

Suplemento Especial:

Informe de la Junta de Planificación al Gobernador, Hon. Alejandro García Padilla
Diciembre 2013

ÍNDICE

Reto Demográfico: Adultos Mayores	1
Tendencias de los principales grupos poblacionales.....	2
Población de 60 años o más	3
Empleo de la población de 60 años o más	5
La cultura de retiro	7
La institución social del retiro en Puerto Rico: Evolución y retos	8
Situación del Seguro Social	11
Beneficiarios del Seguro Social en la población de 60 años o más	12
Nivel de pobreza de las personas de 65 años o más.....	14
Vivienda para la población de 60 años o más.....	15
Estudio sobre égidas	17
Una vida en comunidad no importa la edad	17
Medicaid: Home Community Base Services.....	18
Teorías del envejecimiento	21
Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.....	23
Principales causas de muertes en la población de 60 años o más	24
Edad avanzada e impedimento.....	25
El Plan de Viena.....	28
Índice de Dependencia en la Población Envejecida .	30
Población de 60 años o más por municipio	32
Políticas públicas	34

Reto Demográfico: Adultos Mayores

Luis García Pelatti, Plan.
Presidente

Los datos del censo y de encuestas poblacionales realizadas en las últimas décadas han demostrado una disminución sostenida en el número de nacimientos, un alza en las tasas de mortalidad de adolescentes y jóvenes, y un incremento en la población de edad avanzada. Ante estos eventos se presentan nuevos retos sociales, respecto a la provisión de servicios públicos a este sector de la ciudadanía. Conscientes de este reto, la Junta de Planificación de Puerto Rico fue asignada a través de la Ley de Reto Demográfico, Núm. 199 del 16 de diciembre de 2010, como agencia responsable para dirigir y coordinar el desarrollo de un plan con el propósito de identificar e implementar aquellas medidas necesarias para atender los eventos demográficos del Puerto Rico del futuro.

Este suplemento estudia las características de la población de adultos mayores y los cambios demográficos que afectan a esta población. Este grupo de 60 años en adelante representa el 20.4 por ciento de la población total de Puerto Rico, de acuerdo al Censo de 2010. Esta edición especial, también evalúa cómo estos cambios en las estructuras poblacionales afectarán los servicios públicos.

Igualmente, se presentan tendencias para la población de 60 años o más. Se evalúan algunas leyes y programas que los cobijan, los beneficios que tienen bajo el seguro social, en cubiertas de salud y en medicaid. Además, se analizan los niveles de pobreza, empleo y vivienda de este grupo poblacional. Este análisis identifica distintas necesidades sociales, físicas y económicas que enfrenta la población de adultos mayores en Puerto Rico.

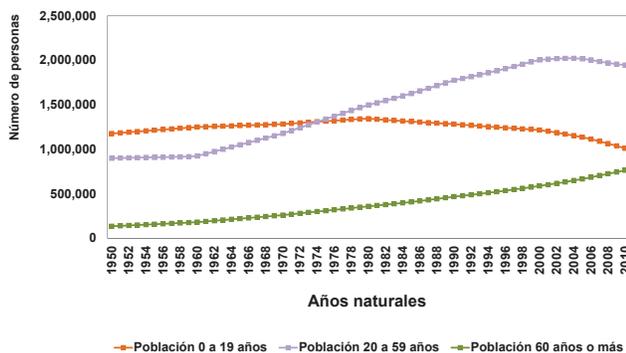
Tendencias de los principales grupos poblacionales

Julio C. Hernández Correa, Ph.D/
hernández_j@jp.pr.gov

Este artículo evalúa las tendencias de los grupos poblacionales en Puerto Rico: (1) personas de 0 a 19 años, (2) personas de 20 a 59 años y (3) personas de 60 años o más. De continuar las mismas tendencias registradas en las últimas décadas los grupos de personas de 0 a 19 años y personas de 20 a 59 años van a continuar disminuyendo. Por otro lado, en las personas de 60 años o más se prevén tendencias crecientes para las próximas décadas.

La Gráfica 1 muestra las series históricas de personas de 0 a 19 años, personas de 20 a 59 años y personas de 60 años o más. Desde la década de 1980, la población de personas de 0 a 19 años se ha reducido; esto es causado principalmente por una reducción en las tasas de natalidad. También, la población de personas de 20 a 59 años se ha reducido desde la década de 2000. Esta reducción en esta población responde principalmente a un incremento en la emigración y a la reducción en la población de personas de 0 a 19 años que se experimenta desde la década del 1980. En cambio, en el período de 1950 a 2010, la población de personas de 60 años o más ha presentado un incremento constante.

Gráfica 1: Grupos poblacionales Puerto Rico, 1950 a 2010

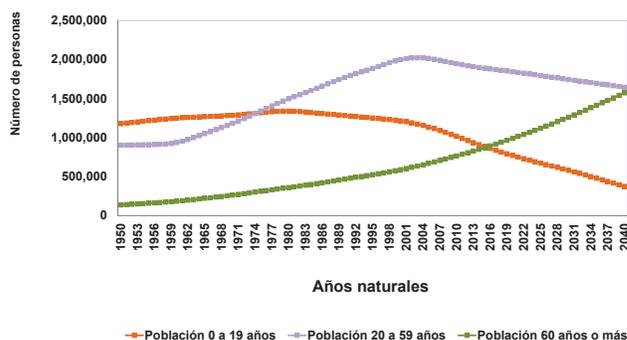


Fuente: Junta de Planificación.

La Gráfica 2 muestra las tendencias de estos tres grupos poblacionales y la extrapolación de sus tendencias para el periodo de 2010 a 2040. Las tendencias fueron calculadas utilizando la técnica de Hodric- Prescott. Esta extrapolación se realizó

utilizando modelos de regresión univariados. Se puede observar, que de continuar las tendencias actuales, para el 2014 la población de personas de 60 años o más va a sobrepasar la población de 19 años o menos. Por otro lado, de seguir la misma tendencia, para el 2040 la población de personas de 60 años o más va a ser similar a la población de 20 años a 59 años. Esto debido al envejecimiento de la población y a nuevas oleadas de migración de retorno. Luego del período de 2040 se espera que la población de personas de 60 años o más comience a presentar una tendencia decreciente. Estas tendencias suponen que no van a presentarse cambios drásticos en las condiciones económicas, tecnologías médicas, o las características demográficas de Puerto Rico.

Gráfica 2: Las tendencias de los principales grupos poblacionales y la extrapolación de sus tendencias Puerto Rico, 1950 a 2040



Fuente: Junta de Planificación.

Población de 60 años o más

Betty González Rivera/
gonzalez_b@jp.pr.gov

Desde hace décadas en Puerto Rico la población de adultos mayores al igual que en otros países ha venido aumentando debido a los avances médicos que han extendido la vida de esta población. Según el Boletín Social (1994), Perfil Socioeconómico de la Población de Edad Avanzada; los componentes asociados directamente al envejecimiento de la población son la reducción en los niveles de fecundidad, los movimientos migratorios y el aumento en la expectativa de vida al nacer.

Durante los años 1950 a 2010 se observa un incremento en la proporción de la población de 60 años o más (Gráfica 1). En este periodo esta población aumentó en 625,391 personas o 464.3 por ciento. La década donde se observó mayor crecimiento de esta población fue entre el 1960 a 1970 donde registró un aumento de 43.5 por ciento o 78,384 personas. Aunque entre los años 2000 y 2010 esta población aumentó en 174,374 personas o 29.8 por ciento.

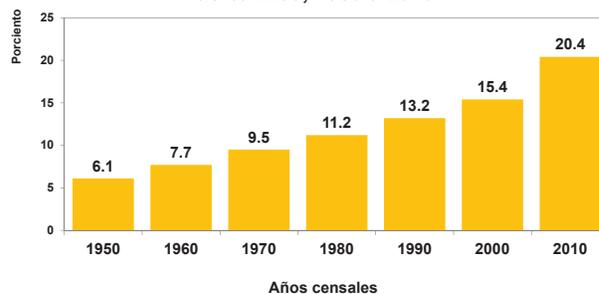
Gráfica 1: Población de 60 años o más Puerto Rico, 1950 a 2010



Fuente: Negociado del Censo Federal.

Según los datos del Censo de Población y Vivienda de 2010, la población de 60 años o más fue 760,075 personas, lo que representó 20.4 por ciento de la población total de Puerto Rico. Durante el año 2000 fue 15.4 por ciento o 585,701, en 1990 de 13.2 por ciento o 465,736, en 1980 de 11.2 por ciento o 357,504. En cambio, en el año 1970 esta población representó 9.5 por ciento o 258,661; en 1960 fue 7.7 por ciento o 180,277 y en 1950 de 6.1 por ciento o 134,684; respecto a la población total de Puerto Rico de cada año, respectivamente (Gráfica 2).

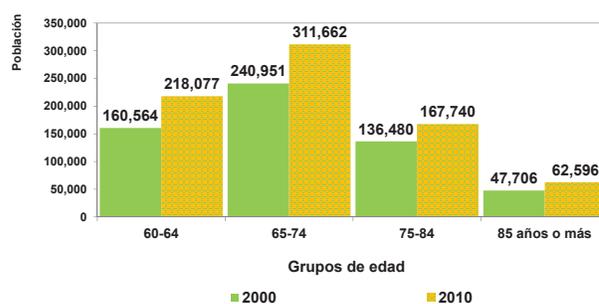
Gráfica 2: Porcentaje de la población de 60 años o más Puerto Rico, 1950 a 2010



Fuente: Negociado del Censo Federal.

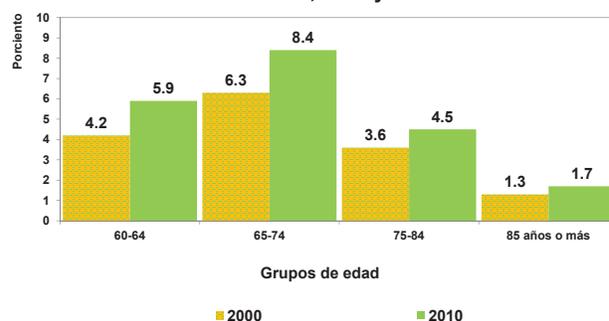
En los Censos de Población y Vivienda de 2000 y 2010, la mayor concentración de población de 60 años o más por grupo de edad fue en el de 65 a 74 años. De estos, en el 2000 fue 240,951 personas o 6.3 por ciento de la población y en el 2010 de 311,662 personas o 8.4 por ciento de la población (Gráficas 3 y 4). También, podemos observar un aumento en el 2010, respecto al año 2000 de 70,711 personas o 29.3 por ciento en este grupo. En el 2010, el grupo de edad de 60 a 64 años aumentó a 57,513 personas o 35.8 por ciento, respecto a 2000. Entre los años de 2000 a 2010, el número de personas entre las edades de 75 a 84 años aumentó 31,260 personas o 22.9 por ciento.

Gráfica 3: Población de 60 años o más por grupo de edad Puerto Rico, 2000 y 2010



Fuente: Negociado del Censo Federal.

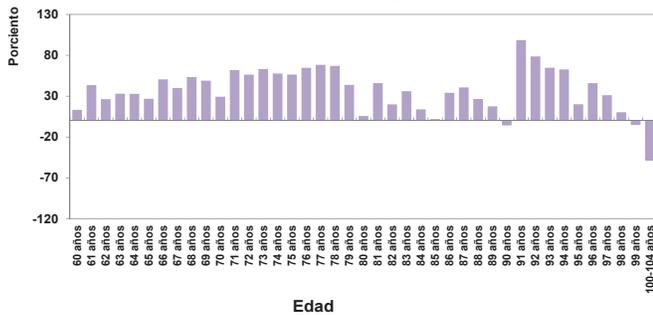
Gráfica 4: Porcentaje de la población de 60 años o más por grupo de edad Puerto Rico, 2000 y 2010



Fuente: Negociado del Censo Federal.

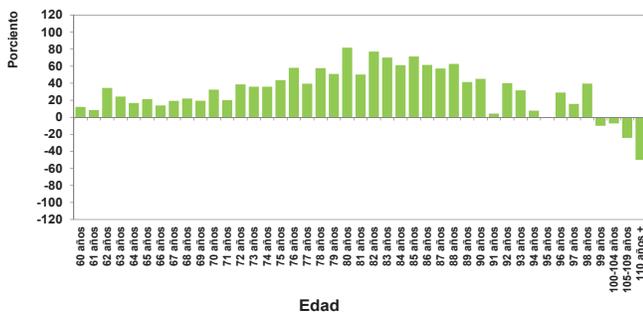
En las Gráficas 5, 6, 7 y 8 se presentan los cambios porcentuales en edades sencillas para la población de 60 años o más por década. Entre el 2000 y 2010, el único grupo que redujo población fue el de mayores de 105 años o más. Todos los demás grupos presentaron un aumento en población. También, al contrastar las gráficas para las distintas décadas entre el 2000 y 2010, el grupo de 90 a 99 años registró un crecimiento mayor dentro del grupo de adultos mayores.

Gráfica 5: Porcentaje de cambio en la población de 60 años o más Puerto Rico, 1970 y 1980



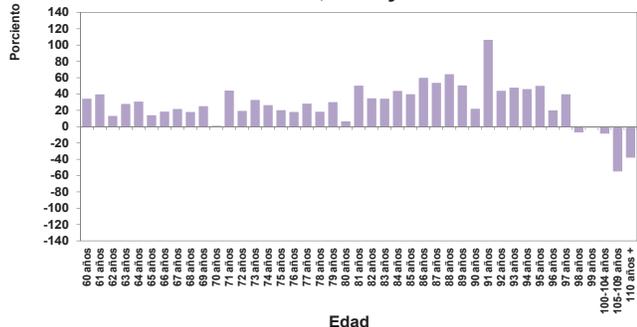
Fuente: Negociado del Censo Federal.

Gráfica 6: Porcentaje de cambio en la población de 60 años o más Puerto Rico, 1980 y 1990



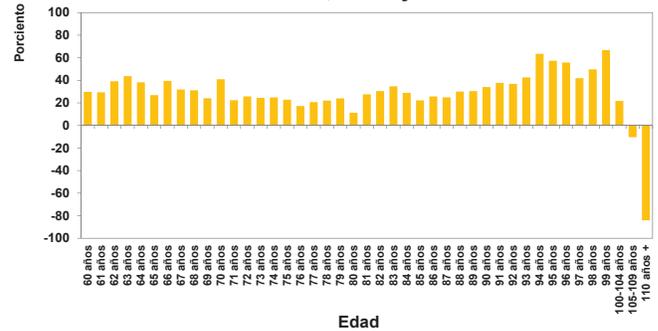
Fuente: Negociado del Censo Federal.

Gráfica 7: Porcentaje de cambio en la población de 60 años o más Puerto Rico, 1990 y 2000



Fuente: Negociado del Censo Federal.

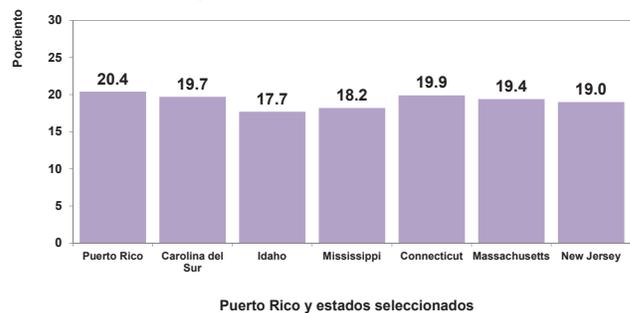
Gráfica 8: Porcentaje de cambio en la población de 60 años o más Puerto Rico, 2000 y 2010



Fuente: Negociado del Censo Federal.

Según el Censo de 2010, la población de 60 años o más para Puerto Rico y los estados seleccionados fluctuaban entre 17.7 por ciento y 20.4 por ciento. Los territorios de mayor proporción en esta población fueron: Puerto Rico (20.4 por ciento); Connecticut (19.9 por ciento) y Carolina del Sur (19.7 por ciento) (Gráfica 9). Según la Encuesta de la Comunidad 2007-2011 para Puerto Rico y estados seleccionados la población de 60 años o más fluctuaban entre 17.4 por ciento y 20.0 por ciento. El territorio que registró mayor población de 60 años o más fue Puerto Rico (20.0 por ciento); Connecticut (19.6 por ciento) y Carolina del Sur (19.4 por ciento) (Gráfica 10).

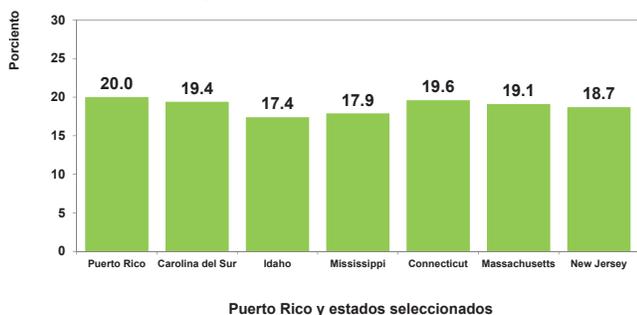
Gráfica 9: Porcentaje de la población de 60 años o más Puerto Rico y estados seleccionados, Censo 2010



Fuente: Negociado del Censo Federal.



Gráfica 10: Porcentaje de la población de 60 años o más Puerto Rico y estados seleccionados, 2007 a 2011



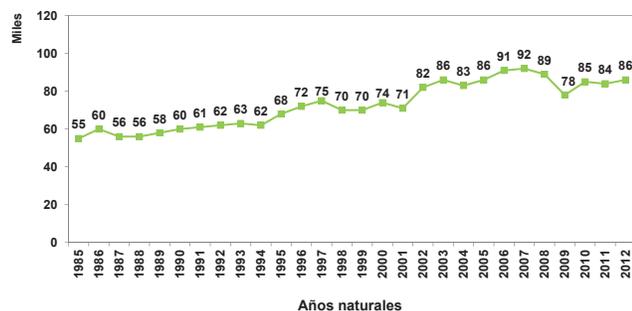
Fuente: Negociado del Censo Federal.

Empleo de la población de 60 años o más

Betty González Rivera
gonzalez_b@jp.pr.gov

Los datos del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos indican que la población de 60 años o más en Puerto Rico, que estaba en el grupo trabajador durante los años 1985 a 2012, reflejaba una tendencia ascendente (Gráfica 1).

Gráfica 1: Grupo trabajador en la población de 60 años o más Puerto Rico, 1985 a 2012

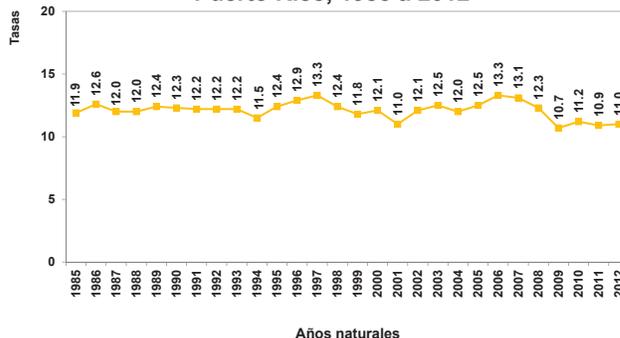


Fuente: Departamento del Trabajo y Recursos Humanos.

En el 2012, el grupo trabajador de 60 años o más fue de 86 mil personas. Por otra parte, la tasa de participación en la población de 60 años o más ha permanecido constante durante los años 1985 a 2012, oscilando entre 10.7 y 13.3 (Gráfica 2). Durante este período, la población de 60 años o más que estaba empleada ha ido en aumento (Gráfica 3). En el 2012, la población de 60 años o más empleada fue 81 mil personas. Por el contrario, la población de 60 años o más que se

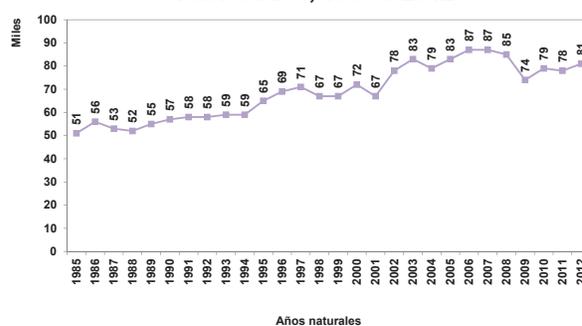
encontraba desempleada fue de cinco mil personas (Gráfica 4) o una tasa de desempleo de 5.6 por ciento (Gráfica 5). La población de 60 años o más que esta fuera del grupo trabajador durante los años 1985 a 2012 fluctuó entre 411,000 y 697,000 (Gráfica 6).

Gráfica 2: Tasa de participación en la población de 60 años o más Puerto Rico, 1985 a 2012



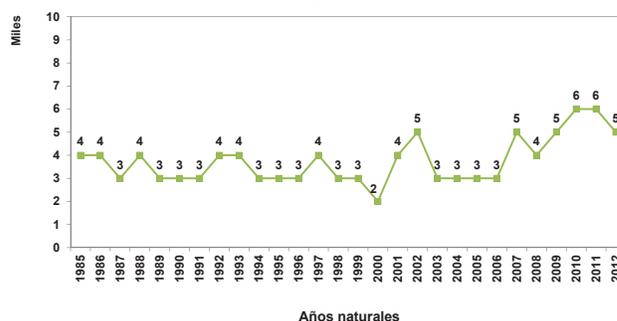
Fuente: Departamento del Trabajo y Recursos Humanos.

Gráfica 3: Empleo en la población de 60 años o más Puerto Rico, 1985 a 2012



Fuente: Departamento del Trabajo y Recursos Humanos.

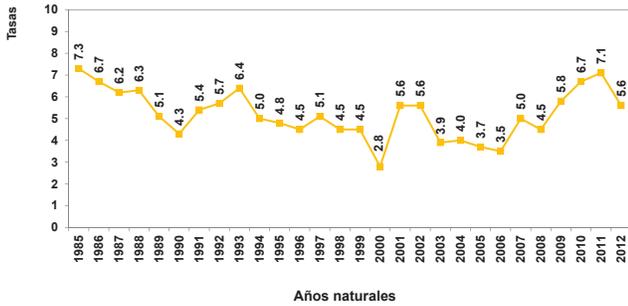
Gráfica 4: Desempleo en la población de 60 años o más Puerto Rico, 1985 a 2012



Fuente: Departamento del Trabajo y Recursos Humanos.

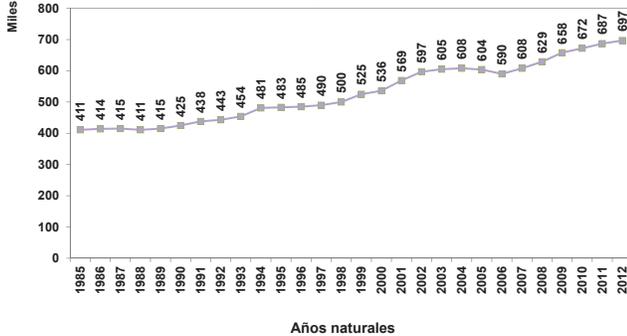


Gráfica 5: Tasa de desempleo en la población de 60 años o más Puerto Rico,



Fuente: Departamento del Trabajo y Recursos Humanos.

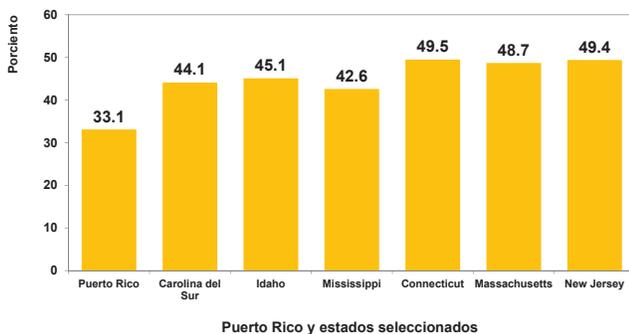
Gráfica 6: Población de 60 años o más fuera del grupo trabajador Puerto Rico, 1985 a 2012



Fuente: Departamento del Trabajo y Recursos Humanos.

Según la Encuesta de la Comunidad de 2007 a 2011, la población de 60 años ó más para Puerto Rico y los estados seleccionados que estaba en la fuerza laboral y que devengaba un ingreso fluctuaba entre 33.1 y 49.5 por ciento. Los estados con un porcentaje mayor fueron: Connecticut (49.5 por ciento), New Jersey (49.4 por ciento) y Massachusetts (48.7 por ciento) (Gráfica 7).

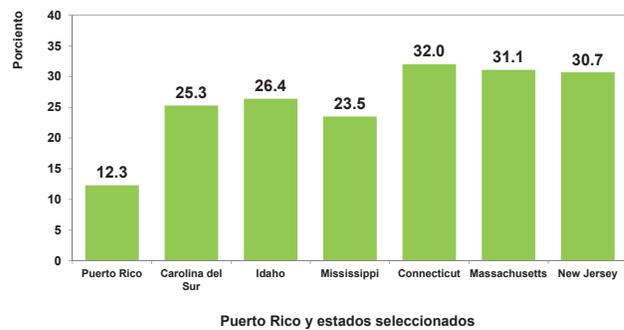
Gráfica 7: Porcentaje en la población de 60 años o más con ingresos devengados Puerto Rico y estados seleccionados, 2007 a 2011



Fuente: Negociado del Censo Federal.

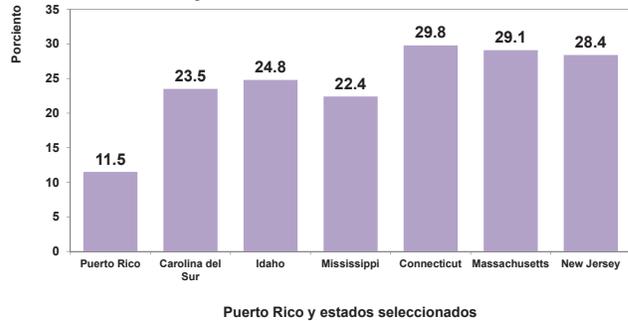
Por otro lado, la Encuesta de la Comunidad de 2007 a 2011 para Puerto Rico y los estados seleccionados para la población de 60 años o más que se encontraba en la fuerza laboral con un porcentaje mayor fueron: Connecticut (32.0 por ciento); Massachusetts (31.1 por ciento) y New Jersey (30.7 por ciento) (Gráfica 8). De esta población que estaba empleada, los tres estados con mayores porcentos fueron Connecticut (29.8 por ciento); Massachusetts (29.1 por ciento) y New Jersey (28.4 por ciento) (Gráfica 9). La población de 60 años o más que se encontraba desempleada según la Encuesta de la Comunidad 2007-2011 para Puerto Rico y los estados seleccionados fluctuaba entre 0.8 y 2.4 por ciento (Gráfica 10). El porcentaje de la fuerza laboral civil oscilaba entre 4.7 y 7.7 (Gráfica 11). Se observó que Puerto Rico tiene el porcentaje mayor de las personas que no están en la fuerza laboral (87.7 por ciento). Los demás estados fluctuaban entre 68.0 y 76.5 por ciento (Gráfica 12).

Gráfica 8: Porcentaje de la población de 60 años o más en la fuerza laboral Puerto Rico y estados seleccionados, 2007 a 2011



Fuente: Negociado del Censo Federal.

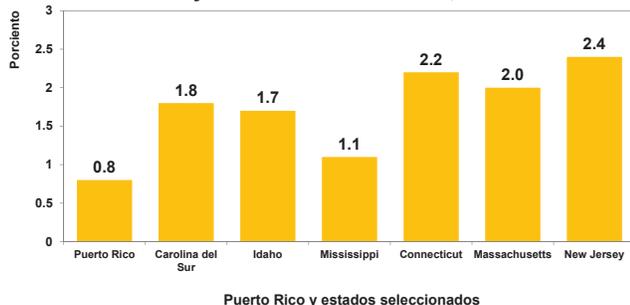
Gráfica 9: Porcentaje de las personas empleadas de 60 años o más Puerto Rico y estados seleccionados, 2007 a 2011



Fuente: Negociado del Censo Federal.

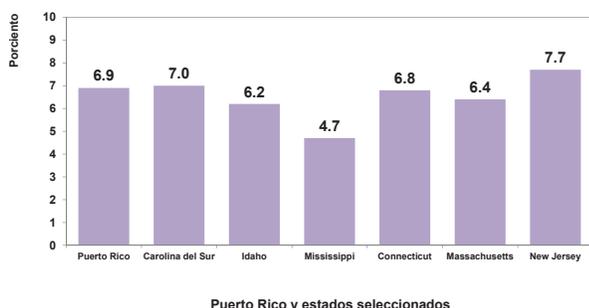


Gráfica 10: Porcentaje de las personas desempleadas de 60 años o más
Puerto Rico y estados seleccionados, 2007 a 2011



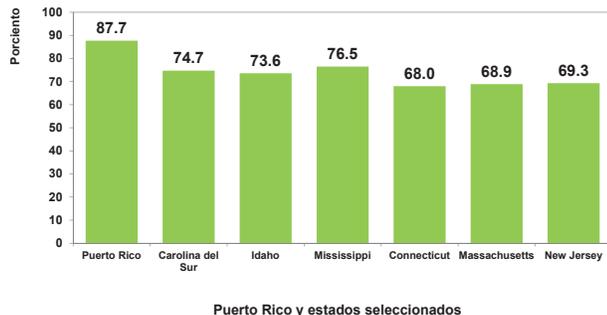
Fuente: Negociado del Censo Federal.

Gráfica 11: Porcentaje de la fuerza laboral civil de la población de 60 años o más
Puerto Rico y estados seleccionados, 2007 a 2011



Fuente: Negociado del Censo Federal.

Gráfica 12: Porcentaje de la población de 60 años o más que no está en la fuerza laboral
Puerto Rico y estados seleccionados, 2007 a 2011



Fuente: Negociado del Censo Federal.

La cultura de retiro

Fredy I. Reyes Sorto, MES, BSSM/
fredyreyes@yahoo.com

Recientemente, la Junta de Planificación ha proyectado una reducción en los nacimientos y un incremento en la migración. También, se espera que el segmento poblacional de personas de 65 años o más se duplique. De acuerdo con el Censo 2010, el segmento poblacional de más de 65 años ha crecido del 2000 a 2010 a un ritmo de 15.1 por ciento,

comparado con el 9.7 por ciento de la población total en los Estados Unidos.

El adulto mayor representa un segmento significativo de la población. Éste requiere ser visto por la sociedad y a sí mismo como alguien con capacidad de aportar a la misma. Esto requiere romper la imagen de incapacidad y de pasividad que pueda tener el adulto mayor, quien amerita su justa valoración y reconocimiento en la sociedad como de sí mismo.

El trabajo como valor humano es base para la calidad de vida de individuos y la sociedad. En ese sentido se debe revisar la percepción social del trabajo y su valor con el fin de modificar conductas. La modificación de estas conductas debe tener el efecto de proveer bienes y servicios para mejorar la calidad de vida. El trabajo como valor humano es el principio que permite orientar a nuestro comportamiento en función de realizarnos como personas.

Considerando que el trabajo es un bien social, existen razones por las que debemos atender aspectos relacionados con las pensiones de retiro o la incapacidad del trabajador, a fin de fomentar una calidad de vida adecuada en la etapa de adultez mayor. El Seguro Social es un paso afirmativo, a esa gestión en pro de servicios médicos para esta etapa de la vida. Una sociedad solidaria está llamada a cubrir necesidades básicas y proteger la dignidad de sus ciudadanos en momentos y circunstancias de reto.

Las gestiones individuales, familiares o de grupos, deben procurar mejores condiciones de vida en los adultos mayores que puedan incentivarse como medida de protección social. Ciertamente, el enfoque debe considerar las iniciativas individuales, observando el fino balance fundamentado en la ética y la moral que se traduzcan en leyes que conjuguen el interés social y la iniciativa del individuo.

Los cambios sociales generan necesidades de modificar la conducta de los individuos como al colectivo o a afirmar valores que orienten nuestra vida práctica. Un buen ejemplo de esto lo presenta la sociedad española en la Constitución de la II República, en su Artículo 46:

"El trabajo, en sus diversas formas, es una obligación social, y gozará de la protección de las leyes. La República asegurará a todo trabajador las condiciones necesarias de una existencia digna. Su legislación social regulará los casos de seguro de enfermedad, accidentes, paro forzoso, vejez, invalidez y muerte; el trabajo de las

mujeres y de los jóvenes y especialmente la protección a la maternidad; la jornada de trabajo y el salario mínimo y familiar; las vacaciones anuales remuneradas; las condiciones del obrero español en el extranjero; las instituciones de cooperación, la relación económico-jurídica de los factores que integran la producción; la participación de los obreros en la dirección, la administración y los beneficios de las empresas, y todo cuanto afecte a la defensa de los trabajadores.”

El reto de la demografía de Puerto Rico plantea que la población de adultos mayores no puede pensar en los espacios que serán cubiertos por otras generaciones, sino ver la oportunidad de continuar aportando a la sociedad con su trabajo, en tomar un nuevo impulso para aprovechar oportunidades para realizarse en el contexto de valores como es la de ser un activo susceptible de renovación y continuar materializando valores como: el trabajo, la dignidad, el bienestar colectivo y la felicidad.

No es tiempo de permitir vacíos voluntarios, ni de abandonar sueños y aspiraciones, es momento de repensar nuestra vida como sociedad fundamentada en la sabiduría que se genera de los errores cometidos y éxitos logrados. Es oportuno acompañar a los jóvenes a llevar la responsabilidad de cada uno para con el país.

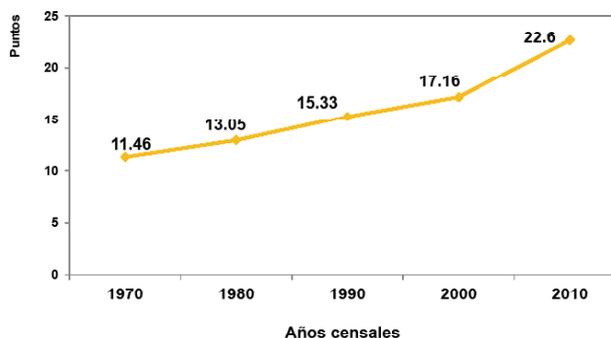
La institución social del retiro en Puerto Rico: evolución y retos

Edgardo Ruiz Cora, Ph.D./
edgardo.ruiz1@upr.edu

El envejecimiento acelerado de la población en Puerto Rico nos plantea el desafío de reformar la institución social del retiro. La presión demográfica que representa el envejecimiento de la población se puede apreciar a través del aumento en el Índice de Dependencia de Vejez (número de personas mayores de 65 años por cada 100 personas en edad laboral, 15 a 64 años). El Índice de Dependencia de Vejez en Puerto Rico ha aumentado de 11.46 a 22.6 del 1970 a 2010 (Gráfica 1). Por otro lado, la expectativa de vida a los 60 y 65 años ha aumentado a 24.07 y 20.16, respectivamente (Gráfica 2). Esto implica que la duración de la etapa que comúnmente se ha designado como de retiro ahora representa alrededor

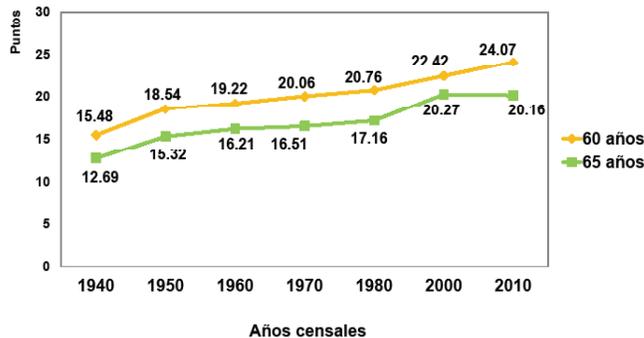
de 24 por ciento del ciclo vital. El reto que representa estas presiones demográficas no solo se reflejan en la crisis por la cual atraviesan los sistemas de retiro, también nos plantea otros retos concernientes a la pérdida de conocimiento y productividad laboral y social con el potencial retiro de los llamados “baby boomers” en la próxima década.

Gráfica 1: Índice de Dependencia de Vejez Puerto Rico, 1970 a 2010



Fuente: Negociado del Censo Federal.

Gráfica 2: Expectativa de vida a los 60 y 65 años Puerto Rico, 1940 a 2010



Fuente: Departamento de Salud.

Una institución social se define como “patrones socialmente establecidos que se sustentan a través de normas y sanciones”.¹ El retiro como institución social representa un patrón distintivo de separación de la fuerza laboral que es aceptado normativamente.² Las bases normativas del retiro se centran en dos dimensiones (Tabla 1). La primera son las regulaciones formales presentes en las políticas públicas codificadas en los sistemas de retiros como el Sistema de Seguro Social y los sistemas de pensiones gubernamentales y privadas. Las regulaciones formales incentivan la separación de la fuerza laboral a edades específicas. La segunda dimensión es una socio-cultural que se centra en

¹ Hess, Beth B, Elizabeth W. Markson, and Peter J. Stein. 1993. *Sociology*. 4th ed. New York: Macmillan Publishing Company.

² Szinovacz. (2003). *Contexts and Pathways: Retirement as Institution, Process, and Experience*. In *Retirement: Reasons, Processes and Results*. Adams and Beehr (eds.). Springer Publishing Company.

las expectativas sociales e individuales que se generan del período del retiro. En la creación de las expectativas socio-culturales surge el rol de jubilado con sus respectivos derechos y deberes³ (Tabla 2).

Tabla 1: Bases normativas del retiro

Regulaciones formales (Sistemas de Retiro)
<ul style="list-style-type: none"> Regulaciones formales integradas en los sistemas de seguridad social del estado y los sistemas de pensiones y retiro laborales. Incentiva la separación de la fuerza laboral implícita y explícitamente a edades específicas y sanciona el retiro temprano (ej. Seguro Social: Edad de Beneficios completos vs. Beneficios Reducidos). Se convierte en parte de un contrato social y laboral entre estado-ciudadano y/o Empleador-empleado.
Expectativas sociales e individuales
<ul style="list-style-type: none"> Expectativa de retirarse y disfrutar de la disposición libre del tiempo. Expectativa de retirarse a edades específicas. Presión social hacia el retiro de trabajadores a ciertas edades. Expectativa de necesidad de retirarse para dejar oportunidades a trabajadores más jóvenes.

Fuente: Szinovacz (2003)

Tabla 2: Rol de retirado

Derechos	Deberes
<ul style="list-style-type: none"> A subsistencia económica sin tener un empleo (pensión, seguridad social). A no tener empleo sin el estigma de dependiente a la sociedad (a diferencia de los desempleados). A autonomía en el manejo de su tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> Expectativa en la continuidad en la persona y comportamiento debido a la posición que tiene la profesión con la identidad. Responsabilidad de manejar su propia vida. Expectativa de vivir dentro de sus ingresos. Expectativa de evitar ser dependiente de sus familias o de la comunidad.

Fuente: Atchley (1976).

El rol de retirado es uno de los roles sociales más ambiguos en su definición y ha dado paso para una construcción social negativa del retiro y asociado a ello, la vejez. La construcción social del retiro hace una equivalencia directa entre trabajo y productividad, y por consiguiente se entiende que en el retiro se deja de ser productivo y que es una etapa para el descanso. La consecuencia de esta construcción socio-cultural es la segregación por edad y el aislamiento del sector poblacional de mayor edad, la visión del retiro como una etapa socialmente pasiva, y una ausencia de valor y significado del rol de retirado y de las persona de edad avanzada.

El retiro es una institución social relativamente reciente que se propaga e institucionaliza durante la primera mitad del Siglo XX. Es producto de la

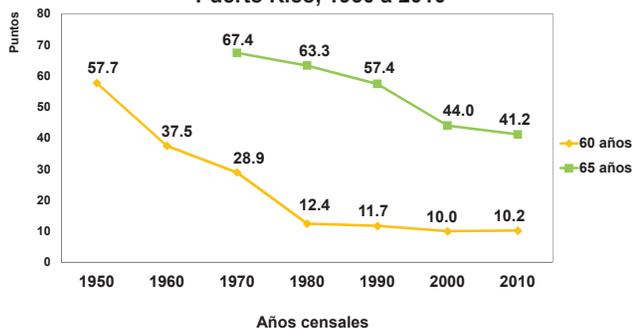
industrialización en los países desarrollados en conjunto con un período de crecimiento económico que facilita la transferencia de recursos al sector poblacional de mayor edad. La pieza central en la institución del retiro son los sistemas de retiro, los cuales han determinado el patrón de separación de la fuerza laboral al proveer las condiciones necesarias para retirarse (recursos económicos, posibilidad de retiro de fuerza laboral sin desaprobación social). La influencia de los sistemas de retiro en patrones de comportamiento poblacional se puede observar claramente en la trayectoria de la edad promedio de reclamación de beneficios de Seguro Social en Estados Unidos desde 1950 a 2000.

De 1950 a 2000 hubo una reducción en la edad de reclamación de 68.5 y 67.9 para los hombres y mujeres, respectivamente a 62.6 y 62.5 en el 2000, con la reducción más dramática en el período de 1950 a 1970. Esto se debe a que durante estas décadas se empiezan a retirar las primeras generaciones de trabajadores desde la implementación del Sistema de Seguro Social que acumularon para el mismo durante toda su trayectoria laboral. Se suma a los beneficios del seguro social, el desarrollo y expansión de sistemas de retiro público y privado durante ésta época. Esta generación por tanto recibió beneficios que representaban un porcentaje de reemplazo mayor de su ingreso pre-jubilación. A la par con el descenso en la edad de retiro, durante el mismo período hubo una disminución dramática en la tasa de pobreza en la población mayor de 65 años. Esto indica que el Sistema de Seguro Social y los sistemas de retiro posibilitaron el retiro de la fuerza laboral al proveer los recursos económicos necesarios.

En Puerto Rico se puede observar un patrón de comportamiento parecido durante un período similar utilizando la tasa de participación en la fuerza laboral de personas mayores de 65 años como indicador. Se observa que del 1950 a 1980 hay una disminución dramática de una tasa de participación laboral de 57.7 en el 1950 a 12.4 en el 1980. En Puerto Rico no están disponibles datos sobre la edad promedio de retiro sin embargo, al auscultar datos de estudios y encuestas representativas de la población puertorriqueña encontramos un patrón de separación de la fuerza laboral a edades tempranas (Gráfica 3).

³ Atchley (1976). *The Sociology of Retirement*. Schenkman Pub. Co.

Gráfica 3: Tasa de participación laboral y pobreza en la población de 60 y 65 años Puerto Rico, 1950 a 2010



Fuente: Departamento de Salud.

En los datos de PREHCO⁴ del 2003 encontramos que dentro del grupo de edad de 60 a 65 años solo el 19.7 por ciento participaba en la fuerza laboral y el 64.5 por ciento de los que trabajaron alguna vez por paga ya estaban jubilados. Similarmente en los datos del BRFS⁵ de 2012, en el grupo de edad de 55 a 64 años el 24.9 por ciento se denominaban como retirados con solo 29.9 por ciento en la fuerza laboral.

En la búsqueda de revertir el patrón del retiro a edades tempranas se ha explorado el utilizar el mismo mecanismo que sentó las bases para el patrón observado actualmente, fijar incentivos y penalidades en los sistemas de retiro para incentivar el retiro a edades mayores. Munnell y Sass⁶ en un análisis de las propuestas de aumento de la edad de elegibilidad en los sistemas de retiro, tanto públicos como privados identifican tres elementos esenciales para que dichas alternativas sean justas para los adultos mayores. Estos elementos son: 1) la salud de los trabajadores mayores que determinan su capacidad de trabajo; 2) el deseo de los trabajadores mayores de trabajar; y 3) la apertura del mercado laboral a trabajadores mayores. Munnell y Sass plantean que estas condiciones existen dado que: 1) el nivel educativo de la generación “baby boomer” y la promoción de salud a la que han estado expuestas

crean expectativas de mejores niveles de salud; 2) hay evidencia de mayor interés en la permanencia en la fuerza trabajadora por esta generación; y 3) hay evidencia de una preocupación por parte de los empleadores de un éxodo masivo de conocimiento y experiencias con el retiro de los “Baby Boomers” que se traduce a un mayor interés en empleados de edades mayores. Esta argumentación para comenzar a cambiar la institución del retiro a través de la edad de retiro ha sido cuestionada por otros estudios.

Existe evidencia que la salud de los “baby boomers” no es mejor que la de generaciones anteriores. Los hallazgos de los estudios han encontrado una auto-percepción de salud peor, una alta prevalencia de enfermedades crónicas, y un aumento en la prevalencia de discapacidad⁷. Sobre el deseo de trabajar se ha identificado una brecha entre la intención de permanecer en el empleo y el comportamiento, por lo cual no se ha observado empíricamente que los trabajadores permanezcan más tiempo en el trabajo⁸. El aumentar la edad de retiro también nos enfrenta a asuntos de equidad. Estudios han identificado una asociación estrecha entre longevidad y trabajadores de mayor ingreso, y entre el retiro temprano y la mortalidad⁹. Se ha identificado lo que se ha denominado la “hipótesis de la cuasi-discapacidad”, en la cual un sub-grupo de trabajadores que deciden retirarse temprano con beneficios reducidos está significativamente menos saludable que otros trabajadores, pero no cualifican para beneficios de incapacidad¹⁰. El retrasar la elegibilidad para el retiro puede negarles apoyo a los trabajadores para los cuales continuar trabajando impone dificultades mentales y físicas significativas y puede redundar en un incremento en las tasas de pobreza en la vejez¹¹.

Los datos sobre el contexto de salud y socio-económico del retiro temprano y la decisión de retirarse son escasos en Puerto Rico. Sin embargo, los escasos datos que tenemos para ésta población

⁴ Puerto Rican Elderly Health Condition Study, 2002-2003.

⁵ Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2012.

⁶ Munnell and Sass (2008). *Working Longer: The Solution to the Retirement Income Challenge*. Brookings Institution Press.

⁷ Soldo, et al. (2007). “Cross-Cohort Differences in Health on the Verge of Retirement.” In *Redefining Retirement: How will the Boomer Fare?*, edited by Madrian et al., 138-158. Oxford University Press, 2007. Center on an Aging Society. (2004). *Issue Brief: Workers Affected by Chronic Conditions*. Number 7, June. Georgetown University.

⁸ Employee Benefit Research Institute. (2012). *Issue Brief: 2012 Retirement Confidence Survey*. No. 369, Marzo 2012. Ebrl.org

⁹ Waldron. (2001). *Links between early retirement and mortality*. Social Security Administration, Office of Policy. ORES Working Paper Series Num. 93.

¹⁰ Waldron. (2007). *Trends in mortality differentials and life expectancy for male social security-covered workers, by average relative earnings*. Social Security Administration, Office of Policy. ORES Working Paper No. 108.

¹¹ Packard, Michael. 1985. “Health Status of New Retired-Worker Beneficiaries: Findings from the New

Beneficiary Survey.” *Social Security Bulletin* 48(2): 5-16.

Leonesio et al. 2000. *Early Retirees Under Social Security: Health Status and Economic Resources*. ORES Working Paper No. 86. Social Security Administration, Office of Policy, Office of Research, Evaluation, and Statistics. August.

¹¹ Aaron and Callan. (2011). *Who retires early?* Center for Retirement Research. CRR WP 2011-10

Olsen. (2012). *Mind the Gap: The Distributional Effects of Raising Early Eligibility Age and Full Retirement Age*. *Social Security Bulletin* 72(4).

en Puerto Rico no son alentadores. Datos del BRFSS en el 2012 revelaron que 31.3 por ciento del grupo de edad entre 55 a 64 años reportó tener alguna limitación en actividades por factores físicos, mentales y emocionales y el 19.0 por ciento reportó no poder trabajar. En los datos de PREHCO de 2003, un 26.9 por ciento de las personas de 60 a 64 años reportó tener al menos una limitación en las actividades básicas e instrumentales del diario vivir (37.5 por ciento para toda la población mayor de 60 años). De la misma manera un estudio de personas retiradas en los sistemas del gobierno central reveló que el 30.0 por ciento se retiraron por motivos de salud¹². En cuanto a los deseos de seguir trabajando, en una encuesta a trabajadores del Gobierno de Puerto Rico publicada en el 2007 salió a relucir que el 30.0 por ciento planificaba retirarse cuando la edad y años de servicio se los permitieran, un 24.0 por ciento planificaba para un retiro temprano y solo 2.0 por ciento planificaban continuar trabajando¹³. Estos datos nos indican que una proporción considerable de la población en edad de retiro en Puerto Rico tiene condiciones que pueden limitar su capacidad de trabajar a edades mayores y al mismo tiempo tenemos evidencia de una expectativa socio-cultural de retiro cuando sea posible, independientemente de la capacidad laboral.

Ante la diversidad de la población de personas de edad avanzada y aquellos próximos al retiro, basado en los patrones socio-culturales presentes, es necesario identificar estrategias y políticas variadas y flexibles que incentiven la continuidad en el trabajo o la transición de otros espacios productivos. El reto que enfrentamos es buscar mecanismos para la prolongación de la vida laboral para los adultos mayores que puedan y así lo deseen, sin que los adultos mayores se vean en la obligación de trabajar a pesar de condiciones de salud por insuficiencia económica, como sería el caso para un grupo considerable con un incremento en la edad de elegibilidad en los sistemas de retiro. En diversos sectores se ha explorado opciones diferentes al retiro. Entre estas alternativas se encuentra el retiro escalonado, en el cual el empleado disminuye sus horas de trabajo en su transición a la cesación total de su periodo laboral, o la sustitución de tareas, en la cual el trabajador de mayor edad se moviliza a tareas de menor impacto físico o de menor estrés en camino al retiro. Otras opciones viables que se han

propuesto han sido el rol del retirado como asesor u oportunidades de trabajo voluntario. Ciertamente es necesario explorar e incentivar diversas opciones tanto en el sector público como en el privado. Al mismo tiempo es necesario cambiar la construcción socio-cultural del retiro y la vejez como una etapa pasiva, simplemente para el descanso, lo cual limita el significado de la vejez y lleva a patrones de separación de la fuerza laboral como la que estamos experimentando.

A manera de conclusión, los retos que tenemos en Puerto Rico para cambiar la institución social del retiro son los siguientes:

- Recopilar datos sobre indicadores y comportamientos en torno al retiro (tanto en el sector público como en el privado) para una evaluación más precisa de la situación en Puerto Rico y para que informen posibles iniciativas.
- Cambiar una construcción social estereotipada del retiro como una etapa pasiva.
- Crear estructuras laborales y sociales para el desempeño de roles que den significado y valor al retiro y la vejez.
- Incentivar la continuidad o transición laboral en los trabajadores mayores de manera flexible.
- Crear condiciones y opciones que sean equitativas a los individuos en diferentes contextos socio-económicos y de la salud.
- Crear las condiciones y opciones para que individuos que tienen diferentes experiencias y expectativas puedan realizar sus metas en el retiro de manera activa.

Situación del Seguro Social

Elda I. Pares Rosado/
pares_e@jp.pr.gov

En Puerto Rico, los beneficios devengados por el seguro social son una de las fuentes de ingreso primaria para muchos envejecientes. Actualmente, existe una gran preocupación ante la situación financiera del programa del Seguro Social, su solvencia y la necesidad de modificaciones para que sea disfrutado por los retirados, los empleados que

¹² CEPSR (2003). *Estudio sobre situación socioeconómica de los pensionados del gobierno de Puerto Rico*. Comisión Especial Permanente de los Sistemas de Retiro. Mayo, 2003.
¹³ CEPSR (2006). *Estudio comparativo sobre la situación socioeconómica de los pensionados y de los participantes activos de los sistemas de retiro Gubernamentales*. Comisión Especial Permanente de los Sistemas de Retiro. Septiembre, 2007.

actualmente están haciendo sus aportaciones y para las generaciones futuras de trabajadores.

En 1935, el presidente Franklin Delano Roosevelt firmó la ley que creó el programa del Seguro Social ante la necesidad de establecer leyes de seguridad social, especialmente a raíz de los problemas económicos palpables durante la Gran Depresión de finales del año 1929. Desde entonces, y a través de enmiendas hechas a la ley, se han incorporado programas para incluir sobrevivientes, incapacitados, salud y ajustes automáticos del costo de vida. El programa ahora ofrece beneficios a más de 50 millones de personas y se financia con los impuestos de nómina de más de 150 millones de trabajadores y sus empleadores, además de ahorros que la Administración de Seguro Social ha acumulado con el tiempo.

Según datos de la Administración del Seguro Social, en Estados Unidos los beneficios de este programa representan aproximadamente 39.0 por ciento del ingreso de los adultos mayores. La razón trabajador a beneficiario (aquellos que pagan y los que están obteniendo el beneficio) ha estado decreciendo debido al aumento en la expectativa de vida y a la reducción en el número de nacimientos. Actualmente, hay 2.8 trabajadores por cada beneficiario de Seguro Social. Se proyecta que para el 2033, haya 2.1 trabajadores por cada beneficiario. Este fenómeno se repite en otros países desarrollados. Hasta el momento se han podido realizar los pagos a los beneficiarios por las enmiendas que se han hecho al Seguro Social desde su creación.

Como resultado de las enmiendas al Seguro Social promulgadas en 1983, se comenzaron a acumular ahorros para hacer frente al incremento en la población en edad de retiro. Se proyecta que estos ahorros se van a agotar en el año 2037. Esto debido a que desde el 2010 los gastos totales del programa superarán los ingresos de sus fondos fiduciarios. El déficit de ingresos sin intereses relativos a costo fue de \$49.0 millardos en el 2010, \$45.0 millardos en 2011 y \$55.0 millardos en 2012. Cuando finalicen las reservas las contribuciones serán suficientes para pagar el 76.0 por ciento de los beneficios. Es por esto, que se ha estado urgiendo al Congreso de Estados Unidos para que se aprueben los cambios necesarios de forma que asegure los beneficios en el futuro. Se proyecta que cambios, tales como, reducción de un 13.0 por ciento de los beneficios,

y/o un aumento inmediato en las aportaciones, patronal e individual, de 12.4 por ciento a 14.4 por ciento podría ser suficiente para equiparar los pagos correspondientes por los próximos 75 años.

Los fondos fiduciarios del Seguro Social son, el Seguro para Envejecientes y Sobrevivientes (OASI, por sus siglas en inglés) y el Seguro por Incapacidad. Estos fondos son manejados por el Departamento del Tesoro, quienes custodian los activos acumulados y proveen un mecanismo de contabilidad para monitorear los ingresos y desembolsos de los fondos. Los gastos de estos fondos sólo pueden utilizarse para pagar beneficios, que representan alrededor del 98.0 por ciento de los gastos, y para costos administrativos.

El Seguro Social y el Medicare representaron el 38.0 por ciento del gasto federal en el año fiscal 2012. En dicho año, los beneficios del Seguro Social representaron 5.0 por ciento del producto interno bruto (PIB) de Estados Unidos. El PIB mide la producción de bienes y servicios producidos por trabajo y propiedad localizados en un país. Se proyecta que para el 2035, estos beneficios constituirán 6.2 por ciento del PIB de la nación americana.¹ Esto debido al envejecimiento acelerado de la población causado por la generación de los baby boomers que van a entrar al retiro, y a que la baja tasa de natalidad que se ha venido registrando no permite que exista el nivel necesario de población que se incorpore a la fuerza laboral.

Beneficiarios del Seguro Social en la población de 60 años o más

Betty González Rivera
gonzalez_b@jp.pr.gov

Los beneficios de Seguro Social están basados en el promedio de ganancias vitalicias. Esas ganancias son ajustadas para tomar en cuenta los cambios en el promedio de salarios desde el año en que se recibieron. El Seguro Social calcula el promedio de ganancias mensuales ajustadas en los 35 años de ganancias más altos. Se aplica una fórmula a las ganancias para llegar al beneficio básico, o cantidad

¹ National Academy of Social Insurance. Extraído de: <http://www.nasi.org/learn/socialsecurity/economy-share>.

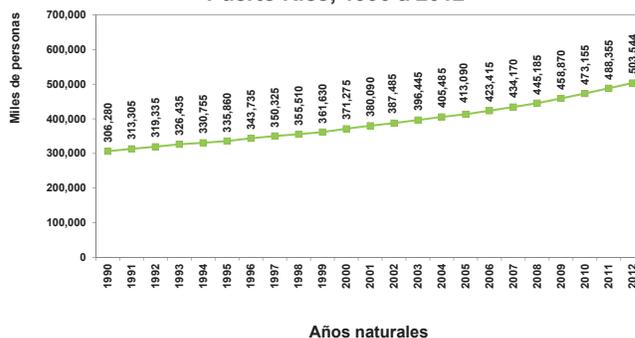
de seguro primario (PIA, siglas en inglés). Esta es la cantidad que recibirá el beneficiario al cumplir la plena edad de jubilación a partir de los 65 años de edad, de acuerdo a la fecha de nacimiento de los individuos que aportaron al Seguro Social.

Existen distintos factores que pueden cambiar la cantidad de beneficio por jubilación. Algunos de estos son:

- Si la persona elige recibir los beneficios antes de cumplir su plena edad de jubilación. Puede comenzar a recibir beneficios de Seguro Social a la edad de 62 años, pero a una tasa reducida. El beneficio básico se reduce por un porcentaje fijo si la persona se jubila antes de cumplir su plena edad de jubilación.
- El beneficiario tiene derecho a recibir aumentos por costo de vida empezando en el año que cumple los 62 años; aunque no reciba beneficios hasta que cumpla su plena edad de jubilación o los 70 años de edad. Los aumentos por el costo de vida se añaden a los beneficios empezando con el año en que cumpla 62 años, hasta el año en que empieza a recibir beneficios.
- Si decide la persona jubilarse hasta después de cumplir su plena edad de jubilación. Los beneficios de Seguro Social aumentan por un cierto porcentaje (dependiendo en su fecha de nacimiento) si decide recibir los beneficios hasta después que cumpla la plena edad de jubilación. La cantidad de beneficio aumentará hasta que empiece a recibir beneficios o cumpla los 70 años de edad.
- Si es un empleado del gobierno con una pensión. Si recibe o tiene derecho a una pensión de un empleo en el cual no pagaba impuestos de Seguro Social, (generalmente un empleo con el gobierno), se aplica una fórmula diferente al promedio de ganancias mensuales ajustadas.

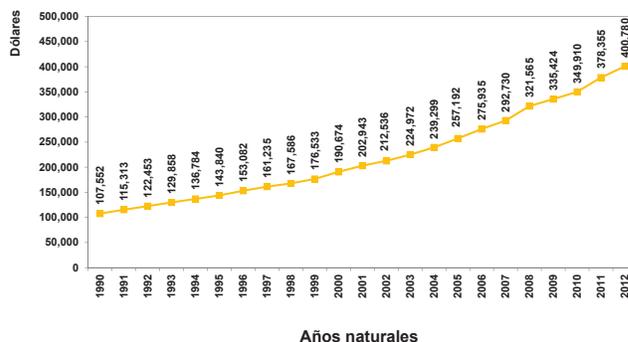
En el año 2012 había un total de 503,544 beneficiarios de seguro social de 65 años o más en Puerto Rico. Esto representó un incremento de 15,189 personas o 3.1 por ciento, respecto al 2011 (Gráfica 1). Los beneficios otorgados a diciembre de 2012 totalizaron \$400,780, representando un aumento de \$22,425 o 6.0 por ciento (Gráfica 2). En promedio se otorgaron \$796 mensuales, lo que reflejó un aumento de \$21 o 3.0 por ciento, respecto al 2011 (Gráfica 3).

Gráfica 1: Beneficiarios de Seguro Social en la población de 65 años o más Puerto Rico, 1990 a 2012



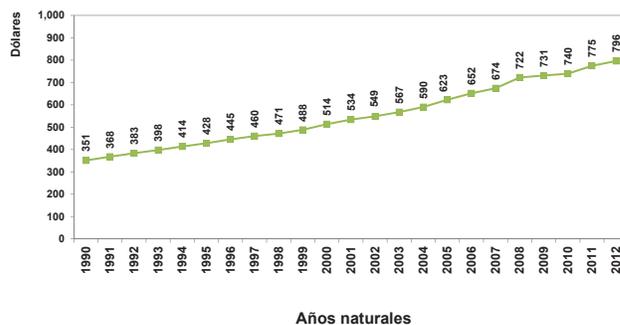
Fuente: Administración del Seguro Social.

Gráfica 2: Beneficios otorgados de Seguro Social a la población de 65 años o más Puerto Rico, 1990 a 2012



Fuente: Administración del Seguro Social.

Gráfica 3: Promedio de beneficios otorgados de Seguro Social a la población de 65 años o más Puerto Rico, 1990 a 2012

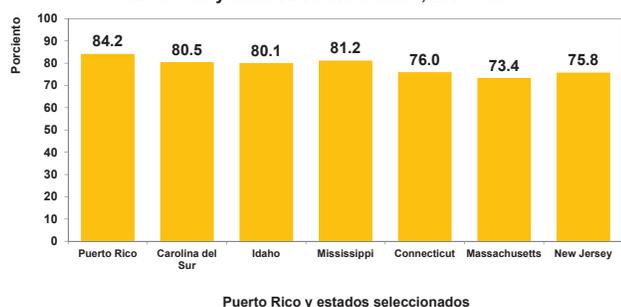


Fuente: Administración del Seguros Social.



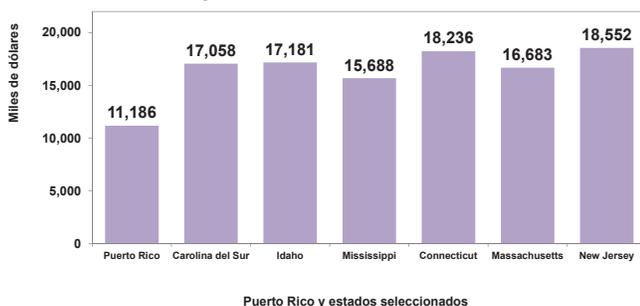
Según la Encuesta de la Comunidad de 2007 a 2011 para Puerto Rico y los estados seleccionados con ingreso de Seguro Social para la población de 60 años o más, el de mayor porcentaje fue Puerto Rico (84.2 por ciento); le sigue Mississippi (81.2 por ciento); Carolina del Sur (80.5 por ciento) y Idaho (80.1 por ciento) (Gráfica 4). Se observaron en la Encuesta de la Comunidad 2007-2011 aumentos mayores en el ingreso promedio de Seguro Social para Puerto Rico y estados seleccionados en la población de 60 años o más, en: New Jersey con \$18,552; Connecticut con \$18,236 y Idaho con \$17,181. El ingreso promedio de Seguro Social más bajo según la Encuesta de la Comunidad de 2007 a 2011 lo fue Puerto Rico con \$11,186 (Gráfica 5).

Gráfica 4: Porcentaje en la población de 60 años o más con beneficios de Seguro Social
Puerto Rico y estados seleccionados, 2007 a 2011



Fuente: Negociado del Censo Federal.

Gráfica 5: Promedio de beneficios otorgados de Seguro Social a la población de 60 años o más
Puerto Rico y estados seleccionados, 2007 a 2011



Fuente: Negociado del Censo Federal.

Nivel de pobreza de las personas de 65 años o más

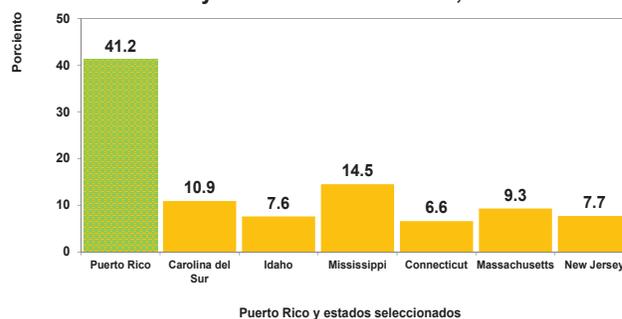
Vivecalyn Díaz Ocaña/
diaz_v@jp.pr.gov

La proporción de personas de edad avanzada ha ido en incremento a través de los años, es una tendencia que se vincula a cambios poblacionales. La definición y medida oficial de la pobreza en Puerto Rico son determinados por el gobierno de los Estados Unidos. Esta se basa en un ingreso mínimo necesario para satisfacer las necesidades básicas como alimento, vivienda y vestimenta.

El que las personas de 65 años o más estén a riesgo de vivir en la pobreza posiblemente responde a que, existen factores económicos, sociales y médicos que inciden en la vulnerabilidad de esta población.

Según la Encuesta de la Comunidad del Negociado de Censo Federal de 2007 a 2011, el porcentaje de personas de 65 años y más bajo el nivel de pobreza en Puerto Rico fue aproximadamente 41.2 por ciento. La Gráfica 1 presenta las tasas de nivel de pobreza de Puerto Rico y los estados seleccionados para las personas mayores de 65 años o más. Es importante destacar, que Puerto Rico comprende el mayor porcentaje de pobreza en ese grupo.

Gráfica 1: Nivel de pobreza en la población de 65 años o más
Puerto Rico y estados seleccionados, 2007 a 2011



Fuente: Negociado del Censo Federal.

Los estados seleccionados fueron los siguientes: Carolina del Sur, Idaho, Mississippi, Connecticut, Massachusetts y New Jersey. De acuerdo a estos datos, en el período de 2007 a 2011, el 14.5 por ciento de las personas en Mississippi vivían bajo el nivel de pobreza. A su vez, en Carolina del Sur, el 10.9 por ciento vivían bajo las mismas condiciones.

En el estado de Massachusetts se observó que el grupo de personas de 65 años o más que vivía bajo

el nivel de pobreza representó 9.3 por ciento. Por otro lado, New Jersey reflejó una tasa de nivel de pobreza de 7.7 por ciento. En Idaho, la población de edad avanzada presentó un nivel de pobreza de 7.6 por ciento. En Connecticut, 6.6 por ciento de las personas mayores de 65 años vivían debajo del nivel de pobreza.

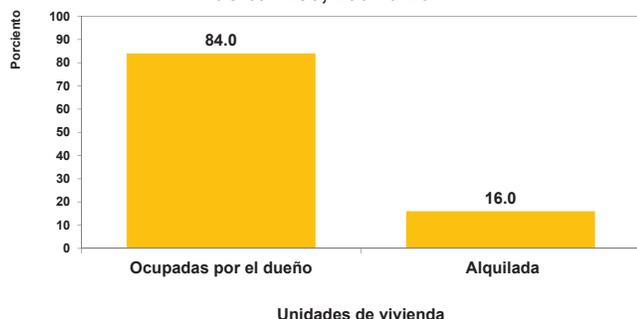
En Puerto Rico, la población de adultos mayores es numerosa y está en crecimiento. La misma suele ser más vulnerable a enfermedades y accidentes que el resto de la población, lo que puede generar una trampa de pobreza (poverty trap). Esta se suma a la falta de planificación financiera. Estos son factores que pueden generar vulnerabilidad en la salud física, mental, emocional y social de los adultos mayores.

Vivienda para la población de 60 años o más

Betty González Rivera/
gonzalez_b@jp.pr.gov

La Encuesta de la Comunidad de 2007 a 2011 para Puerto Rico reflejó que el 84.0 por ciento de las personas de 60 años o más eran dueños de sus casas. En cambio, 16.0 por ciento de esta población vivía en una residencia alquilada (Gráfica 1).

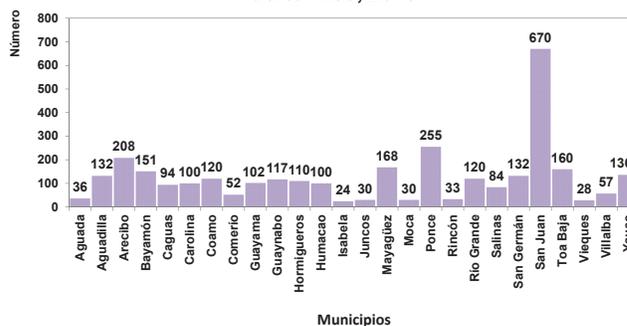
Gráfica 1: Porcentaje de la población de 60 años o más con unidades de vivienda Puerto Rico, 2007 a 2011



Fuente: Negociado del Censo Federal.

Según el Departamento de la Vivienda, había un total de 3,249 unidades de vivienda con subsidio para la población de 60 años o más en Puerto Rico. Los municipios con mayores unidades de vivienda con subsidio fueron: San Juan con 20.6 por ciento; Ponce con 7.8 por ciento; Arecibo con 6.4 por ciento; Mayagüez con 5.2 por ciento y Toa Baja con 4.9 por ciento (Gráfica 2).

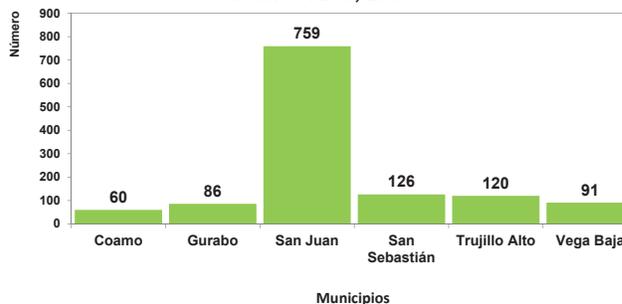
Gráfica 2: Unidades de vivienda con subsidio por municipio para la población de 60 años o más Puerto Rico, 2013



Fuente: Departamento de la Vivienda.

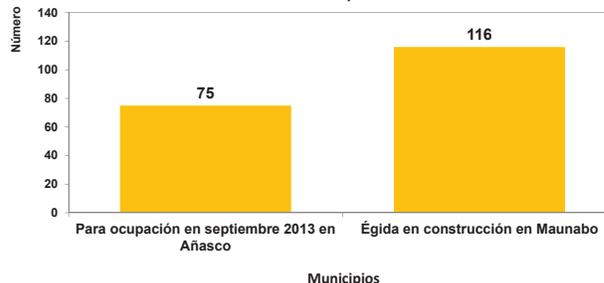
En el año 2013, se espera construir un total de 1,242 unidades de vivienda para la población de 60 años o más. Los municipios donde se construirán más unidades de vivienda son: San Juan 759 (61.1 por ciento); San Sebastián 126 (10.1 por ciento) y Trujillo Alto 120 (9.7 por ciento) (Gráfica 3). A septiembre de 2013 habían 75 unidades para ocupación en el municipio de Añasco. En el municipio de Maunabo había una égida en construcción, la cual se espera sumen 116 unidades de vivienda (Gráfica 4).

Gráfica 3: Unidades de vivienda con subsidio por municipio que se construirán para la población de 60 años o más Puerto Rico, 2013



Fuente: Departamento de la Vivienda.

Gráfica 4: Unidades de vivienda con subsidio por municipio para la población de 60 años o más Puerto Rico, 2013

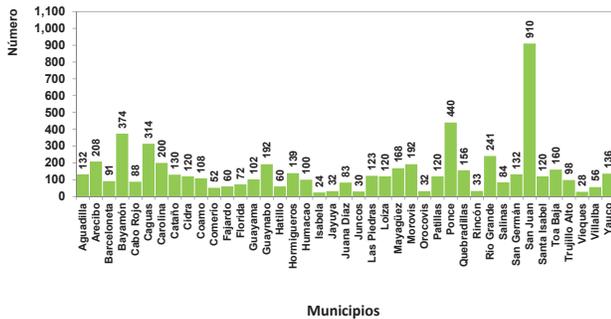


Fuente: Departamento de la Vivienda.



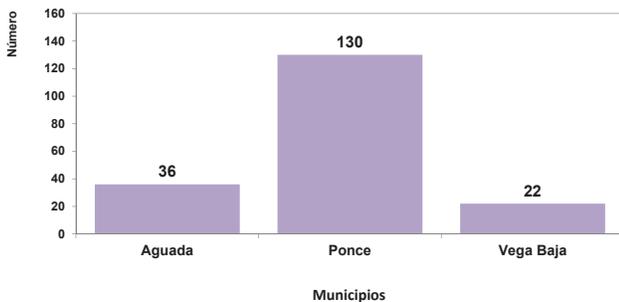
La Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda en el 2013 informó que hay un total de 6,060 unidades de vivienda por municipio de bajo costo para la población de 60 años o más. Los municipios con más unidades de vivienda son: San Juan 15.0 por ciento; Ponce 7.3 por ciento; Bayamón 6.2 por ciento; Caguas 5.2 por ciento y Río Grande 4.0 por ciento (Gráfica 5). En otros programas de bajo costo hay un total de 188 unidades de viviendas en los municipios de Ponce, Aguada y Vega Baja; y un total de 351 unidades de vivienda que están en construcción en los municipios de San Juan, Maunabo y Añasco (Gráficas 6 y 7). En evaluación, hay un total de 696 unidades de vivienda para construcción en los municipios de San Juan, San Sebastián, Trujillo Alto, Gurabo y Coamo (Gráfica 8).

Gráfica 5: Unidades de vivienda de bajo costo por municipio para la población de 60 años o más Puerto Rico, 2013



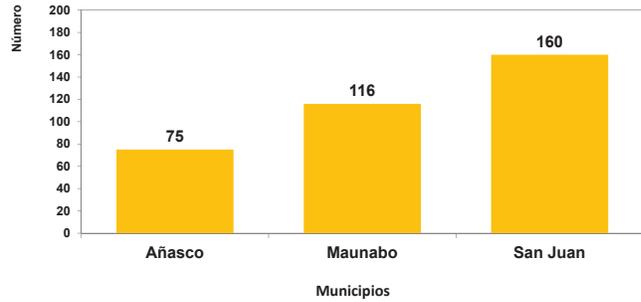
Fuente: Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda.

Gráfica 6: Unidades de vivienda por municipio bajo otro programa para la población de 60 años o más Puerto Rico, 2013



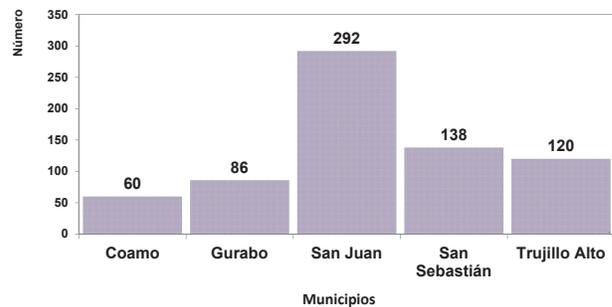
Fuente: Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda.

Gráfica 7: Unidades de vivienda en construcción por municipio para la población de 60 años o más Puerto Rico, 2013



Fuente: Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda.

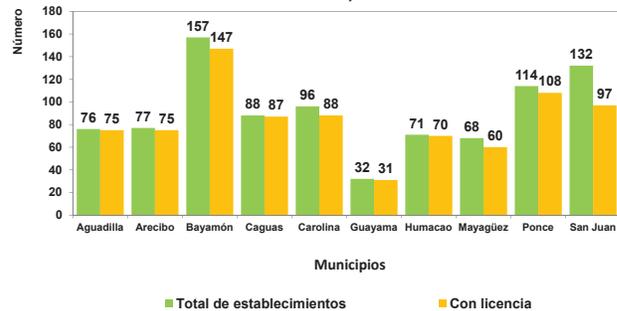
Gráfica 8: Unidades de vivienda de proyectos bajo evaluación por municipio para la población de 60 años o más Puerto Rico, 2013



Fuente: Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda.

Según el Departamento de la Familia a junio de 2013, había un total de 911 establecimientos para personas de edad avanzada (establecimientos de personas de edad avanzada se refiere a todas las modalidades donde se le ofrece vivienda a adultos mayores, por ejemplo hogares, instituciones, campea; todos parte del tiempo o que pernocten); y de éstos, 838 tienen licencia. De las diez regiones, se observó que Bayamón (17.5 por ciento), Ponce (12.9 por ciento), San Juan (11.6 por ciento), Carolina (10.5 por ciento) y Caguas (10.4 por ciento) son las regiones de mayores establecimientos para adultos mayores (Gráfica 9).

Gráfica 9: Establecimientos* para personas de edad avanzada por área regional Puerto Rico, 2013



Nota: * con licencia para operar.
Fuente: Departamento de la Familia.



Estudio sobre égidas

Omayra Aviles Santiago/
Oaviles@vivienda.pr.gov

El Subcomité de Transportación y Vivienda del Comité de Ley del Reto Demográfico tiene como objetivo ayudar a desarrollar un plan multisectorial para atender las necesidades de transportación y vivienda necesarias para Puerto Rico con miras en la población futura, a partir del 2015, dentro de los cambios demográficos esperados. El hecho de que la población de Puerto Rico está moviéndose hacia una predominantemente de adultos mayores trae grandes retos para lograr satisfacer las necesidades futuras de nuestros habitantes. Como parte de los trabajos, se realizó una consulta sobre aspectos relacionados a la población de edad avanzada que existe en la actualidad. Por limitaciones en el tiempo, facilidades y recursos económicos se decidió que esta consulta sería a través de las égidas participantes dentro del Programa de Ley 173 (Programa de Subsidio de Arrendamiento y de Mejoras para Vivienda a las Personas de Mayor Edad con Ingresos Bajos) del Departamento de la Vivienda. De un total de 19 égidas seleccionadas e invitadas, utilizando criterios de región y localización, se logró finalmente la contestación de 160 cuestionarios provenientes de seis (6) égidas diferentes.

Es importante señalar, que se trabajó con un grupo poblacional restringido y cerrado, no necesariamente representativo en el sentido estadístico de la población envejeciente y que no se pretende hacer una encuesta científica sino un sondeo general.

Los resultados encontrados no reflejan lo esperado por el Subcomité de Transportación y Vivienda, según discutido en reuniones. Con esto realmente se pudo validar lo que se sabía por experiencia en cada uno de los respectivos campos de trabajo. Los hallazgos pueden dividirse en dos partes, primero aspectos en el área de vivienda y segundo aspectos en el área de transportación. Respecto a la vivienda, debemos señalar, que estamos oscultando una población dentro de égidas y las mismas cumplen con unos parámetros particulares de construcción, recursos económicos, localización y condición del entrevistado. Ejemplo de esto es que el 70.0 por ciento de los entrevistados indican que sus ingresos son suficientes para cubrir sus necesidades, el 67.0 por ciento indica que no tiene problemas restrictivos de condición de movilidad y que para el 39.0 por ciento de los entrevistados, la égida está localizada en el área urbana. En términos de la transportación

vemos una dispersión en los resultados encontrados. Por ejemplo, el 56.0 por ciento de los entrevistados utiliza vehículo privado para su transportación. Sin embargo, aquellos participantes que dependen de la transportación pública o peatonal, contestaron que el mayor problema que confrontan es la condición de las aceras y los obstáculos que impiden el libre tránsito. En las intersecciones la preocupación mayor es, según los entrevistados, la falta de rotulación, ausencia de líneas en el pavimento y aceras y la falta de respeto a los cruces peatonales. Además, indicaron que en su entorno lo más apremiante es el acceso a: oficinas médicas, supermercados, agencias gubernamentales, farmacias e iglesias.

Es importante que el gobierno tome acción inmediata en las áreas de vivienda, transportación, seguridad social y económica ante este cambio demográfico que está ocurriendo en la Isla. Lamentablemente este estudio estuvo limitado a una población que para muchos es considerada agraciada, porque tienen los medios de vivienda y económicos para poder llevar una vida relativamente cómoda a este nivel. Una de las posibles recomendaciones es extender este estudio a una población más abarcadora donde se establezca un muestreo más representativo de los límites de la clientela del Programa Ley 173. No obstante, esto implicaría una necesidad de recursos que actualmente no están disponibles.

Un informe detallado de la encuesta se encuentra en el portal de la Junta de Planificación www.jp.pr.gov.

Una vida en comunidad no importa la edad

José R. Acarón/
jacaron@aarp.org

Según revelado por encuestas de AARP en Puerto Rico, 85.0 por ciento de las personas mayores de 45 años indicaron tener interés y preferencia por envejecer en su propio hogar y en su comunidad. Esta tendencia de “envejecer en casa” o “age in place” es muy marcada también en Estados Unidos y está dictando cambios de política pública. En primer lugar, representa la razón por la cual la Administración de Envejecimiento de Estados Unidos (Administration on Aging), que está bajo la Secretaría de Salud y Servicios Humanos (HHS) fuese también adscrita este año al nuevo Departamento de Administración de Vida en la Comunidad (Administration on Community Living).

Indiscutiblemente, con el envejecimiento de la población se necesitará una mayor cantidad de servicios para mantener a la población en su hogar y fuera de las instituciones de cuidado. Para atender las necesidades de la población según envejece, uno de los modelos exitosos de apoderamiento y organización comunitaria que está rompiendo esquemas es el concepto de las Villas (Village). La primera “Villa” o “Village” se constituyó en Beacon Hill para el año 2001, dentro del corazón de Boston. Ante una preocupación de tener que moverse de sus hogares de cara a la jubilación, un grupo de residentes de Beacon Hill buscaron una alternativa para permanecer dentro de su comunidad según envejecen. El resultado fue el nacimiento del Beacon Hill Village, que ofrece una infraestructura organizada de servicios entre los propios residentes, que permiten a este grupo creciente y diverso de Boston permanecer en sus hogares. Esta comunidad permite a sus residentes llevar una vida productiva, segura y saludable dentro de sus propios hogares, con acceso a servicios a un costo razonable o por intercambio (www.beaconhillvillage.org)

Este concepto de “Villages” se ha multiplicado por todo Estados Unidos y actualmente hay sobre 250 modelos ya establecidos o en proceso de establecerse en una gran variedad de estados.

Los “Villages” están cimentados en la cohesión de residentes y las organizaciones de base comunitaria. A través de voluntarios y personal remunerado, coordinan el acceso a servicios incluyendo transporte, programas de salud y bienestar, reparaciones del hogar, actividades sociales y educativas, y otras necesidades diarias que permiten al usuario permanecer conectado a su comunidad durante todo el proceso de envejecimiento.

Este movimiento aprovecha las características esenciales de los “baby boomers” como lo son: la independencia y el voluntariado. Los miembros de los “Villages” tienen control sobre sus vidas y muchos realizan tareas voluntarias para ayudar a otros miembros. Por ejemplo, muchos familiares de cuidadores reciben el apoyo de sus vecinos los días en que un hijo no puede atenderlo. Cabe señalar, que más del 60.0 por ciento de los residentes hace trabajo voluntario o ha adoptado tareas para apoyar a su comunidad. En un “Village”, un abogado jubilado proporciona trabajo pro bono a los vecinos; en el otro, una enfermera voluntaria ayuda a los miembros más viejos con sus medicamentos diarios; en otro, un ejecutivo jubilado ofrece clases de tai chi.

Las metas que inspiraron el modelo del “Village” no son revolucionarias. Vivir en casa hasta los últimos días es un deseo que la mayoría de la gente puede compartir. No obstante, este movimiento abraza la innovación, combinando las mejores ideas de vida en comunidad, voluntariado y control personal con un enfoque centrado totalmente en la persona o residente. Para más información visitar el portal de internet www.thevillagenetwork.org.

Medicaid: Home Community Base Services

José R. Acaron/
jacaron@aar.org

Desde los comienzos del Programa de Medicaid en el 1967, este permite ofrecer la cubierta de servicios de cuidado prolongado para beneficiarios que se encuentran en estado frágil y desean recibir servicios en un lugar certificado como facilidad de cuidado prolongado. En el 2005, los servicios clasificados como servicios comunitarios y en el hogar (Home Community Base Services –HCBS) se convirtieron en una opción formal por dispensa para los planes estatales bajo Medicaid, tal ha sido el caso de 47 estados y el Distrito de Columbia. La falta de visión, el bajo ingreso per cápita, la falta de una política pública estatal y la ausencia de voluntad pública de atender esta necesidad social fueron y siguen siendo algunas de las razones principales por las que Puerto Rico no tiene en la cubierta de Medicaid los beneficios de cuidado prolongado para dar servicios a la creciente población de adultos mayores vulnerables.

El Plan Estatal del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, establecido en el 1967, no incluyó en su cubierta de beneficios aquellos relacionados con cuidado prolongado. Una de las razones principales fue que el dinero del programa era destinado en forma de “block Grant” al Departamento de Salud y el mismo no contaba con los mecanismos para brindar estos beneficios. El aumento vertiginoso de la población de mayor edad y muchos otros factores poblacionales, económicos y sociales en Puerto Rico hace necesario una revisión urgente de los servicios médicos que se proveen a la población de forma tal que se incluya la provisión de servicios de cuidado prolongado. La política pública debe atender las necesidades actuales y futuras de la población en lo que respecta al cuidado de su salud a lo largo de la vida de la persona. Los factores que actualmente se

han convertido en un obstáculo para el desarrollo de la industria sólida, segura y de calidad en la provisión de servicios para las personas con necesidad de cuidados especiales tienen que ser removidos.

Deben ser prioridad en la prestación de servicios en Puerto Rico las opciones para que las personas puedan mantenerse en su hogar, desde donde se le puedan atender sus necesidades a corto, mediano y largo plazo. La familia puertorriqueña ha evolucionado de una extendida a una nuclear, donde el empobrecimiento de la población obliga al trabajo asalariado donde el cuidado de sus familiares adultos mayores vulnerables en el hogar se hace prácticamente imposible. El alto grado de emigración y la movilidad social actual de nuestra población ha cambiado el paradigma de apoyo a los mayores. Actualmente, los programas de atención a las personas de mayor edad que necesitan cuidados especiales están fragmentados y distribuidos en diferentes agencias del gobierno como por ejemplo: en el Departamento de Salud y Familia estatales, así como la Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada y los programas federales de Medicare y Medicaid, entre otros. La ausencia de una política pública integral, viable, y segura es necesaria para atender una cuarta parte de nuestra población. La demanda actual por servicios prolongados no se satisface con la oferta actual. La necesidad de provisión de estos servicios es imperativo para este y para todo gobierno futuro.

Con el rápido envejecimiento de la población en Puerto Rico, hay que tomar medidas drásticas enfocadas en el financiamiento y la promoción de inversión en la industria de cuidado prolongado. El énfasis tiene que ser en el manejo de la población adulta mayor vulnerable como parte de los fondos de Medicaid y privados. Es necesario destacar, que la creación de empleos diestros y profesionales en el cuidado de esta población vulnerable ampliaría la demanda de empleos en el área de servicios del país. Se estima que un 17.0 por ciento de la población adulta mayor de 60 años necesita algún tipo de servicio de cuidado ya sea en el hogar o institucionalizado. Según los cálculos poblacionales del Censo de 2010, en Puerto Rico hay sobre 760,075 personas de 60 años o más, y esto requeriría una demanda de servicios alrededor de 130 mil personas que necesitan apoyo con sus actividades del diario vivir.

En torno a las necesidades de servicios de cuidado, el Centro para Servicios de Medicare y Medicaid de Estados Unidos (CMS) trabaja en colaboración con los gobiernos estatales, los consumidores y defensores, proveedores y otras partes interesadas para crear un sistema sostenible enfocado en las necesidades personales de apoyo a largo plazo. El propósito es que las personas con discapacidad y enfermedades crónicas tengan opciones, control y acceso a una gama completa de servicios de calidad que garanticen resultados óptimos, así como la independencia, salud y calidad de vida.

Por otra parte, los servicios en el hogar y comunitarios (denominados como Home and Community Based Services o HCBS) proveen oportunidades para que los beneficiarios de Medicaid puedan recibir servicios en su propio hogar o comunidad. Estos programas sirven a varios grupos de poblaciones específicas, tales como las personas con enfermedades mentales, discapacidad intelectual y discapacidades físicas.

Los servicios denominados como HCBS se convirtieron en ley en el 1983 cuando el Congreso añadió la sección 1915(c) a la ley del Seguro Social, dando a los estados la opción para recibir una exención de atención institucional bajo las normas de Medicaid. En el 2005, los servicios clasificados como HCBS se convirtieron en una opción formal para cada plan estatal bajo Medicaid. A partir de este momento los estados comenzaron a incluir servicios clasificados como HCBS en sus planes estatales de Medicaid. Hay 47 estados y DC están operando al menos una exención de 1915(c). Las agencias estatales de Medicaid tienen varias opciones de HCBS:

- 1915 (c) Exenciones de Servicios en el Hogar o la Comunidad
- 1915 (i) Plan Estatal de Servicios en el Hogar o la Comunidad
- 1915 (j) Servicios de Asistencia Personal Autodirigidos en el Plan Estatal
- 1915 (k) La Comunidad como Primera Opción.

Los programas y alianzas contenidas en esta sección están dirigidos a lograr un sistema de apoyo que sea:

- Enfocado en la persona: el sistema permite a las personas mayores, personas con

discapacidad o con una condición crónica la oportunidad de decidir dónde y con quién viven, así como tener control sobre los servicios que reciben.

- **Inclusividad:** el sistema alienta y apoya a personas para vivir donde quieran vivir con acceso a una gama completa de servicios de calidad y apoyos en la comunidad.
- **Efectivo y responsable:** el sistema ofrece servicios de alta calidad que mejoran la calidad de vida. La rendición de cuentas y la responsabilidad es compartida entre el sector público y privado, e incluye la responsabilidad personal y la planificación de necesidades de cuidado a largo plazo, incluyendo el mayor uso y conocimiento de las fuentes de financiamiento privado.
- **Sostenible y eficiente:** el sistema alcanza la economía y eficiencia coordinando y dirigiendo los servicios pagados para el beneficiario.
- **Coordinado y transparente:** el sistema coordina los servicios de distintas fuentes de financiamiento para proporcionar las ayudas de forma coordinada. Hace un uso efectivo de tecnología de la información de salud para proporcionar información transparente a los consumidores, los proveedores y los contribuyentes.
- **Culturalmente competente:** el sistema proporciona información accesible y servicios que tengan en cuenta las personas, su diversidad de cultura y necesidades lingüísticas.

Atención institucional a largo plazo

La palabra “institucional” tiene varias acepciones de uso común, pero un significado particular en los requisitos federales de Medicaid. En la cubierta de Medicaid, cuando se habla de servicios institucionales se refiere a beneficios específicos autorizados en la ley del Seguro Social.

Los beneficios institucionales comparten las siguientes características:

- Instalaciones residenciales que asumen el cuidado total de las personas que ingresan.

- Atención integral que incluye alojamiento y comida. Otros servicios de Medicaid están específicamente prohibidos incluyendo alojamiento y comida.
- El servicio integral es facturado y reembolsado como un único pago inclusivo.
- Las instituciones debe ser autorizadas y certificadas por el estado, según las normas federales.
- Las instituciones están sujetas a evaluaciones en intervalos regulares para mantener su certificación y licencia para operar.
- El concepto de elegibilidad para Medicaid puede ser imaginado diferente para los residentes de una institución. Por lo tanto, el acceso a servicios de Medicaid para algunos individuos puede estar atado al nivel institucional de atención que requiera su necesidad particular.

El Affordable Care Act de 2010 fortaleció y amplió el programa “El Dinero sigue a la Gente” (Money Follows the People - MFP), permitiendo a más estados aplicar para promover aún más el que la gente viva en su comunidad con independencia y dignidad no importa su edad.

Las metas del programa son:

- aumentar la utilización de servicios de hogar y comunidad (HCBS) y reducir el uso de servicios institucionalizados;
- eliminar los obstáculos en la ley estatal, los planes de Medicaid del estado y los presupuestos del estado que restringen el uso de los fondos de Medicaid para la gente recibir atención a largo plazo de su propia elección;
- reforzar la capacidad de los programas de Medicaid para proveer HCBS a personas que optan por la transición de las instituciones;

Con la Reforma Federal de Salud de 2012 a 2016 se extendió el programa MFP y se le invierten \$2.25 billones adicionales (\$450 millones para cada año fiscal en el período de 2012 a 2016). Puerto Rico se encuentra en una encrucijada de política pública y económica en cuanto a la creación de una industria

de cuidado a largo plazo. La implantación de la Reforma de Salud Federal en Puerto Rico nos brinda la oportunidad de ampliar la oferta de servicios de salud en el área de cuidado prolongado, a tono con el acelerado envejecimiento de nuestra población. El aumento de fondos de Medicaid de \$5,700 millones del 2014 a 2019 eleva el FMAP de 18.0 por ciento a 55 por ciento que presenta una oportunidad extraordinaria de comenzar a aportar a una industria de cuidado prolongado. Los estudios indican que los estados que invierten en programas de HCBS gastan menos en servicios de salud (hospitalizaciones, readmisiones y visitas a las salas de emergencia) que los demás estados que no invierten en estos programas.

Más allá de los gastos de salud, una industria de cuidado prolongado tendrá otros efectos socioeconómicos tales como:

1. la calidad de vida de la población adulta mayor vulnerable;
2. la productividad de los hijos trabajando que se ausentan por el cuidado de sus padres;
3. la creación de miles de empleos diestros en el área de servicios;
4. la inmigración de personas de otras latitudes que se muden a Puerto Rico en su retiro trayendo así su capital a la isla como han hecho Florida, Arizona y Costa Rica;
5. inversión de capital exterior en Puerto Rico.

Teorías del envejecimiento

Melisa Borgos Colón/
melisa.borgos-colon@wmich.edu

Actualmente, existe una serie de acercamientos teóricos que intentan explicar el fenómeno de la vejez desde perspectivas macro y microestructurales (Sánchez, 1999). Estos acercamientos se dan desde los compuestos sociales, económicos y biológicos.

Dentro de la teoría social de la vejez este artículo evalúa los siguientes modelos o acercamientos teóricos: la teoría de la estratificación por edad, la teoría de la modernización, la teoría de la continuidad: la teoría de la actividad, entre otros. La

teoría de la estratificación por edad señala que las sociedades están estratificadas por edad y clases sociales. Respecto al estrato de la edad, esta teoría examina el movimiento de los cohortes de nacimiento o generaciones a través del tiempo. Un cohorte de nacimiento es un grupo de personas que nacieron en el mismo tiempo en la historia y que envejecieron juntos. Cada cohorte de nacimiento es único porque tiene sus propias características y cada uno experimenta eventos históricos particulares los cuales afectan las actitudes y el comportamiento de sus miembros. La estratificación por edad determina las funciones sociales y quién las desempeña. Esta teoría fue expuesta por Matilde Riley (1971, 1987) y Anne Foner (1975).

Por otra parte, la teoría de la modernización fue propuesta por Donald Cowgill y Lowell Colmes en 1972. La misma plantea que la posición de prestigio social de las personas ancianas experimenta una transformación según se moderniza una sociedad. Esto ocurre principalmente por que en épocas pasadas las personas viejas vivían en una edad dorada, compartían unidades de viviendas multigeneracionales, poseían mucho poder, controlaban muchos de los recursos de la sociedad y eran la fuente de información y tradiciones sociales. Sin embargo, mientras la sociedad se moderniza o industrializa, el posicionamiento de la persona de mayor edad disminuye. En otras palabras, la teoría de la modernización supone que la posición de prestigio de la persona de mayor edad se relaciona inversamente con el nivel de industrialización de la sociedad. Es por esto que, la pérdida de la posición social de adultos mayores es una característica estructural de las sociedades modernas. A este respecto Donald Cowgill ha identificado cuatro elementos de la modernidad que llevan a la persona anciana a una posición social baja. Estos elementos son: 1) la tecnología de la salud favorece más a la juventud ya que permite que más infantes sobrevivan a edades adultas aunque esto implique mayor longevidad; 2) una tecnología económica que estimula una mayor especialización y aumento en el desarrollo de destrezas complejas para ciertos trabajos, ocasionando la eliminación de la población de adultos mayores de posiciones de trabajo y de su función tradicional de guía vocacional para los jóvenes; 3) el urbanismo que separa el trabajo del hogar y a la persona de edad avanzada de los miembros más jóvenes de la familia; 4) la educación formal masiva dirigida principalmente a los jóvenes, dejando a las personas de adultos mayores analfabetas y en desventaja educacional.

La teoría de la continuidad propuesta por Bernice Neugarten en 1968 y 1981 destacó que, los individuos en etapas previas de su vida van desarrollando actitudes, comportamientos, hábitos, metas y valores que retienen en mayor grado en la vejez. Por lo tanto, la longevidad es una extensión de la vida previa y no un cambio drástico como lo han propuesto otros autores. Se parte de que las mismas necesidades psicológicas y sociológicas son iguales que en la edad mediana. Además, las personas determinan sus propias reglas para una ancianidad exitosa, en vez de tratar de acomodarse a una norma común. Por lo tanto, los individuos que se están adaptando a la vejez normal están predispuestos y motivados hacia una continuidad psicológica interna, así como hacia una continuidad externa del comportamiento y circunstancias sociales como resultado de sus propias percepciones y de las presiones ambientales.

Por último, la teoría de la actividad propuesta por Robert Havighurst en 1963 propone que la imagen de la persona se vincula a las funciones sociales que la persona desempeña. Dado que en la vejez se experimenta una serie de pérdidas tales como el empleo y la viudez, la persona con el fin de mantener un sentido positivo del yo sustituye las funciones perdidas por otras. Esta teoría propone por lo tanto que el bienestar se alcanzará por el nivel de actividad que tenga la persona. En otras palabras las personas que se mantiene activas estarán más satisfechas con sus vidas y mejor adaptadas a su ambiente social.

Por otra parte, dentro de la ciencia de la economía también se han formulado una serie de teorías que han intentado explicar el proceso del envejecimiento. Entre las más conocidas se encuentra la teoría del intercambio, la teoría marxista y la teoría del ciclo de vida económico.

La teoría marxista, en general, argumenta que la distribución social del poder y los recursos en una sociedad capitalista están enmarcados en una sociedad dentro de las relaciones sociales de producción. De acuerdo, con esta teoría una sociedad con una economía capitalista organiza las relaciones humanas mediante un sistema de clases sociales y pone a disposición de algunos un número considerable de oportunidades, mientras excluye a la mayoría. Una de las tesis de la teoría marxista es que las personas están conectadas con su actividad productiva, sus productos, sus compañeros de trabajo y, en última instancia, consigo mismas, con su propia naturaleza en tanto que son seres humanos. Tomando como base estos planteamientos

dentro de la teoría marxista se desarrolló la teoría económica de la vejez. Esta teoría establece que la clase social es una barrera estructural para el acceso a los recursos de valor y que los grupos dominantes, dentro de la sociedad, tratan de que prevalezcan sus propios intereses perpetuando las desigualdades de clase. La misma le concede importancia a las implicaciones amplias del ámbito económico en la vida de las personas ancianas y para el tratamiento que les brinda la sociedad. Su forma de pensar es sistémica y fundamentada en el principio de que la vejez puede ser entendida solamente por el estudio de los problemas y asuntos del orden social mayor. Argumenta que las condiciones sociales, políticas y económicas afectan como se definen y se abordan los problemas sociales. Esta teoría profesa que el proceso del envejecimiento en si no es prejudicial a la persona; el problema estriba en las condiciones sociales a las que se tiene que enfrentar las personas ancianas sin ingresos, y carentes de cuidados de salud o de vivienda. También, sugiere que las políticas económicas nacionales son un elemento clave para la configuración de las condiciones de vida de los ancianos. Estas políticas a su vez, reflejan el dominio de ciertos valores y concepciones normativas de los problemas sociales y de cómo los beneficios y privilegios se distribuyen. Por lo que, la misma recomienda promover la integración y socialización de los ancianos para que se adapten a su posición en la sociedad, en vez de generar esfuerzos que alteren las condiciones sociales, económicas y políticas que perpetúen las desigualdades de clases.

Por último, la teoría biológica ha intentado explicar el proceso del envejecimiento a partir de distintos factores presentes en el ser humano. Algunas de las teorías hasta este momento formuladas son la teoría genética, teoría del error celular, teoría de la disfunción tóxica celular, teoría de los radicales libres, teoría de los enlaces cruzados, teoría inmunológica, teoría endocrina y teoría de las mutaciones somáticas. De estas se destacan la teoría genética, la teoría del error celular, la teoría de la disfunción tóxica celular y la teoría de los radicales libres.

La teoría genética sostiene que las células están programadas para morir. En otras palabras los límites de la vida son inherentes a las células de las que estamos compuestos o al colágeno, la materia proteínica que las mantiene cohesionadas. Por su parte, la teoría del error celular plantea que con el paso del tiempo se producen ciertos cambios en el material genético (ADN) de modo que la célula deja de funcionar. De otro modo, la teoría de la disfunción tóxica celular argumenta que hay una acumulación

paulatina de materias extrañas en la célula. Buena parte de esta materia es venenosa. Pero al principio estas cantidades son insuficientes para trastornar la función celular; sin embargo, con el tiempo se acumula hasta que la célula muere. Una de las consecuencias es una disminución en la capacidad de combatir las infecciones y las enfermedades. Mientras, que la teoría de los radicales libres argumenta que a veces se desprenden partes de las células durante el metabolismo normal. Muchos de estos radicales libres son compuestos químicos muy inestables que reaccionan con diversas enzimas y proteínas del cuerpo y trastornan la capacidad de la célula de funcionamiento normal.

Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

Marta Rosa Bauzá/
rosa_m@jp.pr.gov

La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) contrata y negocia las cubiertas de beneficios de salud física, mental, oral y farmacia para la población médico indigente y otros grupos; según permitido por ley, con organizaciones que están bajo las leyes correspondientes o procedimientos establecidos, conocidas como Aseguradoras (MCO's), Organizaciones de Salud Mental (MBHO's) y Administradores de Farmacia (PBM). Ofrece el plan de salud del Gobierno de Puerto Rico a la población que así cualifica, siguiendo un modelo de cuidado dirigido.

En diciembre de 2012, el número total de asegurados a nivel Isla y que representó la población de 60 años o más sumaba 120,682. De los cuales, 59.1 por ciento (71,304) fueron hombres y 40.9 por ciento (49,378) eran mujeres. La cantidad de asegurados por áreas se presentan en la Tabla 1.

En el período de 2000 a 2012, hubo un promedio de 223,924 personas de 60 años o más que estaban aseguradas por ASES. Según la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, la cifra más alta de personas aseguradas de 60 años o más fue 297,415 en el año 2000. En el mismo período, el menor registro ocurrió en el año 2012 con 120,682 personas aseguradas.

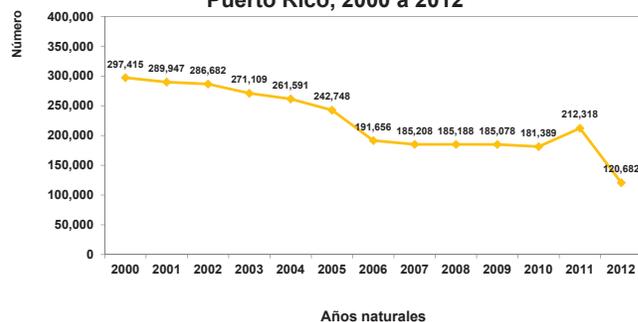
Tabla 1: Total de personas aseguradas de 60 años o más
Puerto Rico, 2012

Áreas	Mujeres	Hombres	Total
Noreste	7,036	4,505	11,541
Sureste	7,524	5,653	13,177
Norte	10,805	7,958	18,763
Central	7,205	5,039	12,244
Noroeste	10,366	7,224	17,590
Este	12,277	8,637	20,914
Suroeste	10,096	6,896	16,992
Metro-Norte	0	0	0
Oeste	5,997	3,467	9,464
Total	71,304	49,378	120,682

Fuente: Administración de Seguros de Salud.

Durante los años 2000 a 2005 hubo un mayor registro de asegurados para la población de 60 años o más, el promedio fue 274,915 personas aseguradas. Luego entre los años 2006 a 2012, el número de asegurados fue menor con un promedio de 180,261 personas aseguradas (Gráfica 1).

Gráfica 1: Asegurados en el plan de salud del gobierno en la población de 60 años o más
Puerto Rico, 2000 a 2012



Fuente: Administración de Seguros de Salud.

Principales causas de muertes en la población de 60 años o más

Betty González Rivera/
gonzalez_b@jp.pr.gov

La salud se define como el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas las funciones. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el concepto incluye los aspectos físicos, mentales, sociales, emocionales, y espirituales del hombre en una integración completa e inseparable. Disfrutar del estado de salud capacita al individuo para establecer y mantener relaciones apropiadas con sus semejantes. Además, de participar en cambios constructivos que ocurren en su medio ambiente social y físico. Esto permite un desarrollo adecuado y balanceado en los procesos que rodean el crecimiento emocional, mental, espiritual, físico, social y económico.

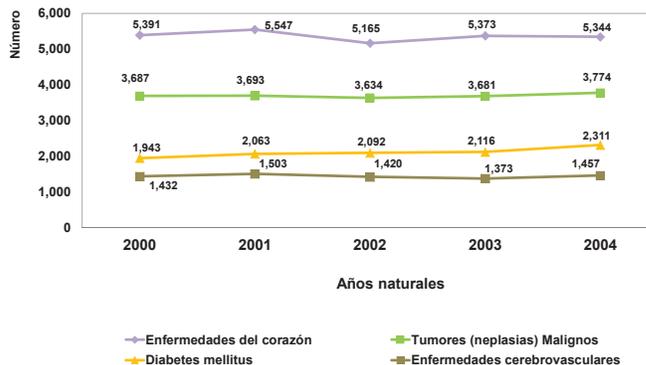
La salud pública requiere un esfuerzo mayor por parte del ciudadano y el gobierno. Se trata de la prevención de condiciones enfermizas, de manera que se pueda prolongar la expectativa de vida. Esto requiere esfuerzos sociales y gubernamentales para poder controlar aquellos factores ambientales que afectan la salud de las personas, el desarrollo de medidas de prevención ante las enfermedades infecto-contagiosas y crónicas, un sistema administrativo médico/hospitalario eficiente que sea capaz de prevenir, diagnosticar y/o tratar a tiempo las enfermedades, y la implementación de un mecanismo colectivo que garantice el disfrute de un estado óptimo de salud.

Durante los años 2000 a 2004, las primeras cuatro (4) causas de muerte en Puerto Rico para la población de 60 años o más fueron las enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus y enfermedades cerebrovasculares (Gráfica 1). Las primeras 10 causas de muerte representaron el 58.9 por ciento de las muertes en el 2011 (Gráfica 2). Durante el período de 2005 a 2011 se incluye en cuarto lugar el Alzheimer (Gráfica 3).

Se observa que en el período de 2000 a 2011, las dos causas de mayor porcentaje dentro de las primeras diez causas de muerte en Puerto Rico para la población de 60 años o más fueron enfermedades

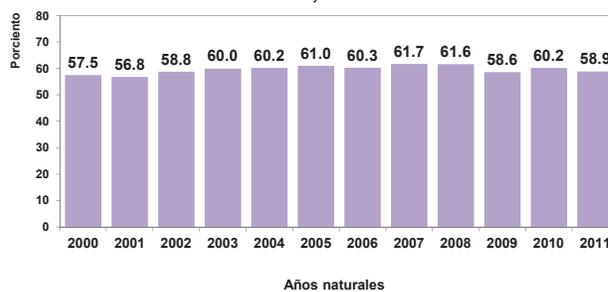
del corazón y tumores malignos, respecto al total de las causas. En este período, las muertes causadas por enfermedades del corazón fluctuaban entre 25.7 por ciento a 33.2 por ciento; y los tumores malignos oscilaban entre 20.9 por ciento a 24.0 por ciento (Gráfica 4).

Gráfica 1: Principales causas de muerte en la población de 60 años o más Puerto Rico, 2000 a 2004



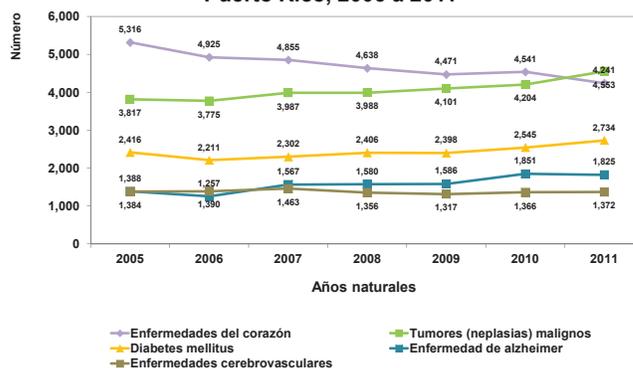
Fuente: Departamento de Salud.

Gráfica 2: Porcentaje de las principales causas de muertes en la población de 60 años o más Puerto Rico, 2000 a 2011



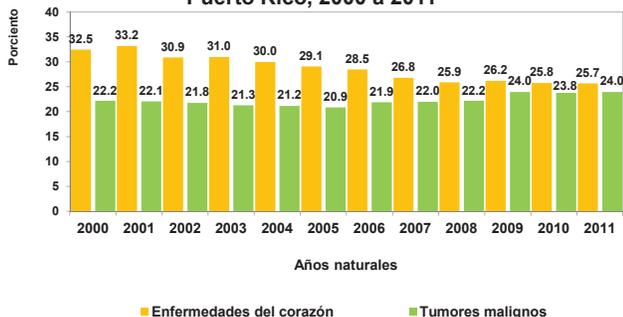
Fuente: Departamento de Salud.

Gráfica 3: Principales causas de muerte en la población de 60 años o más Puerto Rico, 2005 a 2011



Fuente: Departamento de Salud.

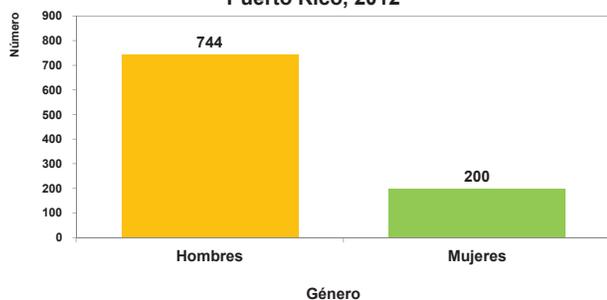
Gráfica 4: Porcentaje de las dos mayores causas de muertes en la población de 60 años o más en Puerto Rico, 2000 a 2011



Fuente: Departamento de Salud.

Por otro lado, en el 2012 se muestra que los casos de SIDA diagnosticados en la población de 65 años o más por género es mayor en los hombres que en las mujeres (Gráfica 5).

Gráfica 5: Casos de SIDA diagnosticados en la población de 65 años o más por género en Puerto Rico, 2012



Fuente: Departamento de Salud.

Según René Dubos la “salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado”. En cambio, Herbert L. Dunn describió la salud de la siguiente manera:

- Alto nivel de bienestar:
 - Un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz.
 - Requiere que el individuo mantenga un continuo balance y de dirección con propósito dentro del ambiente en que está funcionando.

- Tres dimensiones: orgánica o física, psicológica y social: El ser humano ocupa una máxima posición en las tres dimensiones para gozar de buena salud o tener alto grado de bienestar, lo cual dependerá en gran medida del ambiente que lo rodea.
- Buena salud: estado pasivo de adaptabilidad al ambiente de uno.
- Bienestar: un crecimiento dinámico hacia el logro del potencial de uno.

Igualmente, Milton Terris enfatizó en esta tercera dimensión social en la definición de salud. Este define salud como sigue: “salud es un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad”. Otro ingrediente importante para el concepto de salud según Terris es que la salud no implica estar libre de enfermedades o incapacidades. Esto significa que va más allá de lo físico. Dicha definición es opuesta al modelo médico del concepto de salud, el cual describe la salud como la ausencia de enfermedad (teoría de un solo agente). Finalmente, Alessandro Seppilli define salud como “una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social”.

Se debe garantizar el acceso a servicios esenciales de salud a toda la población, financieramente sostenible; centrado en la persona y la familia; efectivo, seguro, eficiente y sensible; enfocado en la promoción de la salud físico y mental, la prevención de enfermedades y longevidad de los individuos, atento a las necesidades de los grupos vulnerables, y que propicia los espacios para la formación de los recursos humanos para la salud y la investigación.

Edad avanzada e impedimento

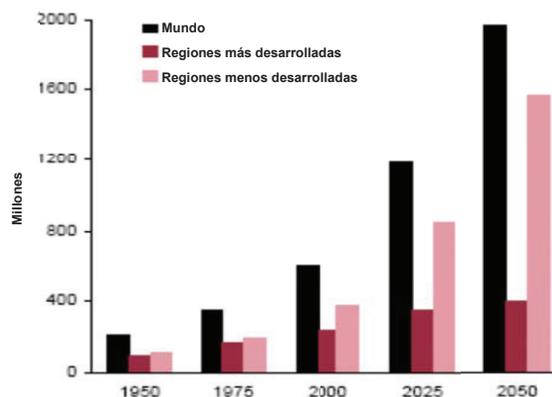
Mauricio A. Lizama
mauricio@pratap.upr.edu

Un informe de las Naciones Unidas estimó que en el año 2009, la población mundial de personas mayores de 60 años ascendía a 737 millones y proyectó que para el año 2050 este número aumentaría a 2 billones. Para ese entonces, la población de adultos mayores sobrepasará la población de

niños (0-14 años) por primera vez en la historia del mundo¹ (Gráfica 1). Así mismo, el Informe "World Population Aging": 1950-2050² presentó una perspectiva longitudinal que valida esta tendencia y plantea varios puntos preocupantes a destacar:

- Entre 1950 y 1955, el crecimiento poblacional anual de personas mayores de 60 años en el mundo era similar al aumento del total de la población (ambos cercanos al 1.8 por ciento). Actualmente, el crecimiento de la población de personas de edad avanzada (1.9 por ciento) sobrepasa el de la población total (1.2 por ciento).
- Para el 2025 a 2030, la población mayor de 60 años estará creciendo 3.5 veces más rápido que el total de la población (2.8 por ciento comparado con 0.8 por ciento).
- Nos enfrentamos a un envejecimiento poblacional sin precedentes en la historia de la humanidad y se proyecta que los cambios en este siglo serán aún más rápidos que en el siglo pasado.
- El envejecimiento poblacional es generalizado: un fenómeno global que afecta a cada hombre, mujer y niño en el planeta.
- El envejecimiento poblacional es permanente: ya no volveremos a las poblaciones jóvenes que conocieron nuestros antepasados.
- El envejecimiento poblacional tiene profundas repercusiones en muchas facetas de la vida humana.

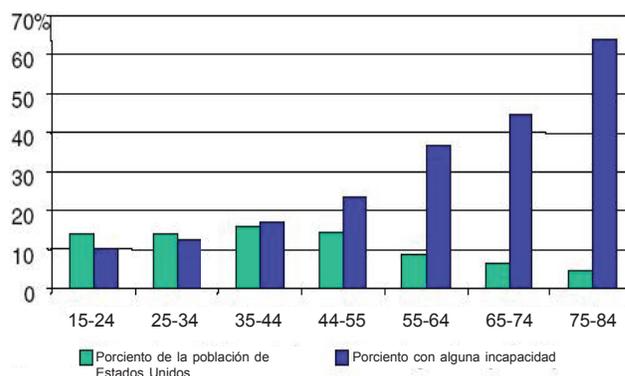
Gráfica 1: Población de 60 años o más
En el mundo y regiones desarrolladas, 1950 - 2050



Fuente: Naciones Unidas.

Los históricos cambios poblacionales que están actualmente en proceso no solo impactan aspectos como la composición del mercado laboral y las tasas de natalidad, sino que afectan también las propias características, necesidades y capacidades funcionales de la población por venir. La fuerte correlación que existe entre envejecimiento e impedimento ha sido ampliamente documentada y presentada a través de diversos medios a la comunidad científica, agencias de gobierno y público en general. En mayo de 2006, el United States Census Bureau (USCB) emitió un comunicado de prensa en el que señalaba que "las probabilidades de tener un impedimento aumentan con la edad: 72 por ciento de las personas mayores de 80 años tienen impedimento"³ (Gráfica 2).

Gráfica 2: Aumento de la incapacidad con la edad en los Estados Unidos



Fuente: Negociado del Censo Federal.

El USCB estimó que para el 2030 más del 50.0 por ciento de las personas mayores de 65 años tendrían alguna forma de impedimento que limite su actividad.⁴ No obstante, los resultados del 2011 American Community Survey (ACS) de la Universidad de Cornell indicaron que en ese año Puerto Rico había superado esta marca para ocupar el primer lugar entre todos los estados y territorios de Estados Unidos con un asombroso 51.5 por ciento en prevalencia de impedimento entre personas mayores de 65 años.⁵ Más aún, el ACS reflejó que al considerar la población mayor de 75 años en Puerto Rico, la prevalencia de personas con algún tipo de impedimento significativo aumenta a un 67.6 por ciento. Esto significa que en la actualidad más de 285 mil puertorriqueños no-institucionalizados mayores de

1 United Nations, (2009) Population Ageing 2009 Chart, Retrieved Oct 17, 2013 from <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/>

2 United Nations. (2002) World Population Aging: 1950-2050. Department of Economic and Social Affairs Population Division. Recuperado el 26 de agosto de 2008 en, <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>

3 US Census Bureau News. (2006, May 12). More Than 50 Million Americans Report Some Level of Disability. Recuperado el 26 de agosto de 2008 en, http://www.census.gov/PressRelease/www/releases/archives/aging_population/006809.html

4 US Census Bureau. (2000) United States Census 2000. Recuperado el 26 de agosto 2008 en, <http://www.census.gov/main/www/cen2000.html>

5 Erickson, W., Lee, C., von Schrader, S. (2013). Disability Statistics from the 2011 American Community Survey (ACS). Ithaca, NY: Cornell University Employment and Disability Institute (EDI). Retrieved Oct 13, 2013 from www.disabilitystatistics.org

65 años confrontan dificultades severas en las tareas de escuchar, ver (aún con espejuelos), concentrarse, recordar, tomar decisiones, caminar, subir escaleras, vestirse, bañarse o realizar gestiones en forma independiente, tales como: acudir a citas médicas o ir de compras.

En cuanto a la prevalencia de tipos de impedimento por grupos de edad se observa que los impedimentos físicos (incluyendo artritis, bursitis, problemas de espalda y columna, entre otros.) ocupan el primer lugar afectando a más del 80.0 por ciento de las personas mayores de 70 años. El segundo lugar lo ocupan los impedimentos visuales que afectan al 34.0 por ciento de la población de 70 a 84 años. No obstante, esta prevalencia casi se duplica (63 por ciento) luego de los 85 años. La tercera gran categoría corresponde a los impedimentos auditivos que afectan al 31.0 por ciento de la población de 70 a 84 años y al 48.0 por ciento de las personas mayores de 85 años. Cabe resaltar, que en muchos casos las personas de edad avanzada tienen dos o más impedimentos que interactúan y amplifican considerablemente las dificultades funcionales que confrontan en su vida diaria.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el impedimento se compone de tres factores:

1) pérdida de estructura o función corporal (ej. pérdida de una extremidad, pérdida de visión), 2) limitación en actividad (ej. dificultad para ver, caminar, resolver problemas) y 3) restricción de participación en actividades del diario (ej. preparar alimentos, guiar). Cualquiera de estos factores constituye un impedimento si resulta de la interacción entre una condición de salud y el ambiente del individuo.⁶ Por lo tanto, el impedimento no es una condición de salud per sé, sino una limitación funcional vista en el contexto de la comunidad y la sociedad en el que la persona vive. En este sentido, una limitación funcional emergente tiende a impactar inicialmente los dos ambientes más inmediatos del individuo: hogar y familia.

En la mayoría de los casos, al adquirir un impedimento significativo, la vivienda en la cual una persona ha residido por años se convierte

repentinamente en un espacio restrictivo, disfuncional o aún peligroso. Ante la decisión de permanecer en sus hogares o moverse a alguna institución de cuidado, las personas mayores de 65 años manifiestan una preferencia unánime de quedarse en su hogar el mayor tiempo posible, una tendencia actualmente conocida como “aging in place”.⁷ Esto no debería sorprender dado el sentido de pertenencia, logro e independencia que implica permanecer en su hogar propio. Como señala Fisk⁸, “a person’s own home is the most powerful symbol of independence” [el hogar de una persona es el símbolo más poderoso de independencia]. Esta tendencia al “aging in place”, unida a la creciente búsqueda de independencia de las personas con impedimento, ha creado la necesidad imperativa de reestructurar las redes de apoyo y de explorar modos que permitan adaptar el hogar propio para hacerlo más usable y seguro.

Más allá de la vivienda accesible, el rápido envejecimiento poblacional y su consecuente aumento en la prevalencia de impedimentos significativos presentan nuevos e importantes retos de planificación en todas las áreas del desarrollo. Aspectos de sustentabilidad económica, salud, vida asistida, apoyo tecnológico, seguridad y transportación son solo algunas de las principales áreas de preocupación de cara al futuro.

6 (6) World Health Organization. *World report on disability*, 2011. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013. Available at http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index.html.

7 Mann, W.C., Marchant, T., Tomita, M., Fraas, L. & Staton, K. (2002). Elder acceptance of health monitoring devices in the home. *Care Management Journals*, 3(2), 91-98

8 Fisk, M.J. (1998). Telecare at home: Factors influencing technology choices and user acceptance. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 4, 80-83.

El Plan de Viena

Melisa Borgos Colón/
melisa.borgos-colon@wmich.edu

La Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento se llevó a cabo en Viena en 1982 y contó con la participación de numerosos países. El propósito de la misma fue servir de foro para iniciar un programa de acción internacional encaminado a garantizar la seguridad económica y social de las personas de mayor edad. En esta asamblea se designó el período de 1975 a 2025 como la era del envejecimiento.

La Organización de las Naciones Unidas calculó que en el 1950 había alrededor de 200 millones de personas de 60 años o más en todo el mundo. En el 1980, este número había aumentado a 378 millones y para el año 2010 este número aumentó a 759 millones. Según las proyecciones demográficas de la Organización de las Naciones Unidas para el año 2025 este grupo poblacional será de más de 1,100 millones y para el año 2050 será de 2,000 millones aproximadamente (Naciones Unidas, 2010). Claramente, estas tendencias demográficas han tenido y tendrán consecuencias económicas y sociales trascendentales. Por lo que la Organización de las Naciones Unidas señaló que los países deben velar por un equilibrio adecuado entre los factores sociales, económicos y ambientales y los cambios en el crecimiento, distribución y estructura de la población. Para esto es necesario que los países reconozcan y tengan en cuenta sus tendencias demográficas y los cambios de estructura de su población a fin de optimizar su desarrollo.

El mayor logro alcanzado en la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento fue la formulación del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, mejor conocido como el Plan de Viena de 1982. Para Viveros (2001), el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento constituyó la primera iniciativa de la comunidad mundial por enfrentar y dar respuesta a un fenómeno demográfico que tiene connotaciones económicas, políticas, sociales y culturales.

Este plan buscaba estudiar los aspectos humanitarios y los aspectos relativos al desarrollo económico del envejecimiento poblacional. Se definió que los problemas humanitarios son aquellos relacionados a las necesidades particulares de las personas de edad. Aunque ciertamente hay muchos problemas y necesidades que estas personas comparten con el resto de la población, algunos de ellos reflejan las características y necesidades concretas de las

personas de mayor edad (Cunningham, 1977). Principalmente, aquellos problemas relacionados con la salud y la alimentación, la vivienda y el medio ambiente, la familia, el bienestar social, la seguridad del ingreso y el empleo, y la educación. Mientras, que los problemas relativos al desarrollo económico se refieren a las consecuencias socioeconómicas del envejecimiento de la población. Específicamente, los efectos sobre la producción, el consumo, el ahorro, las inversiones y, a la vez, sobre las políticas y condiciones sociales y económicas en general especialmente, en momentos en que aumenta la tasa de dependencia de las personas de edad avanzada. Por otra parte, el Plan de Viena reconoció que la formulación y ejecución de políticas relativas al envejecimiento son un derecho soberano y una responsabilidad de cada Estado, que éste debe ejercer sobre la base de sus necesidades y objetivos nacionales concretos. A partir de este reconocimiento se establecieron catorce principios para la orientación de la política pública. De los cuales se han destacado los siguientes: la eliminación de la discriminación y la segregación por motivos de edad entre las generaciones; la preparación de toda la población para las etapas posteriores de la vida; la familia es la unidad fundamental de la sociedad que vincula las generaciones; las personas de edad deberán participar activamente en la formulación y aplicación de las políticas; los gobiernos, la organizaciones no gubernamentales, los voluntarios individualmente y las organizaciones de voluntarios, incluidas las asociaciones de personas de edad, pueden contribuir de manera importante a prestar apoyo y atención a las personas de edad avanzada; el proceso de desarrollo debe realzar la dignidad humana y crear igualdad entre los distintos grupos de edad para compartir los recursos, derechos y obligaciones de la sociedad; es necesario que se prosigan los estudios de todos los aspectos del envejecimiento.

Con el propósito de alcanzar los principios previamente establecidos se trazaron las siguientes metas: fortalecer la capacidad de los países para abordar de manera efectiva el envejecimiento de la población; atender las preocupaciones y necesidades especiales de las personas de más edad; fomentar una respuesta internacional adecuada a los problemas del envejecimiento mediante medidas para el establecimiento del nuevo orden económico internacional; aumentar las actividades internacionales de cooperación técnica en particular con los países en desarrollo.

De este modo, la Organización de las Naciones Unidas determinó que las áreas de mayor necesidad por parte de las personas de la tercera edad eran las relacionadas a la salud y la alimentación, la protección de los consumidores, la vivienda y el medio ambiente, la familia, el bienestar social, la seguridad del ingreso y el empleo, y la educación. Para esto se analizó detenidamente cada una de las áreas y se formularon recomendaciones a nivel internacional y nacional. Además, se destacó el fomentar políticas y programas con el propósito de investigar, recopilar y analizar datos con el fin de capacitar y educar sobre las consecuencias del envejecimiento poblacional.

Por último, el Plan de Viena de 1982 definió claramente el papel de los gobiernos en relación al envejecimiento poblacional. Para ello señaló la importancia de evaluar y examinar el proceso del envejecimiento desde un punto de vista individual y demográfico para determinar sus consecuencias en el desarrollo a la luz de su situación política, social, cultural, religiosa y económica. Para esto, recomendó el establecimiento de mecanismos interdisciplinarios y multisectoriales dentro de los gobiernos para asegurar la planificación de las necesidades de las personas de más edad y su integración en la sociedad. Esta cooperación debe ser entre personas que ocupen posiciones de responsabilidad en todos los sectores y los representantes de los jubilados y las personas de edad, a fin de garantizar la participación de éstos en la adopción de decisiones que los afecten directamente, para lo cual sería conveniente crear a nivel nacional los correspondientes organismos de planificación, programación y coordinación. Además, es indispensable que las actividades de evaluación y examen se lleven a cabo con cierta periodicidad. En conclusión, estas medidas redundarán en eficacia si su preparación, ejecución y seguimiento se coordinan bien en los distintos niveles geopolíticos.

A pesar de los esfuerzos antes mencionados, durante la década de 1980 no se ejecutaron otras iniciativas dirigidas a atender la situación del envejecimiento poblacional. Esto se debió a la profunda crisis económica mundial, lo que llevó a muchos países a ignorar las recomendaciones del Plan de Viena de 1982 (Viveros, 2001). Ante esta situación en 1991 la Organización de las Naciones Unidas adoptó la "Carta de Principios" en la que destacó los principios de independencia, participación, cuidados asistenciales, autorrealización y dignidad como marco de referencia para el pleno desarrollo de las personas adultas mayores. Mientras que en 1992 se designó el año 1999 como el Año Internacional de

las Personas Mayores, bajo el lema "Una sociedad para todas la edades".

Luego de veinte años de la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, la Organización de las Naciones Unidas convocó la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Esta segunda asamblea tuvo lugar en España en el año 2002 y participaron 106 países. En esta asamblea se aprobó la Declaración de Política sobre el Envejecimiento Poblacional y se incorporaron recomendaciones al Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento Poblacional. Además, enfatizó en una sociedad para todas las edades y en los principios aprobados por la Organización de las Naciones Unidas en 1991.

La Declaración de Política sobre el Envejecimiento Poblacional contenía 19 artículos referentes a diversos aspectos del envejecimiento poblacional, tanto a nivel internacional como nacional. La misma destacó el que los adultos mayores tengan la oportunidad de trabajar hasta que quieran y sean capaces de hacerlo, en el desempeño de trabajos satisfactorios y productivos, y de seguir teniendo acceso a la educación y a los programas de capacitación. También, reconoció la importancia de conseguir progresivamente la plena realización del derecho de todas las personas a disfrutar del máximo grado de salud física y mental que se pueda lograr. Por otro lado, subrayó la responsabilidad primordial de los gobiernos de promover y prestar servicios sociales básicos y de facilitar el acceso a ellos, teniendo presentes las necesidades específicas de las personas de edad. Además, señaló los beneficios de trabajar con las autoridades locales, la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales, el sector privado, los voluntarios y las organizaciones de voluntarios, las propias personas de edad y las asociaciones de personas de edad y las que se dedican a ellas, así como con las familias y las comunidades. También, reconoció el valor de realizar investigaciones sobre la población de adultos mayores y los asuntos relacionadas con la edad, como instrumento importante en la formulación de políticas relativas a los adultos mayores. Por último, recalcó la importancia de incorporar los adultos mayores en las estrategias, políticas y acciones socioeconómicas.

Las recomendaciones incorporadas al de Plan Acción Internacional sobre el Envejecimiento de 2002 estaban orientadas a atender los siguientes aspectos: los adultos mayores y el desarrollo, la promoción de la salud y el bienestar en la vejez y el logro de entornos emancipadores y propicios. Respecto a la situación

de los adultos mayores y el desarrollo se enfatizó en la participación de las personas de edad en los procesos de adopción de decisiones a todos los niveles y en brindar oportunidades de empleo a todas las personas de edad que deseen trabajar. También, acentuó el brindar igualdad de oportunidades durante toda la vida en materia de educación, capacitación y readiestramiento, así como de orientación profesional y acceso a servicios de colocación laboral. En relación a la promoción de la salud y el bienestar en la vejez se promovió la reducción de los efectos acumulativos de los factores que aumentan el riesgo de sufrir enfermedades y, por consiguiente, la posible dependencia. Asimismo, se enfatizó en el desarrollo y fortalecimiento de los servicios de atención primaria de salud. Consecuentemente se instó a mejorar la información y la capacitación de los profesionales y para profesionales de la salud y servicios sociales sobre las necesidades de los adultos mayores. Igualmente, se invitó al mejoramiento del diseño ambiental y de la vivienda para promover la independencia de los adultos mayores teniendo en cuenta sus necesidades, particularmente las de quienes padecen alguna incapacidad. También se promovió la eliminación de todas las formas de abandono, abuso y violencia contra las personas de edad.

Uno de los pronunciamientos más importantes del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento fue la recomendación de considerar el Plan como modelo para el diseño de política pública y la formulación de planes y programas. Ante esta sugerencia varios países han elaborado sus propios planes, destacándose el Plan Gerontológico de España. Este plan fue aprobado en 1992 y buscaba atender los aspectos relacionados a: pensiones, salud y asistencia sanitaria, servicios sociales, cultura y ocio, y participación. Conscientes de los dramáticos cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en España, en el 2003 se determinó revisar el plan, ahora denominado el Plan de Acción para las Personas Mayores para los Años 2003 al 2007, y atemperarlo a las nuevas necesidades de las personas de mayor edad del país. La actualización del Plan conllevó analizar varios indicadores relacionados a los aspectos demográficos, económicos, de vivienda, formas de convivencia, nivel de instrucción y servicios sociales para las personas mayores. Este ejercicio concluyó que las áreas de atención correspondían a las siguientes: igualdad de oportunidades, cooperación, formación especializada e información e investigación. Para esto se determinó las estrategias, medidas, entidades colaboradoras y

tiempo de implantación. Este plan también recomendó el implantarse en los diferentes gobiernos autónomos con modificaciones pertinentes a su realidad local (Resquejo, 1998).

Índice de Dependencia Demográfica en la Población Envejecida

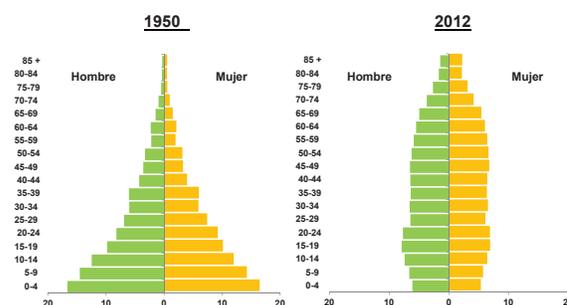
Jonathan Morales / jonmorales@salud.pr.gov

Elda I. Pares / pares_e@jp.pr.gov

Ante los cambios en la estructura de edad, los países del mundo están buscando la forma de enfrentar las consecuencias del envejecimiento de la población. Muchos de estos países se encuentran evaluando su capacidad de afrontar el cuidado de las personas mayores dependientes. El aumento en el número de adultos mayores requiere mayores cuidados y servicios especializados para esta población. Esta dependencia incluye multiplicidad de elementos, que no se limitan a aspectos económicos, sociales, salud, vivienda, y servicios especializados. No sólo por los cambios que han ocurrido en la estructura de edad de la población del país, sino por los cambios que han ocurrido en la estructura de las familias, se vislumbra que el gobierno se verá comprometido a asumir y suplir las necesidades de esta población de adultos mayores.

La Gráfica 1 presenta el cambio que ha ocurrido en la estructura de edad en Puerto Rico.

Gráfica 1: Pirámides de población Puerto Rico, 1950 y 2012



Fuente: Censo de Población y Vivienda 1950 y Estimaciones de Población 2012 preparadas por el Negociado del Censo Federal.

La pirámide de población de 1950 muestra una base ancha que luego se va reduciendo según van aumentando los grupos de edad, lo cual demuestra una población relativamente joven. La estructura de

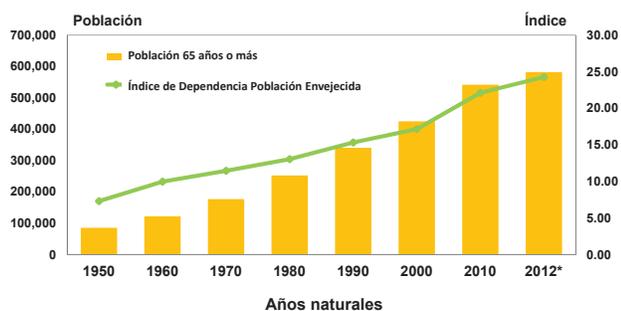
edad reflejada en la pirámide de población de 2012 muestra una base que ha disminuido su tamaño, respecto al 1950 y en los grupos superiores se ha ensanchado comparado con la pirámide de 1950, reflejando el envejecimiento de la población.

Un concepto de medición que permite conocer la relación que hay entre las personas de 65 años o más por cada 100 personas en edad potencialmente activa (o sea, entre 15 a 64 años), lo es el Índice de Dependencia Demográfica de la Población Envejecida. Este índice es una medida resumida de la estructura de edad de la población. El mismo sirve como indicador de la carga económica que tiene en promedio la población potencialmente activa (15 a 64 años), y puede reflejar las limitaciones de recursos humanos productivos que afronta una población. Sin embargo, este indicador no debe tomarse como un indicador de empleo o desempleo. La fórmula de este índice se expresaría de la siguiente manera (Ecuación 1)¹.

$$ID_{viejo}^t = \frac{P_{65+}^t}{P_{15-64}^t} \times 100 \quad (\text{Ecuación 1})$$

La Gráfica 2 muestra el aumento en la población de 65 años o más. En el 1950 esta población representaba 3.9 por ciento de la población total de Puerto Rico mientras, que para el 2012 esta población aumentó a 15.9 por ciento. Entre el año 1950 y 2012, la población mayor de 65 años aumentó en 496,458 personas. El aumento de la expectativa de vida y la proporción de adultos mayores es un indicador de que la relación de dependencia entre los adultos mayores, respecto a la población potencialmente activa en el mercado laboral continuará aumentando.

Gráfica 2: Índice de Dependencia de la Población Envejecida y población de 65 años o más Puerto Rico, 1950 a 2012



* Estimaciones de población intercensales preparadas por el Censo.

Fuente: Programa Graduado de Demografía, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico y cálculos de los autores.

En el año 1950, el Índice de Dependencia de la Población Envejecida era 7.32, representando que por cada 100 personas en edades de 15 a 64 años (jóvenes y adultos) había 7.32 personas mayores de 65 años. En el año 2012, por cada 100 personas de 15 a 64 años había 24.28 adultos mayores (Tabla 1).

Tabla 1: Índice de Dependencia de la Población Envejecida: Puerto Rico, 1950 a 2012

Años naturales	Población 15 a 64 años	Población 65 años o más	Índice de Dependencia Población Envejecida
1950	1,169,849	85,578	7.32
1960	1,224,199	122,207	9.98
1970	1,544,036	177,077	11.47
1980	1,934,677	252,569	13.05
1990	2,222,934	340,884	15.33
2000	2,477,105	425,137	17.16
2010	2,450,460	541,998	22.12
2012*	2,396,870	582,036	24.28

*Estimaciones de población intercensales preparadas por el Censo.

Fuente: Censos de Población y Vivienda de los años seleccionados. Estimaciones Intercensales de Población de edad y para el 2012, Negociado del Censo, Programa Graduado de Demografía, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico y cálculos de los autores.

La población de adultos mayores contra la población potencialmente activa ha ido creciendo a razón de 2 personas por década hasta el 2000. Entre el 2000 y 2010, el aumento fue de casi 5 personas. Se vislumbra que en las próximas décadas el incremento sea mayor.

La tendencia creciente que registra este índice en la Isla es similar al que presentan varios países del mundo con una estructura de edad envejecida. Algunas de las razones que pueden explicar el aumento en esta proporción son: la disminución en los nacimientos; la cual ha reducido la base de la estructura de edad; la entrada de los "baby boomer" a la edad de retiro; el aumento en la expectativa de vida de las personas; y el incremento en la emigración, especialmente la población joven y una reducción en la natalidad.

El aumento del Índice de Dependencia es un indicador de que la población potencialmente activa y la economía en general enfrenta una carga mayor al momento de proveer asistencia social, servicios de salud y otros servicios necesarios.

¹ Torres-Degró, A. (2010). Envejecimiento demográfico: Un acercamiento a los métodos cuantitativos. CIDE digital, 1(2),77-98. Extraído de: <http://soph.md.rcm.upr.edu/demo/index.php/cide-digital/publicaciones>.

Población de 60 años o más por municipio

José L. Vélez Quiñones
velez_jl@jp.pr.gov

Las personas mayores de 60 años o más por municipio durante el período de 2000 a 2010 forman parte del fenómeno demográfico conocido como “baby boomer”. El mismo ocurrió entre los años 1946 al 1964. El “baby boomer” fue resultado de un aumento explosivo en la fertilidad.

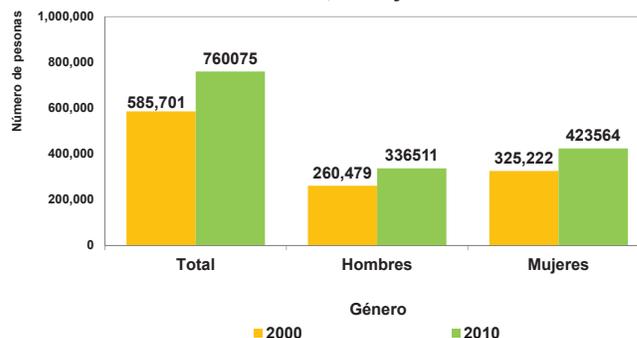
La población de 60 años o más aumentó de 585,701 en el año 2000 a 760,075 en el año 2010 (Gráfica 1). Esto representó un aumento de 174,374 ó 29.8 por ciento. De este total, 43.6 por ciento fueron varones y 56.4 por ciento mujeres. Todos los municipios mostraron aumentos en este grupo poblacional (Tabla 1).

Los municipios con mayores crecimientos absolutos en la población de 60 años o más fueron: Carolina (9,220); Bayamón (7,238); San Juan (6,957); Caguas (6,942); Ponce (5,928); Guaynabo (4,691); Toa Baja (4,587); Arecibo (4,215); Trujillo Alto (4,069); y Toa Alta (4,064) (Gráfica 2).

En términos porcentuales, los municipios con mayores incrementos en ese grupo poblacional, en relación con el año 2000 fueron: Toa Alta; 65.1 por ciento; Gurabo, 63.3 por ciento; Las Piedras, 57.3 por ciento; Canóvanas, 53.8 por ciento; Río Grande, 51.2 por ciento; Dorado, 50.8 por ciento; Barceloneta, 50.3 por ciento; Hatillo, 49.2 por ciento; Naranjito, 48.7 y Morovis, 47.4 por ciento (Gráfica 3). Los datos de la población de 60 años o más por género y municipio en los años 2000 y 2010 se observa en la Tabla 2.

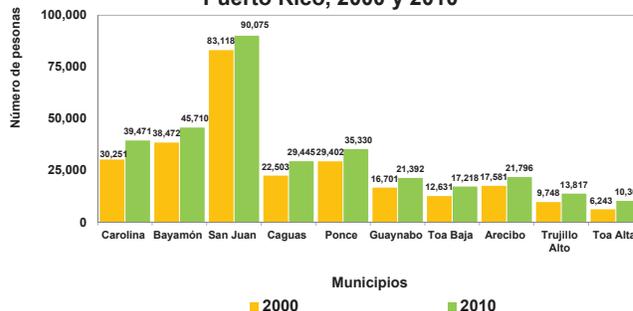
Tomando en consideración que el grupo poblacional de 19 años o menos sigue reduciéndose mientras, la población de 60 años o más continúa creciendo, Puerto Rico en el futuro se vislumbra con una población predominantemente de adultos mayores. Esto trae consigo una necesidad primaria de desarrollar y mejorar las políticas públicas dirigidas a atender temas como nutrición, cuidado, fuerza laboral, servicios de salud, aspectos financieros y otras cuestiones relacionadas con dicho grupo poblacional.

Gráfica 1: Población de 60 años o más
Puerto Rico, 2000 y 2010



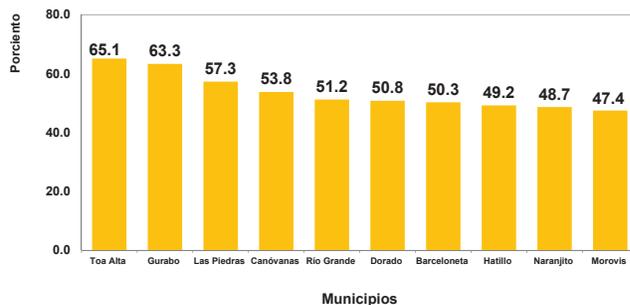
Fuente: Junta de Planificación.

Gráfica 2: Municipios con mayores incrementos en la
población de 60 años o más
Puerto Rico, 2000 y 2010



Fuente: Junta de Planificación.

Gráfica 3: Municipios con mayores incrementos porcentuales
en la población de 60 años o más
Puerto Rico, 2000 y 2010



Fuente: Junta de Planificación.

Tabla 1: Población de 60 años o más
Puerto Rico, 2000 y 2010

Municipio	2000		Cambio
	2000	2010	
Adjuntas	2,729	3,726	997
Aguada	5,221	7,621	2,400
Aguadilla	10,450	13,403	2,953
Aguas Buenas	4,070	5,406	1,336
Aibonito	3,880	5,146	1,266
Añasco	4,202	6,079	1,877
Arecibo	17,581	21,796	4,215
Arroyo	2,720	3,802	1,082
Barceloneta	3,295	4,951	1,656
Barranquitas	3,262	4,706	1,444
Bayamón	38,472	45,710	7,238
Cabo Rojo	8,949	12,284	3,335
Caguas	22,503	29,445	6,942
Camuy	4,981	7,001	2,020
Canóvanas	5,440	8,364	2,924
Carolina	30,251	39,471	9,220
Cataño	4,065	5,188	1,123
Cayey	7,378	9,899	2,521
Ceiba	2,286	3,169	883
Ciales	2,701	3,555	854
Cidra	5,171	7,496	2,325
Coamo	5,374	7,376	2,002
Comerio	2,628	3,721	1,093
Corozal	4,712	6,641	1,929
Culebra	329	381	52
Dorado	4,599	6,934	2,335
Fajardo	7,168	8,441	1,273
Florida	1,615	2,320	705
Guánica	3,420	4,500	1,080
Guayama	5,951	8,103	2,152
Guayanilla	3,413	4,376	963
Guaynabo	16,701	21,392	4,691
Gurabo	4,603	7,516	2,913
Hatillo	5,647	8,425	2,778
Hormigueros	3,394	4,800	1,406
Humacao	8,721	12,272	3,551
Isabela	7,189	9,525	2,336
Jayuya	2,072	2,758	686
Juana Díaz	6,309	8,901	2,592
Juncos	4,939	6,841	1,902
Lajas	4,634	6,271	1,637
Lares	5,267	6,392	1,125
Las Marías	1,517	1,979	462
Las Piedras	4,404	6,926	2,522
Loíza	3,277	4,697	1,420
Luquillo	3,025	4,271	1,246
Manatí	7,035	9,295	2,260
Maricao	848	1,176	328
Maunabo	1,946	2,669	723
Mayagüez	18,025	21,343	3,318
Moca	4,925	6,958	2,033
Morovis	3,421	5,044	1,623
Naguabo	3,692	5,059	1,367
Naranjito	3,704	5,506	1,802
Orocovis	3,012	3,942	930
Patillas	3,069	4,026	957
Peñuelas	3,076	3,955	879
Ponce	29,402	35,330	5,928
Quebradillas	3,564	5,223	1,659
Rincón	2,628	3,757	1,129
Río Grande	7,145	10,803	3,658
Sabana Grande	4,235	5,742	1,507
Salinas	4,378	5,917	1,539
San Germán	6,652	8,754	2,102
San Juan	83,118	90,075	6,957
San Lorenzo	5,756	7,594	1,838
San Sebastián	7,649	9,891	2,242
Santa Isabel	2,820	3,925	1,105
Toa Alta	6,243	10,307	4,064
Toa Baja	12,631	17,218	4,587
Trujillo Alto	9,748	13,817	4,069
Utuado	5,578	7,065	1,487
Vega Alta	5,165	7,410	2,245
Vega Baja	8,885	11,784	2,899
Vieques	1,769	2,204	435
Villalba	3,083	4,263	1,180
Yabucoa	5,122	7,233	2,111
Yauco	6,862	8,813	1,951
Puerto Rico	585,701	760,075	174,374

Fuente: Oficina del Censo Federal.

Tabla 2: Población de 60 años o más por género
Puerto Rico, 2000 y 2010

Municipio	2000		2010	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Adjuntas	1,276	1,453	1,756	1,970
Aguada	2,418	2,803	3,611	4,010
Aguadilla	4,801	5,649	6,142	7,261
Aguas Buenas	1,952	2,118	2,518	2,888
Aibonito	1,728	2,152	2,311	2,835
Añasco	2,006	2,196	2,789	3,290
Arecibo	7,888	9,693	9,602	12,194
Arroyo	1,230	1,490	1,707	2,095
Barceloneta	1,516	1,779	2,276	2,675
Barranquitas	1,501	1,761	2,169	2,537
Bayamón	16,456	22,016	19,196	26,514
Cabo Rojo	4,139	4,810	5,593	6,691
Caguas	9,740	12,763	12,424	17,021
Camuy	2,281	2,700	3,237	3,764
Canóvanas	2,604	2,836	3,891	4,473
Carolina	13,122	17,129	16,384	23,087
Cataño	1,775	2,290	2,235	2,953
Cayey	3,318	4,060	4,528	5,371
Ceiba	1,069	1,217	1,453	1,716
Ciales	1,316	1,385	1,729	1,826
Cidra	2,411	2,760	3,496	4,000
Coamo	2,435	2,939	3,403	3,973
Comerio	1,237	1,391	1,743	1,978
Corozal	2,224	2,488	3,082	3,559
Culebra	171	158	199	182
Dorado	2,113	2,486	3,162	3,772
Fajardo	3,204	3,964	3,707	4,734
Florida	783	832	1,084	1,236
Guánica	1,550	1,870	2,090	2,410
Guayama	2,655	3,296	3,665	4,438
Guayanilla	1,589	1,824	2,018	2,358
Guaynabo	7,195	9,506	9,063	12,329
Gurabo	2,219	2,384	3,488	4,028
Hatillo	2,657	2,990	3,877	4,548
Hormigueros	1,549	1,845	2,058	2,742
Humacao	3,871	4,850	5,462	6,810
Isabela	3,305	3,884	4,387	5,138
Jayuya	1,008	1,064	1,305	1,453
Juana Díaz	2,922	3,387	4,125	4,776
Juncos	2,249	2,690	3,110	3,731
Lajas	2,142	2,492	2,884	3,387
Lares	2,485	2,782	2,973	3,419
Las Marías	741	776	984	995
Las Piedras	2,121	2,283	3,293	3,633
Loíza	1,470	1,807	2,051	2,646
Luquillo	1,434	1,591	1,988	2,283
Manatí	3,222	3,813	4,125	5,170
Maricao	410	438	570	606
Maunabo	941	1,005	1,258	1,411
Mayagüez	7,709	10,316	9,025	12,318
Moca	2,398	2,527	3,362	3,596
Morovis	1,654	1,767	2,414	2,630
Naguabo	1,767	1,925	2,367	2,692
Naranjito	1,756	1,948	2,584	2,922
Orocovis	1,422	1,590	1,883	2,059
Patillas	1,467	1,602	1,895	2,131
Peñuelas	1,480	1,596	1,894	2,061
Ponce	12,689	16,713	15,316	20,014
Quebradillas	1,669	1,895	2,427	2,796
Rincón	1,216	1,412	1,712	2,045
Río Grande	3,377	3,768	4,937	5,866
Sabana Grande	1,939	2,296	2,567	3,175
Salinas	2,027	2,351	2,724	3,193
San Germán	3,000	3,652	3,958	4,796
San Juan	32,986	50,132	36,416	53,659
San Lorenzo	2,674	3,082	3,587	4,007
San Sebastián	3,638	4,011	4,677	5,214
Santa Isabel	1,258	1,562	1,812	2,113
Toa Alta	2,990	3,253	4,759	5,548
Toa Baja	5,749	6,882	7,622	9,596
Trujillo Alto	4,327	5,421	6,009	7,808
Utua	2,629	2,949	3,356	3,709
Vega Alta	2,327	2,838	3,344	4,066
Vega Baja	4,093	4,792	5,299	6,485
Vieques	828	941	1,005	1,199
Villalba	1,458	1,625	1,971	2,292
Yabucoa	2,403	2,719	3,415	3,818
Yauco	3,100	3,762	3,973	4,840
Puerto Rico	622,833	596,971	520,543	497,047

Fuente: Oficina del Censo Federal.

Políticas Públicas

José R. Acarón/
jacaron@aar.org

Indiscutiblemente, en Puerto Rico es urgente que se tomen pasos agigantados para adaptar la infraestructura y la sociedad a las tendencias y necesidades del adulto mayor del Siglo XXI. A continuación, se presentan varios ejemplos de modelos de política pública exitosos en distintas partes del mundo, Costa Rica en América, España en Europa y China en Asia. Tres de muchos países que han tomado medidas e iniciativas de política pública integrales para el desarrollo inclusivo de los adultos mayores en sus respectivos países, que a su vez tienen un impacto importante en su desarrollo socio económico.

Muchos de estos países han creado organismos de participación al más alto nivel, algunos a nivel de asesoramiento al presidente, para liderar los esfuerzos de política pública que acentúan la necesidad de atemperar a Puerto Rico a los tiempos actuales en lo que concierne a nuestros adultos mayores. Estos modelos son cónsonos con la Administración de Envejecimiento Federal y como han hecho otras jurisdicciones en Estados Unidos con Comisiones de Asesoras a los Gobernadores. Estas trabajan para atemperar la estructuras gubernamentales, la política pública y recursos del estado al envejecimiento de las poblaciones como prioridad. Tan es así, que existe en otras jurisdicciones estatales como: Arizona Governor's Advisory Council on Aging, Utah Commission on Aging, Iowa Commission on Aging, Nevada Commission on Aging, Georgia Council on Aging, y la Pennsylvania Council on Aging, entre muchos otros. Todas estas comisiones asesoras son a nivel del gobernador de sus respectivos estados y sirven en su capacidad de asesores al ejecutivo, al legislativo y a todas las agencias gubernamentales que sirven a esta creciente población en adición a la agencia estatal de envejecimiento.

Es imperativo tomar la visión global del envejecimiento con sus retos y oportunidades de desarrollo socioeconómico para Puerto Rico y no de forma fragmentada. Esta es la importancia de la Ley 199 del 2010, mejor conocida como La Ley del Reto Demográfico que lidera la Junta de Planificación de Puerto Rico. Puerto Rico necesita atemperar el paradigma del envejecimiento en su política pública, donde se integre al adulto mayor apoderado en los quehaceres comunitarios, sociales y económicos y se perciba este como un activo social participativo.

Participación social del adulto mayor en España

Bajo el contexto de la renovación de la agenda social española, España llevó a cabo el 9no. Congreso de Pobreza y Exclusión Social en el 2010 en unión con la Comisión de la Unión Europea. Como resultado, durante este año España se propuso establecer una política pública activa con el objetivo de alcanzar la inclusión de todos los sectores excluidos en la fuerza laboral para el 2020.

Para alcanzar esta meta a largo plazo, se creó un espacio "social-saludable" uniendo dos ministerios: el de Salud y el de Política Social. En el caso de Puerto Rico, este sería el Departamento de la Familia. Por otro lado, en Estados Unidos vale recalcar que ambos departamentos están unidos bajo el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), que dirige la Secretaría Sebelius. Lamentablemente, en el caso de Puerto Rico ambos están totalmente separados e incomunicados.

En España, bajo la premisa de unificación de ministerios se adoptó el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso), como la entidad gestora de la Seguridad Social a su vez dependiente del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. El Imserso fue designado por el Ministerio a finales del 2010, como el Órgano de Coordinación Nacional en España. Esta entidad es responsable del "Plan Nacional de España para Promover el Envejecimiento Activo", como parte del Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional.

Por otra parte, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define el "envejecimiento activo" como: "el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez". Esta definición no sólo contempla el envejecimiento desde la atención sanitaria, sino que incorpora todos los factores de las áreas sociales, económicas y culturales que afectan el envejecimiento.

El Plan Nacional de Envejecimiento Activo de España enfatiza y establece que: "el número de personas mayores crece al mismo ritmo que cambian sus características personales y sociales". Las personas mayores ya no responden a un perfil único ni homogéneo. La actual configuración demográfica demanda una respuesta urgente de las administraciones públicas y del conjunto de

los agentes sociales, así como de los distintos grupos y colectivos. Esta respuesta gira en torno a la necesidad cada vez más apremiante de dar respuestas y promover importantes actuaciones en los ámbitos de la convivencia, la integración y el bienestar social. Si no se pueden generar modelos que sean auténticamente integrales para el adulto mayor, que al menos sean capaces de construir un nuevo modelo de atención acorde con sus necesidades, su deseo de autonomía, independencia y participación activa.

Esta realidad ha llevado a enfocar las políticas destinadas a las personas mayores desde dos líneas prioritarias: la promoción del envejecimiento activo y la prevención de la dependencia. A tono con esto, en España se creó el Consejo Estatal de las Personas Mayores para promover la integración y participación activa en la toma de decisiones sobre políticas y actuaciones que les afectan. Este es un órgano colegiado interministerial, de carácter asesor y consultivo de la Administración General del Estado, adscrito al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

La finalidad del Consejo Estatal de las Personas Mayores es institucionalizar la colaboración y participación de las personas mayores en la definición, aplicación y seguimiento de las políticas de atención, inserción social y calidad de vida de las personas mayores en el gobierno español. También, asesora e informa sobre las consultas que son formuladas por los Departamentos Ministeriales e Instituciones, en materias que afectan las condiciones de vida de los adultos mayores en todas las áreas del gobierno.

Imsero cuenta con varios instrumentos de apoyo, para acercar las políticas sociales a la realidad de las personas mayores y de este modo maximizar con eficacia sus recursos:

- Programa de estudios e investigaciones, dirigido a recabar y analizar los datos sociológicos que permitan conocer las necesidades y demandas de las personas mayores. Esto con el objetivo de identificar las actuaciones y servicios encaminados a dar respuestas adecuadas a las necesidades.
- Plan de Formación Especializada en servicios sociales, dirigido a formar y actualizar a los profesionales que trabajan en los distintos ámbitos de los servicios sociales. Esto para atender las necesidades y demandas de las personas

mayores, así como de las personas en situación de dependencia.

- Observatorio de las Personas Mayores cuyo objetivo es recopilar, analizar y difundir información de utilidad para todos los actores implicados en el desarrollo de políticas, actuaciones e iniciativas encaminadas a atender las necesidades de las personas mayores en España.

Adaptación social y laboral en China

Recientemente, la República Popular China celebró su 60 Aniversario, pero no es lo único que ha envejecido en este país asiático. En el 2008, la población de 60 años o más aumentó 12.0 por ciento, lo cual posiciona a este país casi a la par con Estados Unidos. Cabe señalar, que Puerto Rico ya tiene sobre un 20.4 por ciento de personas mayores de 60 años, que representa un porcentaje mucho mayor en comparación con ambos países.

Entre la población jubilada en China, hay 6 millones de personas que son científicos y técnicos, quienes han trabajado en educación, finanzas, agricultura, medicina, ciencias y otras áreas. China decidió tomar ventaja del envejecimiento de su población para maximizar la experiencia y peritaje de estas personas mayores de 60 años, y reinsertarlos en la sociedad de forma productiva. Al presente, estas personas sostienen un rol importante en el futuro crecimiento de este país y su desarrollo.

En el 2010, China estableció una política pública que fue implantada a través de todas las instrumentalidades del gobierno, para facilitar la reinserción de los adultos mayores y continuar su contribución a la China moderna. Entre los canales creados por esta política pública de reinserción se encuentran:

- participación en los procesos de asesoramiento para programas nacionales y desarrollo de política pública;
- asesoramiento en el desarrollo de política pública dirigida al desarrollo industrial y agrícola;
- reportes técnicos y científicos;
- educación a adolescentes en áreas de ciencias;
- oferta de voluntarismo para asesoramiento médico;
- traducción de libros de lenguajes foráneos;

- preparación y edición de publicaciones de todo tipo, de carácter técnico y social;

Entre las medidas tomadas por China para promover el rol activo de sus jubilados se encuentran:

- permitir el reclutamiento de personas jubiladas a algunas de sus dependencias;
- promover el empresarismo y el negocio propio entre la población jubilada con destrezas técnicas;
- promover entre las organizaciones de jubilados el integrarse en trabajos y negocios en sus comunidades;
- a la misma vez, proveer protección y apoyo de los derechos y servicios a los profesionales y personal técnico jubilado.

Para alcanzar los objetivos mencionados, El Consejo Estatal Chino creó una organización de adultos mayores conocida como “National Steering Committee on Aging” de China. De vuelta al caso de Puerto Rico, según envejece la población igualmente envejece la fuerza laboral. Si a esto le añadimos el éxodo de jóvenes puertorriqueños en edades productivas, en la Isla es urgente adoptar unas estrategias creativas para mantener la población adulta mayor trabajando. Esto es necesario para reducir el nivel de dependencia en el País y mantener la productividad a niveles competitivos. La visión debe ser dirigida a crear un ambiente donde se aprecie la aportación de los adultos mayores, y estos tomen posiciones de liderato y asesoría para alcanzar nuestra agenda de País.

Por lo tanto, para mantener a Puerto Rico económicamente estable, es necesario un rol activo del adulto mayor en el desarrollo socioeconómico y comunitario. Para lograrlo, son cruciales áreas como el nuevo empresarismo, el trabajo de asesoría, el reclutamiento de personal diestro y experimentado en áreas de liderato, la transferencia de destrezas entre una fuerza laboral intergeneracional y el readiestramiento de los adultos mayores en tareas nuevas.

Integración del adulto mayor en Costa Rica

En el 2000, en Costa Rica se aprobó La Ley 7935, conocida como la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. Esta ley crea una serie de organismos

bajo una Junta Rectora conocida como el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM).

Este Consejo pretende lograr los siguientes objetivos:

- propiciar y apoyar la participación de la comunidad, la familia y la persona adulta mayor en las acciones para su propio desarrollo;
- impulsar la atención de las personas adultas mayores por parte de las entidades públicas y privadas, y velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios destinados a ellas;
- velar porque los fondos y sistemas de pensiones y jubilaciones mantengan su poder adquisitivo, para que cubran las necesidades básicas de sus beneficiarios;
- proteger y fomentar los derechos de las personas adultas mayores referidos en esta ley y en el ordenamiento jurídico en general;
- garantizar a las personas adultas mayores igualdad de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos;
- garantizar la participación activa de las personas adultas mayores en la formulación y aplicación de las políticas que las afecten;
- promover la permanencia de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario;
- propiciar formas de organización y participación de las personas adultas mayores, que le permitan al país aprovechar la experiencia y el conocimiento de esta población;
- impulsar la atención integral e interinstitucional de las personas adultas mayores por parte de las entidades públicas y privadas, y velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios, destinados a esta población;
- garantizar la protección y la seguridad social de las personas adultas mayores.

Esta Ley se escribió con la participación de los adultos mayores del país a través de reuniones en los diferentes cantones del Costa Rica. Desde el 2008, el CONAPAM promueve la formación de Consejos Consultivos que aglutinan a diferentes sectores sociales. Su meta es establecer el hilo conductor que una al deber estatal de garantizar el cumplimiento

de la ley, junto al derecho de los adultos mayores a conocer y participar en la vida pública de Costa Rica. Este es un organismo autónomo permanente de consulta donde convergen todos los representantes

de los Cantones. Además, se originó un gran foro ampliado nacional reconocido por la CONAPAM como el Comité de Seguimiento y Vigilancia Ciudadana, órgano para la rendición de cuentas del estado.

**EQUIPO DE TRABAJO
RESUMEN ECONÓMICO DE PUERTO RICO**


Luis García Pelatti, Plan.
Presidente

Programa de Planificación Económica y Social

P.O. Box 41119 San Juan, Puerto Rico 00940-1119 / Tel. (787) 722-2070 / hernandez_j@jp.pr.gov

Director	Dr. Julio César Hernández Correa
Cordinadora Colaboración	Maggie Pérez Guzmán Miriam N. García Velázquez
Junta Editora	Evelyn Ortiz Maldonado Maribel Santiago Torres Maggie Pérez Guzmán
Oficial de Prensa/ Comunicaciones	Ivelisse Prado Ortiz
Directores/ Subprogramas	José L. Vélez Quiñones Juan Cruz Urbina Nelson López Esquerdo Gerardo Sánchez Duvergé Roberto González Navarro

Miembros de comité de Reto Demográfico

Junta de Planificación	Dr. Julio César Hernández Correa
Junta de Planificación	Plan. Leena F. Khan Khanam
Programa de Gerontología Recinto de Ciencias Médicas UPR	Dr. Edgardo Ruiz Cora
Programa de Asistencia Tecnológica Recinto de Ciencias Médicas UPR	Dr. Mauricio A. Lizama
AARP	Sr. José Acarón
Autoridad de Carreteras	Plan. María del C. De Jesús
Colegio de Ingenieros y Agrimensores de PR	Agrim. Fredy I. Reyes Sorto
Colegio de Trabajadores Sociales de PR	Lcda. Emma Benítez
Comisión para la Seguridad en el Tránsito	Sra. Brenda López Aru
Departamento de la Familia	Sra. Maribel Roqué Rodríguez
Departamento de Recreación y Deportes	Sra. María Elena Pérez Rivera
Departamento de Salud	Plan. Nixa M. Rosado Santiago
Departamento de la Vivienda	Plan. Omayra Avilés Santiago
Policía de Puerto Rico	Sgto. Antonio Núñez Fox
Diseño Gráfico/Montaje	Nancy Más Marrero

