadro 5).

Cuadro 5

Tasa de incidencia de agresión en mayores de 65 años, según tipo de agresión y sexo. CCSS, 2002 -Tasas por mil habitantes-

Tipo de agresión	Hombres	Mujeres
Psicológica	2	11
Abandono o negligencia	3	2
Múltiples	1	4
Física	1	3
Patrimonial	1	0
Total	8	21

8. Políticas

8.1. Legislación vigente

Desde febrero de 1990 hasta el 2001 se han puesto en la corriente legislativa al menos 18 proyectos de ley relacionados con las personas adultas mayores, de los cuales una gran cantidad han sido archivados (Ramírez, 2003). Sin embargo a partir de 1999 se han aprobado una serie de leyes con las cuales se busca ofrecer una solución integral a este grupo poblacional. La legislación vigente relacionada con el tema se menciona a continuación:

Ley N° 7935, Ley Integral de la Persona Adulta Mayor: Establece derechos para las personas mayores de sesenta y cinco años en lo referente a salud, educación, vivienda, seguridad social, recreación y trabajo. Adicionalmente, establece responsabilidades específicas a diversas instituciones del sector público.

Ley N° 8153 y Decretos N° 29679-S y N° 30571-S: Relacionados con la obligatoriedad que los establecimientos que pretendan brindar servicios de atención a la población adulta mayor, deberán habilitarse ante el Ministerio de Salud, como requisito para que se les autorice el financiamiento parcial con recursos económicos del Estado, así como para que el Instituto Mixto de Ayuda Social pueda otorgarles el carácter de bienestar social.

Ley N° 7972: Creación de Cargas Tributarias sobre Licores, Cervezas y Cigarrillos para financiar un plan integral de protección y amparo de la población adulta mayor, entre otros grupos.

Ley N° 7936: Establece que las personas mayores de 65 años que hagan uso de los servicios de transporte colectivo remunerado, viajarán distancias que no excedan los 25 kilómetros sin costo alguno, en los desplazamientos que tengan una distancia de 25 kilómetros pero menos de 50, pagarán la mitad en el costo del pasaje y en los desplazamientos mayores de 50 kilómetros pagarán un setenta y cinco por ciento del pasaje.

Ley N° 7983, Ley de Protección al Trabajador: Establece, que el Régimen No Contributivo de Pensiones debe universalizarse para todas las personas adultas mayores en situación de pobreza.

Ley N° 5662, Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares: Establece un fondo de desarrollo social y asignaciones familiares que deberá transferirse a los hogares, albergues y centros diurnos para la atención de personas mayores de escasos recursos económicos.

Leyes N° 7395, N° 1152 y N° 7342: Asignan fondos provenientes de las utilidades de la Lotería Nacional y "Tiempos" a hogares, asilos y albergues de ancianos, sin fines de lucro. **Decreto N° 28867-MP:** Establece que las instituciones públicas e instituciones descentralizadas que desarrollen campañas de comunicación dirigidas a las personas adultas mayores o la población en general que se refieran a áreas directamente vinculadas con los adultos mayores, deberán coordinar estas campañas con el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, a efecto de que las mismas no sean contrarias a lo establecido en la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor.

Para velar por el cumplimiento de los derechos y beneficios que establecen las diferentes leyes se creó el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, como ente rector encargado de formular políticas que garanticen condiciones favorables para la población mayor del país. Este Consejo dispuso a su vez la creación del Sistema Nacional Técnico de Apoyo para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor, como el órgano técnico encargado de asesorar en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas y programas que se desarrollen en beneficio de la población adulta mayor.

8.2. Programas existentes

Las siguientes son agrupaciones de la sociedad civil e instancias del estado que ofrecen programas o servicios dirigidos a la población adulta mayor: Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO), Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), Federación Cruzada Nacional de Protección al Anciano (FECRUNA-PA), Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes (Hosp. Blanco Cervantes), Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER), Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), Junta de Protección Social (JPS), Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), Universidad de Costa Rica (UCR), Universidad Nacional (UNA) y Universidad Estatal a Distancia (UNED). Las principales actividades que realiza cada una de ellas se detalla a continuación:

Institución	Programas o servicios	Acciones
AGECO	Clubes	- Promociona e integra "Clubes" por todo el país, donde los mayores se reúnen y hacen actividades con personas de edades e intereses semejantes para propiciar su vida social en la comunidad que les ha sido familiar. Las diferentes opciones que organiza son: clubes comunales, clubes especializados y clubes de actividades físicas.
	Voluntariado de personas mayores	- Consiste en grupos de personas mayores que brindan su servicio voluntario en instituciones de bienestar social y cultural. Por ejemplo, cuenta con un programa de guías voluntarios en diferentes museos.
	Cursos y talleres	- Se imparte capacitación dirigida al público en general, sobre diferentes temáticas relacionadas con el envejecimiento por medio de cursos, charlas y talleres.
	Comunicación	- Mantiene envío permanente de información a los diferentes medios de comunicación, ofreciendo mensajes educativos y divulgativos sobre el envejecimiento y la vejez.
CCSS	Programa Ciudadano de Oro	<p>- Convenios: realiza la suscripción de convenios de atención preferencial a las personas adultas mayores con instituciones públicas y áreas de salud de la CCSS, así como convenios de descuentos comerciales en recreación, deporte, salud, bolsa de empleo, talleres culturales, turismo social.</p> <p>- Cursos y talleres y charlas: dirigidos a personas mayores, sobre temas como recreación, deporte, salud, otros.</p> <p>- Capacitación a personas mayores en mejor calidad de vida: se imparten cursos a nivel central y regional utilizando profesionales en diferentes disciplinas con las que cuenta la institución.</p> <p>- Preparación para la jubilación: brinda información, asesoría, educación, orientación y coordinación sobre la jubilación a personas en la etapa de prejubilación en el ámbito intra y extra institucional.</p> <p>- Comunicación: realiza la divulgación de los beneficios del programa, a través de los diferentes medios de comunicación. Además, elabora material educativo impreso y en video cinta para apoyo de campañas educativas.</p>
CONAPAM	Programa Construyendo Lazos de Solidaridad	<p>- Definición de un perfil de la persona adulta mayor, víctima de abuso y maltrato, así como la valoración de hogares de ancianos que podrían dar respuesta a las necesidades de atención de estas personas en forma temporal.</p> <p>- Proyecto piloto de nutrición para personas adultas mayores de escasos recursos o en riesgo social.</p>

Institución	Programas o servicios	Acciones
	Programa Envejeciendo con Calidad de Vida	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación del Sistema Nacional Técnico para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (SINATEC) con el propósito de brindar sugerencias y recomendaciones para el cumplimiento de la Política Nacional para la Atención de la Persona Adulta Mayor. - Ejecución, en coordinación con el Ministerio de Educación Pública, del proyecto piloto "Juntos Formamos un Mundo Mejor" para la sensibilización y divulgación de la Ley N° 7935 en niños y niñas de Preescolar y I y II ciclos de educación general básica. - Además, como parte de los esfuerzos de comunicación sobre el tema se está trabajando en contactos con radioemisoras y televisoras, así como la elaboración de la revista "Nosotros los Mayores" y otros documentos para la divulgación de temas específicos de interés para la población adulta mayor.
	Programa de Atención a Personas Adultas Mayores Institucionalizadas	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo técnico y económico a hogares, albergues y centros diurnos que atienden a las personas adultas mayores de escasos recursos.
FECRUNAPA	Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitaciones a sus afiliados en el área técnica en temas sociales, psicológicos, en nutrición, salud y recreación y en área administrativa en aspectos organizativos, contables y legales.

Institución	Programas o servicios	Acciones
Hosp. Blanco Cervantes	Servicios asistenciales	<ul style="list-style-type: none"> - Atención ambulatoria: brinda consulta a pacientes no internados en las siguientes modalidades de atención. <ul style="list-style-type: none"> - Consulta Externa: mediante citas programadas se brinda atención, para la detección, control, curación y seguimiento de problemas médicos. - Hospital de día: ofrece asistencia tanto a pacientes hospitalizados como ambulatorios, se les brinda atención de geriatría, enfermería, además de terapia recreativa, de apoyo psicológico, mediante coordinación con otros servicios se realiza valoración social y terapia física. - Unidad de Cuidados Comunitarios: brinda atención en el hogar a ancianos de alto riesgo que por su condición les es sumamente difícil trasladarse a los centros de atención. - Hospitalización: se categorizan los pacientes internados según su condición y problemas detectados en: <ul style="list-style-type: none"> - Unidad de Agudos y Unidad de Cuidados Intermedios - Unidad de Estancia Media - Unidad de Diagnóstico y tratamiento - CEINAA (Comisión de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado) que tiene sus orígenes en la Ley de Violencia Doméstica.
	Docencia	<ul style="list-style-type: none"> - El Hospital concentra la formación del Posgrado de Geriatría y Gerontología; además la rotación en Geriatría y Gerontología en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. - Desarrolla programas de capacitación a familias y cuidadores de adultos mayores. Promueve y participa en investigaciones relacionadas con la problemática de las personas mayores.
	Proyección a la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> - Cuenta con los programas Escuela de Oro y Movámonos los Mayores que sirven para prevenir y promocionar los estilos de vida saludable, así como capacitación a familiares y cuidadores en cuidados básicos de los adultos mayores.
ICODER	Talleres	<ul style="list-style-type: none"> - "Recreación, actividad física y calidad de vida en el adulto mayor": Dirigido a grupos organizados de adultos mayores. - "Promoción de la salud en el adulto mayor por medio de la recreación y la actividad física": Dirigido a las personas que trabajan con adultos mayores.
	Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> - Brinda capacitación y asesoría en la organización de actividades masivas de carácter recreativo donde participen los adultos mayores, tales como festivales, caminatas, campamentos, entre otros.

Institución	Programas o servicios	Acciones
	Juegos Dorados	- Se organizan diferentes juegos y actividades para los adultos mayores. Estos se llevaron a cabo en su primera edición en 1999 hasta la fecha.
IMAS	Ayudas	- Brinda ayudas económicas a los adultos mayores más desprotegidos de la familia o la seguridad social, personas mayores con discapacidad o en situación de abandono. - Brinda asistencia social a adultos mayores para cubrir gastos de atención en diferentes rubros: pago de servicios públicos, transporte, divulgación, otros.
	Instituciones de Bienestar Social	- Asigna la condición de bienestar social a las organizaciones que cuentan con programas para adultos mayores. - Colabora con las comunidades para la creación de albergues, hogares y centros diurnos.
JPS	Ayuda financiera	- Otorga ayuda financiera a centros diurnos y hogares para ancianos para cubrir necesidades básicas y para proyectos específicos de equipo e infraestructura. - Brinda ayuda financiera a FECRUNAPA en programas de capacitación al adulto mayor.
Min. Salud	Dirección de Servicios de Salud	- Realiza la acreditación y habilitación de establecimientos que prestan atención al adulto mayor. - Se encarga de la coordinación interinstitucional para lograr el mejoramiento y la garantía de calidad de los establecimientos que prestan atención al adulto mayor.
	Dirección de Desarrollo de la Salud	- Efectúa actividades tendientes a mejorar los hábitos alimentarios de las personas mayores, así como la promoción de actividad física.
MTSS	Pensiones	- Tiene una dependencia especializada en materia de pensiones, cuyos beneficiarios son personas mayores de 60 años. - Administra todo lo relativo a los regímenes especiales de pensión o jubilación, con cargo al Presupuesto Nacional. - Mediante el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares se financia el Programa del Régimen No Contributivo de la CCSS.

Institución	Programas o servicios	Acciones
	Ayudas económicas	<ul style="list-style-type: none"> - Gira al IMAS un monto para financiar servicios de atención a la población adulta y adulta mayor. - Subsidia pacientes en fase terminal, algunos de estos son adultos mayores. - Entrega fondos al Consejo Nacional de Rehabilitación con el objetivo de beneficiar, asesorar y atender a la población con discapacidad, familiares, y ONGs de discapacitados, algunos de estos son adultos mayores.
UCR	Posgrado en Geriatría y Gerontología	- Coordinado por la UCR y el CENDEISS. Ofrece la Maestría en Gerontología
	Cursos Libres	- Ofrece cursos libres diseñados para las personas adultas mayores
UNA	Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (PAIPAM)	<ul style="list-style-type: none"> - Docencia: Curso "Cultura y Adulto Mayor: retos para el nuevo milenio", dirigido a estudiantes de humanidades del Centro de Estudios Generales. - Extensión: Proyecto "Generación Dorada: perspectivas hacia el nuevo milenio" y cátedra "Por una mejor calidad de vida de la Persona Adulta Mayor". - Producción: Se pretende sistematizar y publicar los productos generados en extensión, investigación y docencia.
UNED	Programa de Gerontología	- Ofrece oportunidades formativas y de capacitación a personas adultas, adultas mayores, funcionarios institucionales, jubilados y profesionales, en gerontología.
	Cursos libres	- Ofrece cursos libres que permiten a las personas adultas y adultas mayores asumir una vejez satisfactoria.
	Preparación para la jubilación a funcionarios de la UNED	- Ofrece la capacitación requerida a los funcionarios próximos a jubilarse para definir un nuevo proyecto de vida futura.
	Organización y apoyo a los jubilados institucionales	- Integra a los jubilados institucionales para el desarrollo de actividades en procura de mejorar su estilo de vida.
	Capacitación a cuidadores institucionales de personas adultas mayores	- Ofrece educación y capacitación a los cuidadores institucionales en procura de la calidad de vida de las personas adultas mayores institucionalizadas.

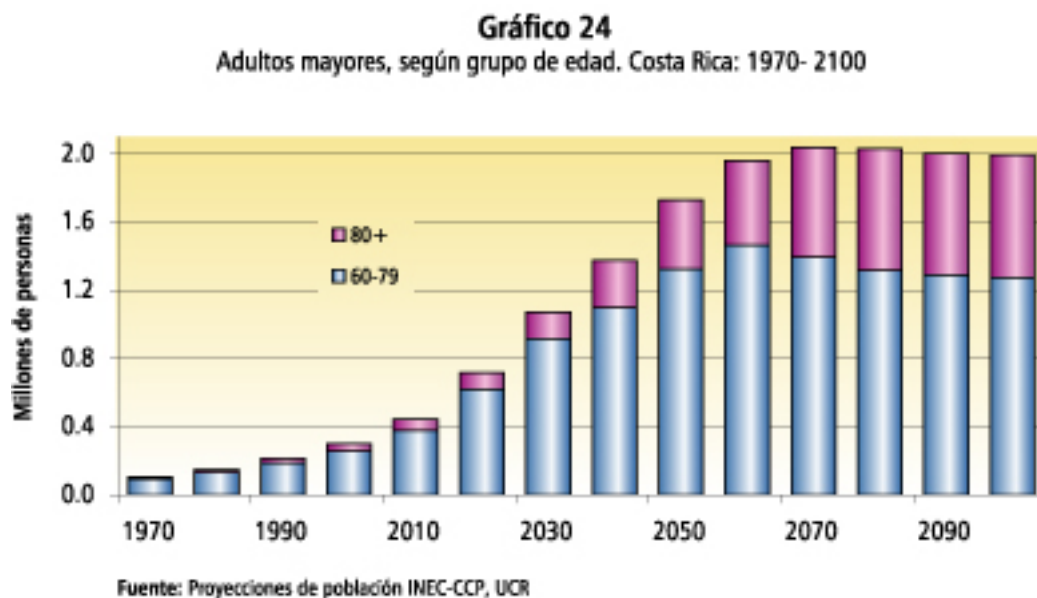
Las reformas necesarias con miras a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores no son exclusivamente reformas legales. De hecho debe haber modificaciones más profundas en la sociedad y en el seno de las familias. En cuanto a reformas legales la Junta Rectora del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor estableció una Comisión Especial a cargo de estudiar las leyes existentes con el fin de hacer las reformas pertinentes. En definitiva, es necesario que las iniciativas sean concretas, realizables y multilaterales, de manera que promuevan el mejoramiento de la convivencia con las personas de edad avanzada, con miras a mejorar su calidad de vida.

9. Personas de edad más avanzada: los mayores de 80 años

9.1. Importancia numérica

Ya se indicó que a lo interno del grupo de adultos mayores también se presenta un envejecimiento de la población. Esto ha originado que a la población de 80 años o más se les conozca como las personas de edad más avanzada, antiguamente denominada cuarta edad.

En 1973 había en Costa Rica 12.000 personas de 80 años o más, ya para el 2000 la cantidad de estas personas era de 46.000, es decir que este grupo casi se cuadruplicó en 27 años y llegará a los 230.000 en el 2050. La proporción que representa este grupo dentro de los adultos mayores (15% en el 2000) llegará a ser de 23% en el 2050. De manera que se prevé que en el futuro la cantidad de adultos mayores vaya en aumento pero en especial el grupo antiguamente conocido como de la cuarta edad (gráfico 24).



9.2. Cantidad y calidad de vida

Como es sabido las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los varones, por esto la cantidad de hombres a edades avanzadas suele ser menor que la de mujeres. El índice de masculinidad o razón hombres / mujeres presenta diferencias entre los miembros de estos dos grandes grupos de edad, que se han venido acentuando conforme avanza el proceso de envejecimiento poblacional. Para el año 2000 había 93 hombres entre 60 y 79 años y sólo 80 en edad más avanzada por cada 100 mujeres. Esto también implica que cada vez haya más mujeres octogenarias o más sin contar con su pareja.

El paso a la edad más avanzada implica cambios en los arreglos de convivencia de los adultos mayores. Esta etapa de la vida representa para muchos la pérdida de autonomía y una dependencia cada vez mayor (gráfico 7). Según el censo 2000 aproximadamente la mitad de las mujeres en el grupo antiguamente conocido como de cuarta edad viven en hogares donde son dependientes, mientras que uno de cada 3 de los hombres en este grupo viven como dependientes.

La pobreza se incrementa al pasar a las edades más avanzadas. En el 2002 el 27% de los adultos mayores entre 60 y 79 años vivía en condiciones de pobreza, mientras que el 35% de adultos de 80 años o más vivía en estas condiciones. Un análisis más detallado permite determinar que la pobreza es diferencial por sexo en estos grupos y afecta considerablemente a los hombres octogenarios. El paso a edades más avanzadas representa para los hombres condiciones económicas más adversas: el porcentaje de hombres en condiciones de pobreza aumenta de 25% entre 60 y 79 años a 40% en adultos de 80 años o más. Mientras que para las mujeres ese cambio es más leve: pasa de 29% de mujeres de 60 a 79 años en condición de pobreza a 31% al llegar a la edad más avanzada.

La posibilidad de ser beneficiado por una pensión aumenta para la población en la antiguamente conocida como cuarta edad: un 29% de ellas gozan de pensión entre los 60 y 79 años y un 34% después de los 80 años. Entre los hombres, un 42% tiene pensión entre los 60 y 79 años y un 50% después de los 80 años. Este aumento en el porcentaje de la población mayor que es beneficiada por una pensión, se debe a que el sistema cubre una mayor cantidad de personas conforme se incrementa su edad.

Como es de esperar, al incrementarse la edad de las personas disminuye la proporción que se encuentran incorporados a alguna actividad económica: para el año 2000 un 21% de los adultos entre 60 y 79 años realizaba alguna actividad económica, frente a sólo 6% de las personas mayores de 80 años.

9.3. Situación de salud

Los adultos mayores de edad más avanzada ven mermada su salud por una mayor incidencia de incapacidades. Según el censo del 2000, a los 80 años un 30% de las personas tiene alguna discapacidad y con la edad ese porcentaje es cada vez mayor (gráfico 16). La mortalidad total es especialmente elevada durante la edad más avanzada. El 14% fallece en un año determinado, según las cifras de mortalidad del 2000. En comparación, 2% de los individuos entre 60 y 79 años fallecen cada año.

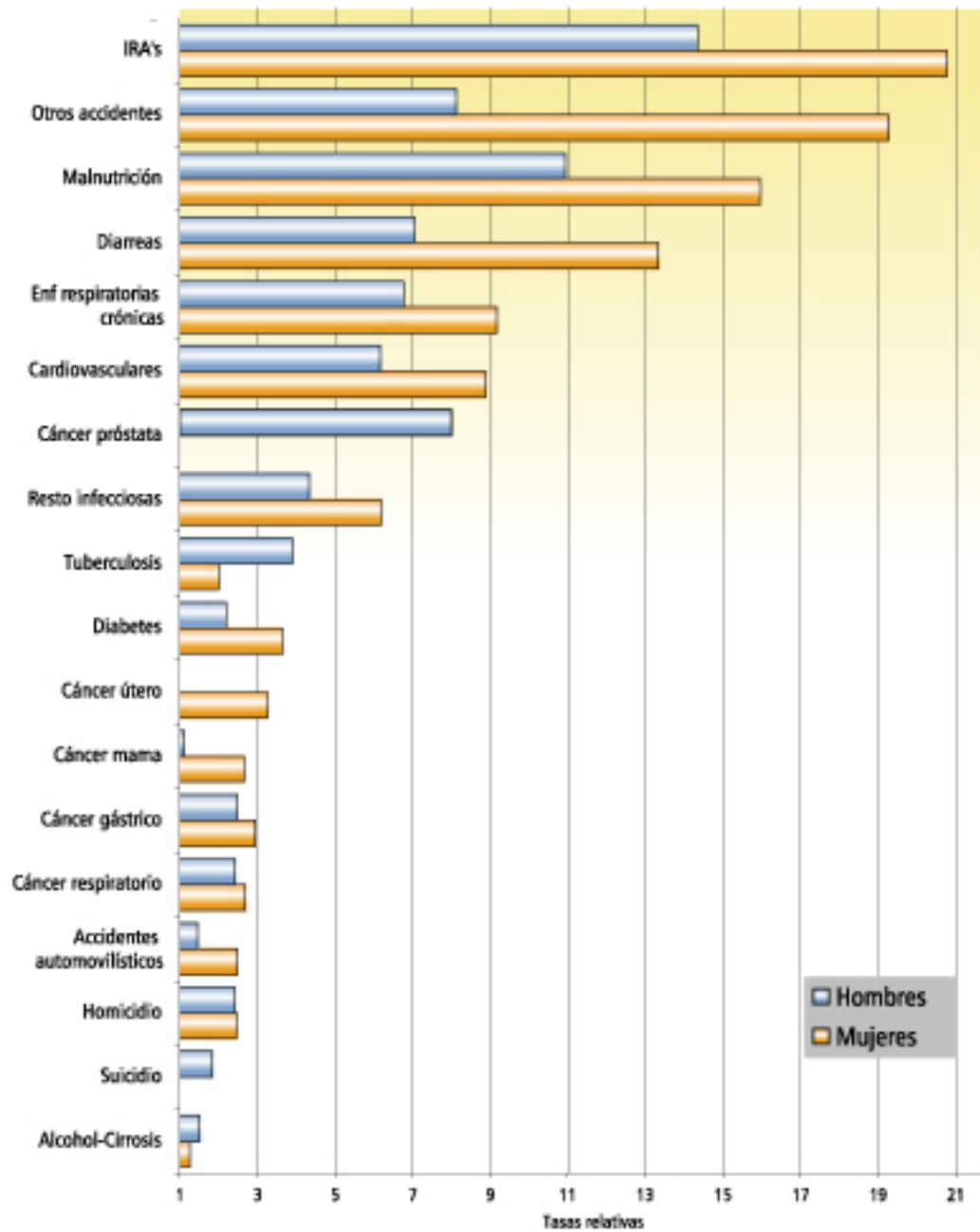
El número esperado de años de vida a partir de la edad 80 es 8,3 para los hombres y 9,3 para las mujeres. Los años de vida saludable a partir de esta edad son 4,9 y 6,0 respectivamente.

Las distintas causas de muerte se ordenan en la edad más avanzada de modo parecido que entre los 60 y 79 años. La primera causa de muerte es la cardiovascular. Le siguen las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer de próstata (hombres). A continuación se ubican las infecciones respiratorias agudas y los accidentes (estas causas tienen menos importancia en el grupo de 60-79 años). Seguidamente aparecen como causas importantes de muerte el cáncer gástrico en los hombres y la diabetes en mujeres.

La mortalidad para todas las causas aumenta en las personas de edad más avanzada (Gráfico 25). El aumento es especialmente grande en las infecciones respiratorias agudas (IRAs): la mortalidad por esta causa es 21 veces mayor para las mujeres de edad más avanzada en comparación con las edades entre 60 y 79 años, y en los hombres la mortalidad es 14 veces mayor en la edad más avanzada. Llama la atención que este aumento ocurra también en homicidios y accidentes de automóvil u otro tipo, pues en otras poblaciones estas mortalidades suelen disminuir en edades avanzadas. Esto lleva a preguntarse si la sociedad costarricense está protegiendo apropiadamente a sus adultos mayores de la violencia.

Gráfico 25

Mortalidad entre los adultos mayores de 80 años relativo al grupo de 60-70 años de edad



Fuente: Estadísticas vitales. INEC-CCP, UCR

10. Conclusiones

El envejecimiento poblacional impone retos que el país debe enfrentar: no sólo ejerce presión sobre los sistemas de pensiones y los servicios de salud, sino que además presupone cambios en la estructura familiar. Los adultos mayores, por su parte, deben enfrentarse a padecimientos propios de la edad y muchos de ellos también a situaciones de pobreza, soledad y hasta agresión. A pesar de que los adultos mayores generalmente son vistos como demandantes de cuidados, ellos hacen aportes importantes a sus familias: contribuyen en la transmisión de valores, el cuidado de los niños, la realización de tareas domésticas e incluso dan aportes económicos. Sin embargo, las iniquidades socioeconómicas suelen acentuarse durante la edad adulta mayor, en el 2002 el 24% de toda la población estaba en condición de pobreza mientras que 28% de los adultos mayores se encontraba en esta situación, lo cual atenta contra la calidad de vida de esta población.

El envejecimiento de la población está ocurriendo aceleradamente en Costa Rica, en un periodo mucho más corto que en los países más desarrollados. Ello es producto de la convergencia de dos transformaciones importantes ocurridas en las últimas décadas: (1) el aumento de la esperanza de vida que hace que cada vez más individuos lleguen a edades avanzadas; y (2) la disminución de la fecundidad que hace que haya relativamente menos personas en las edades más jóvenes. Los 301.000 adultos mayores contabilizados en el censo de 2000 pasarán a ser cerca de 2 dos millones en el 2060. Esta proyección tiene alto grado de certeza de cumplirse, pues los adultos mayores del 2060 ya habían nacido en el 2000. A mediados de siglo, la cuarta parte de la población costarricense tendrá 60 o más años de edad, comparado con el 8% del censo de 2000.

La esperanza de vida al nacer en Costa Rica en el 2002 fue de 78,6 años: 76,3 para los hombres y 81,0 años para las mujeres. La mayor expectativa de vida de las mujeres significa que en las edades avanzadas hay menos hombres que mujeres. Por ejemplo a los 80 y más años de edad hay 80 hombres por cada 100 mujeres. La esperanza de vida a los 60 años de edad en el 2002 fue de 22,6 años: 21,7 para los hombres y 24,5 años para las mujeres. Este es un indicador de cantidad esperada de vida. La esperanza de vida libre de discapacidad, que se estima en 16 años a partir de la edad 60, da una idea de calidad de vida del adulto mayor.

Otros indicadores de calidad de vida son: el 90% tiene seguro social (un tercio de ellos en el régimen no contributivo). Si bien es cierto en Costa Rica la seguridad social tiene una amplia cobertura, todavía resulta preocupante que un 10% de los adultos mayores no estén cubiertos por el seguro social. El 27% de los hombres y el 29% de las mujeres vive en condiciones de pobreza y la tercera parte de los hombres continúan económicamente activos. Un 36% de los adultos mayores están pensionados, el 10% viven solos, es decir en hogares unipersonales y tan solo 1% vive en hogares de adultos mayores, antiguamente conocidos como asilos de

ancianos. A pesar de que el porcentaje que vive en hogares de adultos mayores es aún muy bajo, esta situación podría cambiar conforme el envejecimiento poblacional vaya avanzando. Para evitar el aumento de adultos mayores institucionalizados es importante fortalecer las redes sociales de apoyo a esta población, tanto las familiares como comunitarias.

En comparación con otros países, los adultos mayores de Costa Rica presentan una elevada longevidad. Por ejemplo, la esperanza de vida es un año mayor que para los adultos mayores de raza blanca de los EEUU. No se dispone de elementos para juzgar si la ventaja del país en cuanto a cantidad de vida del adulto mayor, se repite en cuanto a calidad de vida. En el país hay un importante vacío de información y estudios sobre la calidad de vida del adulto mayor que puedan orientar las políticas. Es necesario realizar investigación en temas relacionados con la situación del adulto mayor, especialmente en lo referente a su calidad de vida, así como también sobre su situación familiar, violencia, y demandas de servicios de salud, entre otros.

La mortalidad, que suele ser mayor entre los hombres, crece de manera exponencial conforme aumenta la edad. Las principales causas de muerte entre los adultos mayores son las de origen cardiovascular y las enfermedades respiratorias crónicas. La tercera causa de muerte entre los hombres son el cáncer de próstata y el de estómago. Entre las mujeres la tercera causa de muerte es la diabetes. El cáncer de próstata mata el triple de hombres que el cáncer de mama o el de cuello de útero a las mujeres, y ha venido aumentando en los últimos 25 años. A pesar de que este aumento puede deberse a un mejor diagnóstico, es una realidad que debe ser enfrentada. En cuanto a la diabetes Mellitus, es una de las pocas causas de muerte con tasas menores para hombres que para mujeres. La mortalidad por diabetes es excepcionalmente elevada en las costarricenses, por lo que es otra patología que requiere atención prioritaria.

Los cambios más importantes en la mortalidad de los adultos mayores durante los últimos 25 años han sido una disminución de las patologías transmisibles y enfermedades cardiovasculares, así como el aumento en las enfermedades crónicas principalmente respiratorias. Aunque es posible que parte de este aumento provenga también de mejoras en el diagnóstico, la salud pública del país debe prestar especial atención a esta tendencia y adoptar medidas para contrarrestarla.

Resulta de gran importancia la promoción de estilos de vida saludables que incluyan temas relacionados con una adecuada nutrición y actividad física, de manera que se fomente la prevención de factores de riesgo relacionados con enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas. Además es sumamente importante fomentar el diagnóstico precoz de los diferentes tipos de cáncer que afectan a esta población.

Por otra parte, es preocupante la tendencia al aumento en la mortalidad por patologías sociales: homicidio, alcoholismo-cirrosis, suicidio entre los hombres y otros accidentes entre las mujeres. Esto lleva a preguntarnos si la sociedad costarricense está protegiendo apropiadamente a sus adultos mayores de la violencia o si se debe incidir más intensamente en esta problemática.

Entre los adultos mayores hay una tendencia a llegar a los primeros años de la vejez con un estado de sobrepeso u obesidad, especialmente entre las mujeres, lo que puede relacionarse con la alta incidencia de enfermedades crónicas como: diabetes, hipertensión arterial y cardiopatías.

Se calcula que cerca de una sexta parte de las personas de edad tienen una baja capacidad funcional, es decir que tienen una serie de limitaciones para realizar sus actividades diarias. Una cantidad similar de adultos mayores sufre de un alto deterioro cognitivo que los hace más proclives a padecer demencia. Por otra parte, resulta preocupante que según una investigación realizada, casi la mitad de los adultos mayores se encuentra en riesgo de depresión o ya sufre de este padecimiento.

La población adulta mayor ejerce una presión importante sobre los servicios de consulta externa de la Caja Costarricense del Seguro Social. El nivel de consulta dentro de este grupo ha venido aumentando en los últimos quince años, y se espera que continúe en aumento conforme el país vaya avanzando en el proceso de envejecimiento poblacional. Esto sugiere que es necesario un fortalecimiento de los servicios de atención al adulto mayor para poder enfrentar las necesidades futuras.

En los últimos cinco años se han publicado una serie de leyes con las cuales se persigue ofrecer una solución integral a este grupo poblacional. Para velar por el cumplimiento de los derechos y beneficios que establecen las diferentes leyes se creó el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. Además existen agrupaciones de la sociedad civil e instancias del Estado que ofrecen programas o servicios dirigidos a esta población.

Las reformas necesarias con miras a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores no son exclusivamente reformas legales. De hecho debe haber modificaciones más profundas en la sociedad civil y en el seno de las familias. Es necesario que las iniciativas sean concretas, realizables e intersectoriales, de manera que promuevan el mejoramiento de la convivencia con las personas de edad avanzada, con miras a mejorar su calidad de vida.

11. Bibliografía

Cáceres, R. 2003. Estado de salud, físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica, 2000. Revista Electrónica Población y Salud en Mesoamérica: 1(2), artículo 2, enero-junio 2004. Disponible en <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/inicio.htm>

Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). 2003. Cuarta Encuesta Nacional sobre las características de los usuarios de los servicios de consulta externa C.C.S.S., 2002. Informe General. Serie: Estadísticas de la Salud N° 10D.

Gómez, V. 1996. Demographic transition and old age support in the rural areas of Costa Rica. Artículo presentado en la Reunión Anual de la Asociación de Población de América (PAA).

INEC y CCP. 2002. Estimaciones y Proyecciones de Población Costa Rica 1970-2050 Actualizadas al 2000. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y Centro Centroamericano de Población (CCP)

Jiménez, S. 1998. Abandono e institucionalización de las personas mayores que ingresan al Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Universidad Autónoma de Madrid, España.

Lillard, L. y Willis, R. 1997. Motives for intergenerational transfers: evidence from Malaysia. Demography: 34 (1), pp 115-134.

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS). 2002. La Salud y el envejecimiento. 130ª Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D.C., E.U.A.

Proyecto Estado de la Nación, 2003. Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: Noveno Informe 2002. San José, Costa Rica.

Ramírez, O. 2003. Envejecimiento poblacional y características de las personas de edad costarricenses. Manuscrito presentado en la Jornada de Demografía. Octubre 2003. Academia de Centro América – Centro Centroamericano de Población. San José, Costa Rica.

Ramírez, O. 2002. Arreglos de convivencia de la población adulta mayor. Manuscrito presentado en el Simposio Costa Rica a la luz del Censo 2000. Agosto 2002. Academia Nacional de Ciencias, Centro Centroamericano de Población, Estado de la Nación, Instituto Nacional de Estadística y Censos. San José, Costa Rica.

Ramírez, O. 2000. Factores asociados con las alternativas de convivencia de la población adulta mayor. Tesis presentada ante la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica para optar por el grado de Magister en Estadística con énfasis en Demografía.

Rosero-Bixby, L. 2003. Borrador. Insurance and Other Determinants of Elderly Longevity in a Costa Rican Panel.

Rosero-Bixby, L., y Caamaño, H. 1984. Tablas de Vida de Costa Rica 1900-1980. En Mortalidad y Fecundidad en Costa Rica. San José, Costa Rica: Asociación Demográfica Costarricense.

Serie Análisis de Situación de Salud

1. Situación de Salud. Costa Rica 2002
2. Indicadores de salud. ¿Mejóro la equidad?
3. Migración y salud en Costa Rica: Elementos para su análisis
4. Desarrollo y salud de los pueblos indígenas en Costa Rica
5. Situación del estado nutricional y alimentario de Costa Rica
6. Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: Situación actual, tendencias y retos
7. Efectos de los plaguicidas en la salud y el ambiente en Costa Rica
8. Desigualdades de salud en Costa Rica: una aproximación geográfico-poblacional.
9. La violencia social en Costa Rica
10. Situación actual de la salud mental en Costa Rica
11. La situación de VIH/SIDA en Costa Rica
12. La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica