

Diagnóstico Nacional de la Situación de las Personas Mayores en Panamá

Edificar una Sociedad para todas las Edades



I N D I C E

Prólogo.....	3
Reconocimientos	4
Introducción	5
Capítulo 1: El Proceso de Envejecimiento Demográfico en el País.....	8
1. Panorama Demográfico Nacional.....	8
2. El proceso de envejecimiento poblacional en el país.....	9
3. Factores del envejecimiento demográfico.....	13
3.1. Fecundidad.....	13
3.2. Mortalidad.....	14
4. Algunas características sociodemográficas de la población adulta mayor..	16
4.1. Arreglos residenciales.....	16
4.2. Jefatura de hogar.....	18
4.3. Estado Conyugal.....	19
4.4. Educación.....	21
5. Envejecimiento en subpoblaciones.....	25
5.1. Población indígena.....	25
5.1. Población rural.....	30
Capítulo 2: Seguridad económica.....	34
1. Participación económica.....	35
2. Ingresos en la vejez.....	37
3. Seguridad social.....	39
3.1. Programa de invalidez, vejez y muerte.....	43
3.2. Programa de fondos complementarios.....	45
3.3. Programa de riesgos profesionales.....	46
4. Pobreza en la vejez.....	47
Capítulo 3: Salud y bienestar en la vejez.....	50
1. Esperanza de vida a los 60 años y más de edad.....	50
2. Mortalidad.....	52
2.1. Tumores malignos.....	53
2.2. Enfermedades cardio cerebro vasculares.....	55
2.3. Diabetes mellitus.....	56

3. Morbilidad.....	57
3.1. Principales causas de morbilidad.....	57
3. Salud mental.....	59
4. Discapacidad.....	62
Capítulo 4: Entornos propicios y favorables.....	65
1. Maltrato con las personas mayores.....	65
2. Instituciones de protección familiar.....	69
3. Participación en la vejez.....	73
4. Imagen del envejecimiento y la vejez.....	75
5. Vivienda segura y propicia.....	80
5.1. Tenencia de la vivienda.....	81
5.2. Materialidad de pisos y muros.....	82
5.3. Hacinamiento.....	83
Capítulo 5: Acciones dirigidas a las personas mayores en Panamá.....	87
1. Marco Jurídico Legal.....	87
1.1. Las personas mayores en la Constitución Política de la República de Panamá.....	87
1.2. Leyes y normas especiales en favor de las personas mayores...	89
2. Marco institucional y programático.....	92
2.1. El Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia..	92
2.2. La Caja del Seguro Social.....	97
2.2. El Ministerio de Salud.....	101
Capítulo 6: A modo de síntesis final.....	105
Bibliografía.....	111
Anexos.....	114

PROLOGO

El Gobierno de la Excelentísima Señora Mireya Moscoso, Presidenta de la República de Panamá, asumiendo con plena responsabilidad los compromisos internacionales en materia de protección a las personas mayores, ha dedicado los mayores esfuerzos para poner en práctica los mandatos contemplados en el Plan de Acción Internacional de Madrid 2002 sobre el Envejecimiento.

En ese marco, se construye una agenda social de trabajo encaminada a edificar una sociedad para todas las edades.

No obstante, para alcanzar este gran reto es pertinente que las generaciones actuales y las próximas accedan a la vejez con dignidad y con calidad de vida.

Con esta premisa es que el Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia, ente rector en materia de Adultos (as) Mayores, asume la tarea de realizar un diagnóstico social y el diseño de Políticas Públicas que brinden las herramientas pertinentes para que en un futuro inmediato se diseñen las acciones, programas y proyectos para esta población pero con un enfoque científico y consensuado.

Los resultados que hoy tenemos la dicha de exponer a la ciudadanía nos llevan a la reflexión, y a la convicción que para traducirlos en programas concretos de beneficio social, se requiere del esfuerzo mancomunado de los poderes públicos, de la iniciativa social y de la sociedad en general.

A las personas mayores las instamos a sumarse en las acciones de protección y atención y prevención que se realicen en su beneficio, ya que constituyen los protagonistas de este proceso de profundo cambio social.

Al Fondo de Población y a la CEPAL, nuestro profundo agradecimiento por el acompañamiento técnico y logístico brindado para que este esfuerzo se hiciera realidad.

A la Secretaria Técnica del Gabinete Social; a la Dirección Nacional de Adultos (as) Mayores; al Consejo Nacional de Adultos (as) Mayores; y a la Asesora Técnica de nuestro Ministerio, un profundo agradecimiento por la dedicación y aportes realizados a este importante documento, el cual sirve de marco de referencia para importantes acciones a corto, mediano y largo plazo.

ROSABEL VERGARA B.
Ministra

RECONOCIMIENTOS

Este documento fue elaborado por la Secretaría Técnica del Gabinete Social y la Dirección de Adultos Mayores del Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia, en el marco del Proyecto PAN/99/P02 “Apoyo al Gabinete Social en materia de Población y Desarrollo” del Fondo de Población de las Naciones Unidas-Panamá. Contó con la asistencia técnica del UNFPA-Panamá, CELADE-División de Población de la CEPAL, y Equipo de Apoyo Técnico para América Latina del UNFPA.

El equipo que participó en la elaboración de este documento estuvo integrado por:

- *Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia:* Licenciada Rosabel Vergara, Ministra. Licenciada Carmen de Ramos, Asesora Técnica del Despacho Superior. Doctora Zulema Sucre, Directora Nacional de Adultos Mayores. Licenciada Reina Loo, Trabajadora Social de la Dirección Nacional de Adultos Mayores.
- *Secretaría Técnica del Gabinete Social:* Licenciada Zuleika de Herbert, Secretaria Técnica del Gabinete Social; Doctora Astevia Tejada de Vega, representante del Ministerio de Salud en el Equipo Técnico del Gabinete Social, Licenciada Margarita Aquino Cornejo, representante del Ministerio de Economía y Finanzas en el Equipo Técnico del Gabinete Social

Se contó además con los valiosos aportes de la Dirección del Programa Nacional de Pensionados, Jubilados de la Tercera Edad de la Caja del Seguro Social, del Departamento de Análisis y Tendencias de Salud y del Programa de Adultos Mayores del Ministerio de Salud y de la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la Republica.

El equipo a cargo de la asistencia técnica para la elaboración de este documento estuvo integrado por:

- *Fondo de Población de las Naciones Unidas-Panamá:* Señora Sonia Martinelli –Heckadon, Representante Asistente UNFPA-Panamá. Licenciado Ricardo Barranco, Consultor en Informática. Licenciada Elena Coba, Consultora en Estadísticas. Licenciada Yovana Lasso, Consultora en Diseño Grafico.
- *CELADE, División de Población de la CEPAL:* Doctor José Miguel Guzmán, Oficial a cargo del Área de Población y Desarrollo, la Doctora Sandra Huenchuan, consultora en Envejecimiento y la Licenciada Daniela González, Asistente de Información y Computación.
- *Equipo de Apoyo Técnico para América Latina del UNFPA:* Doctor Ralph Hakkert, experto en temas de población.

INTRODUCCION

Las transformaciones demográficas ocurridas durante la segunda mitad del siglo pasado nos permiten concluir que sin lugar a dudas somos una sociedad que tiende, a medida que transcurre el tiempo, a envejecer cada vez más.

Este fenómeno se debe, entre otras causas a un aumento en la esperanza de vida y a la disminución en los índices de natalidad, asociada a un descenso de la población en un número creciente de países. Como consecuencia, se produce un incremento cuantitativo del grupo de 60 años y más, el cual representa en nuestro país el 8.6% de la población total actual y se espera que alcance el 14% en cerca de veinte años más.

Los cambios en la composición etarea de la población, provocará consecuencias de orden económico, social y cultural de gran alcance que presumiblemente afectará el crecimiento de las economías nacionales, los sistemas de seguridad social y educación, la fuerza de trabajo y de la asistencia sanitaria; sin olvidar el impacto personal, comunitario y social del envejecimiento individual. Esta transformación se produce dentro de un ambiente de profundos e importantes cambios políticos y económicos en un contexto de creciente globalización económica, social, ambiental y cultural.

La República de Panamá como Estado miembro del Sistema de las Naciones Unidas participó en la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento y se comprometió a formular e implementar las medidas necesarias para promover y mejorar las condiciones y la calidad de vida de las personas adultas mayores, logrando su integración y participación en el desarrollo del país, respondiendo de este modo al mandato del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

En atención a este compromiso — pero sobre todo a la responsabilidad asumida con la población adulta mayor—, el Gobierno Nacional tomó la iniciativa de elaborar un documento que incluyera datos precisos sobre la situación en la que se encuentra este grupo poblacional, ya que era notable la ausencia de información integrada y

sistematizada que sirviera de base para la toma de decisiones y la formulación de una política de atención integral de las personas adultas mayores en Panamá.

La Constitución Nacional en su artículo 59 dispone la protección y atención que el Estado debe brindar a la familia enfatizando en la población adulta mayor, principalmente en aquella que se encuentra en estado de vulnerabilidad. Así mismo el artículo 109 de la Carta Magna hace referencia al papel esencial del Estado en velar por la salud y el bienestar de toda la población de la República.

En ese mismo orden, el Código de la Familia establece en el artículo 569, la responsabilidad del Estado de desarrollar políticas sociales de prevención, protección y promoción del bienestar general de la familia en su conjunto y de los grupos vulnerables en particular.

Dentro de toda esta normativa legal y para dar cumplimiento a la misma, se crea el Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia con la misión de *“impulsar el desarrollo humano sostenible y la integración por la vía de la participación ciudadana y promoción por la vía de la equidad, así como la organización, administración, coordinación y ejecución de las políticas, planes, programas y diversas acciones tendientes al fortalecimiento de la familia, la comunidad y los grupos de población de atención primaria”*.

El Estado tiene la responsabilidad en la consecución de los objetivos y metas que nos permitan alcanzar como país **“Una Sociedad para Todas las Edades”**. No obstante, se requiere además del establecimiento de las prioridades, de la colaboración efectiva y participativa de todos los sectores de la sociedad involucrados con el tema, los cuales deben aunar esfuerzos mediante la implementación de una política de atención integral de las personas adultas mayores, que permita obtener resultados a corto, mediano y largo plazo, tomando en cuenta los recursos existentes y la mejor utilización de los mismos; determinando a la vez si se utilizan atendiendo a los criterios de eficiencia, eficacia y equidad.

Una futura política en la materia debe garantizar que la población pueda envejecer con seguridad y dignidad, y que las personas de edad puedan continuar participando en la sociedad como ciudadanos(as) con plenos derechos. El Estado Panameño es consciente de la existencia de segmentos de la población adulta mayor inmersa en situaciones particulares, por lo que también deben hacerse esfuerzos para que una futura política incluya a estos sectores y los haga partícipes del nivel de desarrollo socioeconómico del que disfrutan sus mismos congéneres y otros grupos etareos que conforman la población nacional.

Este diagnóstico contiene un panorama general del envejecimiento demográfico en el país en base a la estadísticas disponibles en fuentes nacionales y regionales. Y siguiendo los lineamientos del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, presenta la situación de las personas mayores en tres áreas prioritarias: seguridad económica, salud y bienestar en la vejez, y entornos propicios y favorables. Incluye además un compendio de las acciones y estrategias que llevan a cabo las instituciones que mantienen programas para la atención de la población adulta mayor, su relación intersectorial y la existencia o no de dualidad de funciones. Este ejercicio nos brindará la oportunidad de establecer lineamientos, trazar objetivos, desarrollar actividades que en un plazo de tiempo perentorio, permita al Gobierno Nacional y a la sociedad en general adecuarnos a las exigencias, realizar profundas transformaciones y crear las condiciones necesarias que nos ayuden a enfrentar los retos y desafíos que nos depara el futuro.

CAPITULO 1: EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO EN EL PAIS

1. Panorama Demográfico Nacional

Para el año 2000, la República de Panamá fue el país con menor tamaño de población en el contexto regional, representando el 0.56% de la población de América Latina y apenas cerca del 0.05% de la población mundial.

Según información censal, en el año 1950 el país contaba con una población de 805,285 habitantes, cifra que en el 2000 se eleva a 2,839,177 personas que habitan en los 75,517 km² de superficie territorial. En un período de 50 años, la población creció a una tasa promedio de 2.59%, añadiendo un poco más de 2 millones de personas a su población, lo que equivale a un aumento de 3.5 veces la población de la República. Las proyecciones de población apuntan a que el número de habitantes aumentará en un poco más de 1 millón 300 mil personas en el lapso de dos décadas y media (2025); sin embargo el ritmo de crecimiento será más lento y la tasa promedio del período 2000-2025 no sobrepasará el 1.50% medio anual.

En el decenio 1960-1970, Panamá – siguiendo la tendencia regional – creció a una tasa media anual de 3.01%. Este ritmo disminuyó a 2.34% en la década de 1970-1980, producto de la progresiva reducción de la mortalidad y, principalmente, de la fecundidad. Durante el último periodo ínter censal (1990-2000) alcanzó una tasa de crecimiento del 2% y se estima que para el quinquenio 2020-2025 alcanzará apenas al 1.1% (según las proyecciones realizadas por el CELADE). De este modo, Panamá entra a una etapa más avanzada del proceso conocido como transición demográfica, que es la evolución desde un rápido a un más lento crecimiento de la población; en cuyas primeras fases comienza a descender la mortalidad y posteriormente la fecundidad.

Existen diferencias en el ritmo del aumento de la población según zona de residencia urbano-rural. Las áreas urbanas presentan un mayor crecimiento; en el período 1990-2000 la población urbana creció 3.4% —bastante más que a nivel nacional— mientras

que en las rurales se observa un decrecimiento poblacional (-0.03%). En cuanto a la distribución de la población según provincias, para el año 2000, sólo una provincia —la de Panamá— concentró casi el 49% de la población del país, y su tasa de crecimiento fue más elevada que el promedio nacional, dejando claramente demostrado su carácter de área de atracción de población.

La composición por sexo de la población se ha caracterizado por mantener, en términos relativos, un ligero predominio de los hombres en el ámbito nacional. El índice de masculinidad en el país se ha mantenido por encima de 100, aunque con una tendencia al descenso, alcanzando el valor de 101.8 hombres por cada 100 mujeres en el año 2000. Las áreas urbanas concentran una mayor proporción de mujeres —el índice de masculinidad es de 96%— al igual que las provincias de Panamá, Comarca Kuna Yala y Comarca Ngobe Bugle.

2.El proceso de envejecimiento poblacional en el país

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

La disminución de la base de la pirámide se da como consecuencia de la baja de la fecundidad en tanto que el aumento de la cúspide obedece a la disminución de la mortalidad adulta y será reforzado en el futuro por la entrada a la edad adulta de generaciones numerosas nacidas en la etapa de alta fecundidad.

En el año 2000, el peso relativo de la población adulta mayor mundial era de el 10% y se estimaba que ascendería a 22.1% en el 2050. En América Latina y el Caribe, aunque con notorias diferencias entre los países, la proporción y el número absoluto de personas de

60 años y más se incrementarán sostenidamente en los próximos decenios en todos los países de la región. El porcentaje de personas mayores pasará de 8% en el año 2000 a 14,1% en el 2025; y se estima en 23,4% en el 2050. En términos absolutos, en el período que va del 2000 al 2025, se sumarán 57 millones de personas mayores a los 41 millones existentes y, entre 2025 y 2050, ese incremento será de 86 millones de personas (CEPAL/CELADE, 2003 b).

En América Latina el proceso de transición demográfica se ha acentuado sobre todo en países donde la tendencia decreciente de la fecundidad está bien definida. De acuerdo a la clasificación de los países según su envejecimiento demográfico, la CEPAL sitúa a Panamá entre aquellos con envejecimiento moderado, los cuales se caracterizan por una fecundidad promedio cercana a 3 y un índice de envejecimiento que varía entre el 16% y 24%(CEPAL/CELADE, 2003 b).

En Panamá, el peso absoluto y relativo de la población adulta mayor irá en aumento. En el último censo (2000), la población de sesenta años y más alcanzaba a 244,592 personas, lo cual representa el 8.6% de la población nacional. Se espera que para el año 2025 esta cifra aumente a 597,200 personas (14%), y en el 2050 a 1,114,400, que representarán el 22.3% de la población del país (CEPAL/CELADE, 2003 a)

En cuanto a la diferenciación interna de la población adulta mayor según grupos de edad, el grupo 60 a 74 años tiene el mayor peso relativo (74.3% en 2000 y 74.1% en 2025). Según las proyecciones, este grupo etario recién comenzará a disminuir su proporción a partir del año 2050, donde representará el 64% de los adultos mayores, aumentando así la proporción de las personas de 75 años y más (véase cuadro 1).

Durante las primeras cinco décadas del siglo XXI, la tasa de crecimiento de la población adulta mayor será superior al promedio nacional. En el período 2000-2005 la tasa de crecimiento de la población de 60 y más años casi duplicará a la nacional y en el 2025-2030 estará cerca de triplicarla (CEPAL/CELADE, 2003 a).

El índice de envejecimiento, que representa el número de personas mayores de 60 años por cada cien menores de quince¹, también confirma el aumento sostenido de la población adulta mayor en el país. De acuerdo a algunos autores (Chesnais, 1990) se considera una sociedad envejecida aquella que presente un índice de envejecimiento superior al 10%. En el año 2000, Panamá alcanzó a 24.9 y se espera que en el año 2025 llegue a 58.0, cifra que se duplicará en el año 2050 (véase cuadro 1). En las áreas urbanas y rurales (véase cuadro A.1 del anexo), así como en la población indígena, el índice de envejecimiento demográfico, también está evolucionado hacia un aumento sostenido.

La edad mediana de la población, que también alude al envejecimiento demográfico, aumentó de 18 a 25 años entre los años 1970 y 2000. Se espera que para el 2025 alcance a 31 años y aumente en siete años más para el 2050 (véase cuadro 1).

Cuadro 1
Panamá: Indicadores del proceso de envejecimiento poblacional.
1950, 2025 y 2050

Indicadores/año	2000	2025	2050
Población de 60 años y más (miles)	244.6	597.200	1.114.400
Porcentaje de Población de 60 años y más	8.6	14.1	22.3
Porcentaje de Población de 60 a 64 años	74.3	74.1	64.1
Porcentaje de Población de 70 años y más	25.7	25.9	35.9
Tasa de crecimiento anual ^{a/}	36.1	36.2	
Índice de envejecimiento	24.9	58.0	118.44
Edad mediana de la población	24.8	31.2	38.2

Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, Boletín Demográfico No. 72, 2003

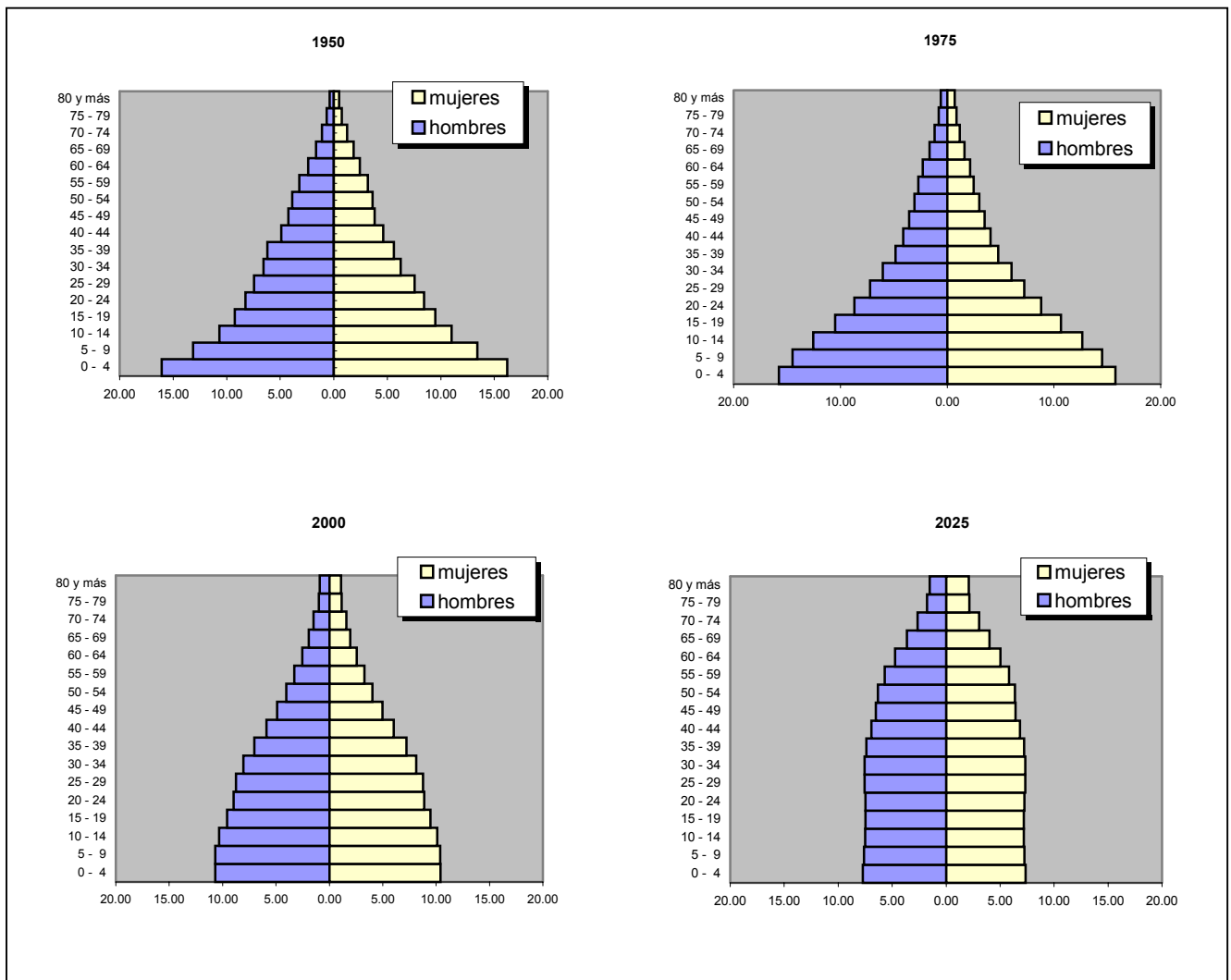
a/: Este indicador está referido a períodos quinquenales; el año de referencia en la columna corresponde al límite inferior del período.

La evolución en la estructura demográfica que ha tenido y comenzará a presentar la población de Panamá en los próximos años —representados claramente en las pirámides de población—, revelan que el envejecimiento se ha producido de manera progresiva por el efecto combinado de las variables demográficas. En efecto, los cambios que ha presentado la pirámide de población en el período 1950-2025 (véase gráfico 1), permite inferir varios hechos: en 1950, la base inferior más amplia muestra una proporción importante de gente joven; esta proporción ha ido disminuyendo por el continuo descenso de la fecundidad, lo que ocasiona un estrechamiento de la base piramidal, y se espera que

¹ Este índice se calcula: $IE0(60 y+)/(<15)*100$

para el 2025 se reduzca aun más. Como contrapartida, se ha dado un aumento en la proporción de la población adulta y de edad avanzada. La cúspide de la pirámide se ha ido ampliando, principalmente desde el año 2000, y las proyecciones muestran que para el año 2025 este incremento será aun mayor. La forma más columnar de la pirámide para el 2025, muestra una proporción de población bastante similar en los distintos grupos etarios, lo que se traduce también en una estructura más envejecida de la población.

Gráfico 1
Panamá: Estructura por sexo y edad de la población. 1950-2050



Fuente: CELADE, División de Población de la CEPAL, Boletín demográfico 73, 2004

Es importante aclarar que la declinación del peso relativo de niños(as) y jóvenes no implica que su tamaño en números absolutos haya bajado. Contrariamente, su número ha crecido, lo cual se traduce en el mediano plazo en un aumento de la población que ingresa a la vida productiva y reproductiva, y que en la edad avanzada requerirá apoyo económico y social (véase cuadro A.2. del anexo)

En suma, Panamá está envejeciendo y su proceso de transición de una sociedad joven a una sociedad madura se está produciendo con mayor celeridad que en los países desarrollados y que otros países de América Latina. En Francia pasaron 115 años (1865-1980) para que la proporción de personas mayores se eleve del 7 al 14%, mientras que en Panamá dicho proceso se producirá en 25 años (2000-2025). Por lo tanto, el proceso de envejecimiento poblacional en el país es rápido e ineludible. Como es de prever, una transformación demográfica de estas dimensiones tendrá profundas repercusiones en el país. Una de las transformaciones más importantes se producirá en la composición de la población adulta mayor panameña, que irá cambiando lentamente desde un perfil típico de la tercera edad —en general compuesto por personas mayores más jóvenes y autónomas— hacia el perfil de la llamada “cuarta edad” —compuesto por personas mayores de muy avanzada edad, con más altos niveles de dependencia, que demandará además mayores servicios—.

3. Factores del envejecimiento demográfico

El envejecimiento de la población es consecuencia de otros cambios demográficos, y de transformaciones del comportamiento humano y social.

3.1. Fecundidad

El continuo descenso de la fecundidad ha influido en el envejecimiento que ha experimentado la población en la región, puesto que las diferencias en la estructura por edad se hacen mayores a medida que disminuye la fecundidad, transformándola en un componente decisivo del proceso de envejecimiento.

Panamá no ha estado ajena a este proceso. Durante las últimas 5 décadas ha pasado de una fecundidad muy alta (5.6) a una media baja (2.7) y, se espera que en el 2025, la tasa Global de Fecundidad (TGF) se situó en 2.1 hijos por mujer. La disminución sostenida de la TGF trae consigo variaciones en la estructura por edad de la población. A grandes rasgos estos cambios se dan en el porcentaje de población de 0-14 años de edad que disminuye en forma creciente mientras que la proporción de personas de más de 60 años de edad aumenta cada vez más.

A medida que avanza el tiempo y que la cohorte relativamente grande de niños(as) — producto de las elevadas tasas de fecundidad que tuvo Panamá en el pasado— tiene más edad, se produce un aumento primero en los jóvenes adultos y más tarde en las edades avanzadas. Como el país experimentó por varias décadas altas tasas de fecundidad —pese al descenso que ha experimentado en los últimos tiempos — se espera que siga incorporándose un porcentaje relativamente alto de personas a las edades más avanzadas.

3.2. Mortalidad

El progreso de la medicina, los descubrimientos científicos, los avances tecnológicos, el saneamiento ambiental y la higiene pública, se tradujeron en un descenso significativo de la mortalidad, especialmente con posterioridad a la segunda guerra mundial

La tasa bruta de mortalidad se ha reducido en más de la mitad, —de 13.17 a 5.10 muertes por cada mil habitantes— entre 1950 y 2000, siendo mayor en las áreas rurales que en las áreas urbanas.

En el descenso de la mortalidad en Panamá, el componente más importante es la reducción de la mortalidad en la infancia. Las estimaciones de la tasa de mortalidad infantil muestran una tendencia a la baja. De 93 a 19 por mil nacidos vivos en los quinquenios 1950-1955 a 2000-2005 respectivamente. Según las estadísticas continuas, en la actualidad la tasa de mortalidad infantil es de 16.6 muertes por mil nacidos vivos.

Este indicador coloca al país en una posición favorable, sin embargo, aún se mantiene una brecha en las zonas rurales, donde la tasa estimada para el quinquenio 2000-2005 es de 21.5 por mil nacidos vivos.

La drástica reducción de la mortalidad infantil se explica en buena medida el aumento de la esperanza de vida al nacer de la población panameña. De 55.2 años en 1950 a 74.5 años en el 2000, cifra que representó un aumento de 35% y que se traduce un incremento sustancial de 19.3 años.

La esperanza de vida al nacer es el indicador más eficiente para conocer el nivel de mortalidad de una población. En Panamá, en el quinquenio 1970-1975, la esperanza de vida al nacer era de 65 años en el hombre y 68 años en la mujer, 25 años más tarde (1995-2000) aumenta a 71.8 años en los hombres y 76.4 años en las mujeres. En ambos períodos la esperanza de vida de las mujeres es más alta —producto de una menor mortalidad—, sin embargo esta diferencia es más significativa en el quinquenio 1995-2000 y se estima que en las próximas décadas la probabilidad de sobrevivir de las mujeres será aún más alta, superando a los hombres en más de 5 años (véase cuadro 2).

Cuadro 2
Panamá: Esperanza de Vida al Nacer. Quinquenios 1970-75 y 1995-2000

Sexo	Quinquenios	
	1970-1975	1995-2000
Hombre	65.0	71.8
Mujer	68.0	76.4

Fuente: Secretaría Técnica del Gabinete Social en base en información de la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

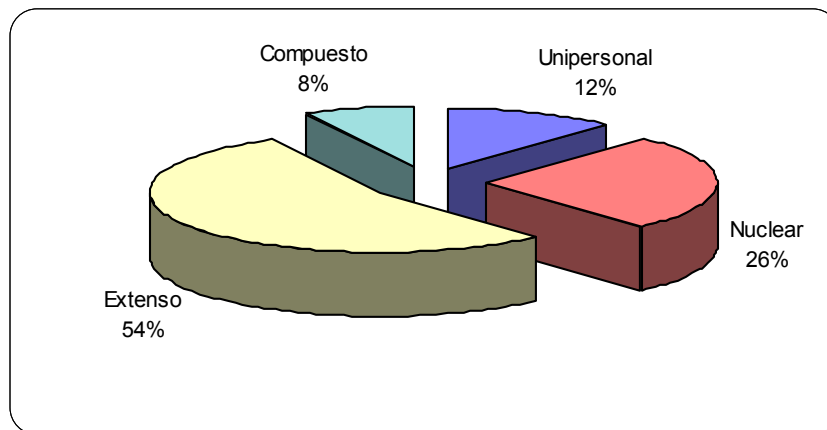
En el país se dan diferencias marcadas en este indicador en cada una de las nueve provincias. Se observa que sólo en tres provincias la esperanza de vida es alta, oscilando entre 72 y 76 años. En contraste, las provincias que concentran más población indígena, los valores de este indicador son bajos, fluctuando entre 62 y 65 años (véase tercer capítulo de este documento).

4. Algunas características sociodemográficas de la población adulta mayor

4.1. Arreglos residenciales

La familia sigue siendo la unidad básica de la sociedad, independientemente de su forma o de su organización, y como tal es la principal estructura de apoyo de las personas mayores en Panamá. Del total de la población adulta mayor, el 53.8% vive en hogares extensos, el 26.4% en hogares nucleares, el 11.8% en los hogares unipersonales y un 7.8% vive en hogares compuestos (véase gráfico 2).

Gráfico 2
Panamá: Población Adulta Mayor según Tipo de Hogar que Habita (%)



Fuente: CELADE –División de la CEPAL, procesamiento especial con REDATAM+ SP, en base a microdatos censales. Censo de Panamá, 2000.

La relación de las formas de vida y los diferentes tipos de hogar en que habitan las personas mayores están estrechamente ligadas a patrones culturales y a las circunstancias económicas. Los reajustes familiares encaminan a la persona mayor a vivir en familias extensas, y por lo general de gran tamaño. Esto, en muchas ocasiones, trae como consecuencia que los otros miembros de la familia dependan económicamente de las personas de más avanzada edad, especialmente si son los o las jefes de hogar.

Al distinguir por sexo a las personas mayores, se encuentran diferencias en el tipo de hogar que habitan. Atrae la atención que un porcentaje mayor de hombres viva en

hogares unipersonales y nucleares, mientras que las mujeres viven especialmente en hogares extensos (60%) (véase cuadro 3). Esto ocurre normalmente en el país, ya que las mujeres mayores tienden a seguir apoyando a sus hijos(as) en el cuidado de sus nietos y de otros familiares que necesiten atención. En nuestro país, se acostumbra el cuidado de familiares por parte de las personas de más avanzada edad, ya que las parejas que recién se inician suelen trabajar y prefieren delegar el cuidado de los hijos a sus propios progenitores.

Cuadro 3
Panamá: Población de 60 y más años por sexo, según tipo de hogar (particular) que habita.
Censo de 2000.

Tipo de hogar	60 y más años		
	hombre	mujer	ambos sexos
Unipersonal	14.9	9.0	11.9
Nuclear	30.6	22.4	26.4
Extenso	47.1	60.3	53.8
Compuesto	7.5	8.3	7.9
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: CELADE- División de Población de la CEPAL, procesamiento especial con REDATAM SP, en base a los micro datos censales. Censo de Panamá, 2000

Las cifras indican que no hay mayores diferencias en la convivencia de los(as) hijos(as) con sus madres (28.2%) o sus padres de edad avanzada (27.7%). Sí es revelador aún, el predominio de la convivencia de nietos(as) o biznietos(as) con las abuelas (27.2%) por sobre la convivencia con los abuelos (18.4%) (véase cuadro 4).

En Panamá, la familia es la principal estructura de apoyo con que cuentan las personas mayores. Sin embargo, es importante recalcar que los arreglos que se dan entre la población de edad avanzada no necesariamente se debe a la dependencia de la persona mayor. Otra causa puede ser la escasez de recursos económicos y la falta de vivienda, que trae como consecuencia, que los hijos(as) presenten dificultades para independizarse, estableciéndose nuevos núcleos familiares dentro del hogar de origen.

Cuadro 4
Panamá: Población Adulta Mayor que Habita en Hogares Particulares,
según Sexo y Relación de Parentesco, por Grupo de Edad. 2000

Sexo y Relación de Parentesco	Grupo de Edad					
	60 y más		60-64		65 y más	
	Número	%	Número	%	Número	%
<i>Ambos sexos</i>	527,978	100.0	178,624	100.0	349,354	100.0
Jefe	145,202	27.5	44,863	25.1	100,339	28.7
Cónyuge del Jefe	70,269	13.3	24,011	13.4	46,258	13.2
Hijos (as)	147,042	27.9	56,854	31.8	90,188	25.8
Nuera o Yerno	15,721	3.0	5,658	3.2	10,063	2.9
Nieto o Bisnieto	110,071	20.8	33,528	18.8	76,543	21.9
Padre o Madre	2,414	0.5	1,377	0.8	1,037	0.3
Suegro (a)	2,129	0.4	929	0.5	1,200	0.3
Otro Pariente	22,731	4.3	7,864	4.4	14,867	4.3
No Pariente	12,399	2.3	3,540	2.0	8,859	2.5
<i>Hombres</i>	380,895	100.0	132,179	100.0	248,716	100.0
Jefe	99,783	26.2	32,138	24.3	67,645	27.2
Cónyuge del Jefe	68,717	18.0	23,469	17.8	45,248	18.2
Hijos/as	105,577	27.7	41,913	31.7	63,664	25.6
Nuera o Yerno	10,995	2.9	3,868	2.9	7,127	2.9
Nieto o Bisnieto	69,993	18.4	21,287	16.1	48,706	19.6
Padre o Madre	1,248	0.3	716	0.5	532	0.2
Suegro	2,022	0.5	890	0.7	1,132	0.5
Otro Pariente	14,382	3.8	5,330	4.0	9,052	3.6
No Pariente	8,178	2.1	2,568	1.9	5,610	2.3
<i>Mujeres</i>	147,083	100.0	46,445	100.0	100,638	100.0
Jefe	45,419	30.9	12,725	27.4	32,694	32.5
Cónyuge del Jefe	1,552	1.1	542	1.2	1,010	1.0
Hijos /as	41,465	28.2	14,941	32.2	26,524	26.4
Nuera o Yerno	4,726	3.2	1,790	3.9	2,936	2.9
Nieto o Bisnieto	40,078	27.2	12,241	26.4	27,837	27.7
Padre o Madre	1,166	0.8	661	1.4	505	0.5
Suegra	107	0.1	39	0.1	68	0.1
Otro Pariente	8,349	5.7	2,534	5.5	5,815	5.8
No Pariente	4,221	2.9	972	2.1	3,249	3.2

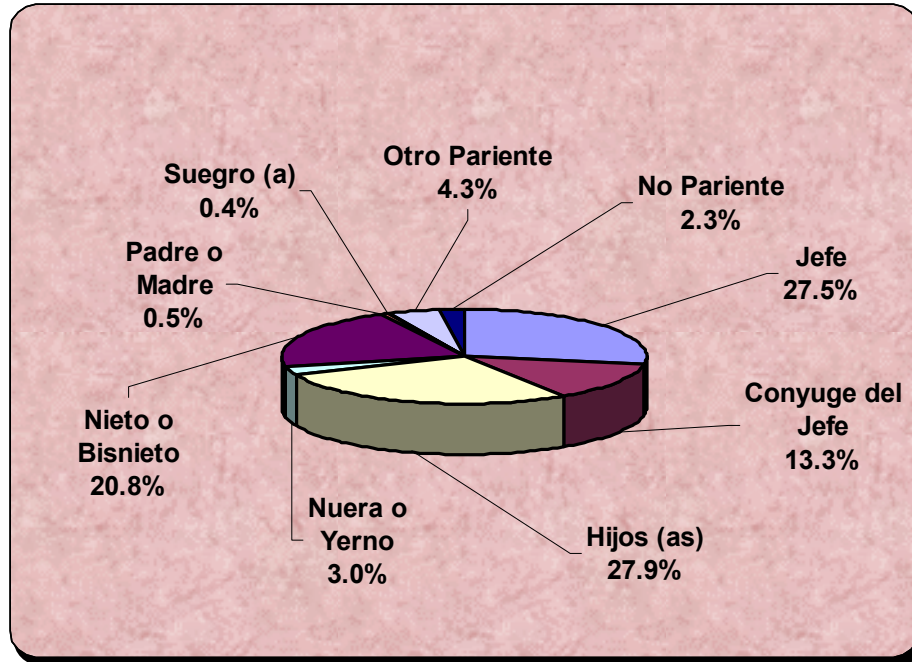
Fuente: Secretaría Técnica del Gabinete Social en base en el Censo del año 2000 de la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

4.2. Jefatura de hogar

Según el último Censo de 2000, el 25.1% de los hogares panameños tienen como jefe a una persona de 60 y más años, quienes viven predominantemente, en los hogares nucleares biparentales con o sin hijos(as) (véase gráfico 3). Llama la atención el hecho que a partir de los 65 y más años, aumenta la proporción de jefes de hogar, tanto en

hombres como en mujeres. Tomando en cuenta el sexo del jefe de hogar adulto mayor, puede apreciarse que hay una tendencia a que las mujeres mayores jefas de hogar vivan acompañadas de parientes.

Gráfico 3
Panamá: Relación de Parentesco con el Jefe de Hogar Adulto(a) Mayor (%). 2000



Fuente: Secretaria Técnica del Gabinete Social en base al Censo de Población y Vivienda del Año 2000, Contraloría General de la República de Panamá.

4.3. Estado Conyugal

En la estructura conyugal, se aprecian diferencias claras por sexo en la población adulta mayor, en particular es mayor la incidencia de hombres casados o unidos (70%) que mujeres (43%). En contraste, el 31.8% de las mujeres de 60 y más años de edad declara estar viuda, cifra tres veces superior a la de los hombres y que distingue a la viudez como un rasgo típicamente femenino en la vejez (véase cuadro 5).

El mayor porcentaje de viudez entre las mujeres es consecuencia de la mortalidad diferencial por sexo, pero también puede ser producto de la influencia de una mayor presencia de nuevas nupcias o uniones consensuadas en hombres que en mujeres. Lo anterior agrega otro factor de riesgo a este grupo social, ya que muchas mujeres viven en

condiciones desfavorables en la última etapa de su ciclo de vida y se enfrentan a necesidades y carencias económicas importantes debido a que no cuentan con pensiones de jubilación, viéndose forzadas a desarrollar diversas estrategias de sobrevivencia, o depender económicamente de sus hijos(as) u otros familiares cuando los recursos son escasos.

Como contrapartida, en los hombres la incidencia de la soltería es levemente mayor que en las mujeres. Este grupo es en general invisible para la sociedad y enfrenta riesgos de falta de cuidado, ya que pueden contar con menos recursos familiares que las viudas – que en general tienen hijos(as) – y los casados. Lo anterior sin considerar el aspecto psico-emocional que igualmente se ve comprometido ya que en Panamá se refleja en el número de hombres adultos mayores que viven solos en la calle, en asilos o instituciones de asistencia. Cabe resaltar, además, que en nuestro medio la mujer mayor soltera tiene una ventaja con respecto al hombre en iguales condiciones, y que se traduce, en la mayoría de los casos, en vivir en compañía de familiares, situación que no siempre sucede con los hombres.

Cuadro 5
Panamá: Población Adulta Mayor por Estado Conyugal según Sexo y Grupo de Edad. 2000

Sexo y Grupos de Edad	Estado Conyugal							
	Total	Soltero	Casado	Unido	Viudo	Separado de Unión	Divorciado Matrimonio	
Total								
60 y más	100.0	10.1	37.3	17.6	21.2	8.1	3.7	2.0
60 – 74	100.0	10.1	40.6	20.4	14.4	8.4	4.0	2.1
75 y más	100.0	10.2	29.1	11.0	37.8	7.2	2.9	1.8
Hombres								
60 y más	100.0	11.2	44.7	22.3	10.3	6.9	3.2	1.4
60 - 74	100.0	11.4	45.7	24.8	6.4	7.0	3.3	1.4
75 y más	100.0	10.6	41.9	15.6	20.8	6.5	3.1	1.4
Mujeres								
60 y más	100.0	9.0	30.1	13.1	31.8	9.3	4.1	2.6
60 - 74	100.0	8.7	35.5	15.8	22.5	9.9	4.7	2.8
75 y más	100.0	9.7	17.9	6.9	52.9	7.8	2.7	2.1

Fuente: Secretaría Técnica del Gabinete Social con base en el Censo de Población y Vivienda del Año 2000 de la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

En cuanto a la mujer soltera, esta representa el 9.0% de la población adulta mayor femenina y en relación a los grupos de edad, se observa que el mayor porcentaje lo representan las mujeres de 75 y más años.

4.4. Educación

Una alta proporción de personas mayores en Panamá es analfabeta y, en general, tienen un nivel de alfabetización inferior respecto a los grupos de menor de edad y de los adultos en edad productiva. Este hecho guarda relación con las oportunidades que tuvieron a su alcance en la edad escolar.

El porcentaje de analfabetismo en las personas mayores disminuyó en treinta años en aproximadamente un 50% (véase cuadro 6). En un análisis por zonas de residencia, observamos que el área urbana registra un menor porcentaje de analfabetismo y su reducción ha sido de mayor intensidad, que en el área rural. En el ámbito nacional y en ambas áreas —principalmente rural—, queda demostrada la desigualdad de oportunidades que ha tenido la mujer por razón de género, con un grado de analfabetismo mayor que el hombre.

Cuadro 6
Panamá: Porcentaje de Analfabetismo de la Población Adulta Mayor por Sexo y según Área 1970 y 2000

Área	Analfabetismo		
	Total	Hombres	Mujeres
1970			
Total	45,6	45,0	46,1
Área Urbana	22,2	19,0	24,7
Área Rural	69,0	66,0	72,8
2000			
Total	22,9	22,7	23,1
Área Urbana	10,3	8,9	11,3
Área Rural	42,0	39,2	45,5

Fuente: Secretaría Técnica del Gabinete Social en base a los Censos de Población de la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

En virtud de la ampliación de la cobertura de la educación básica y los programas de alfabetización formales e informales, el porcentaje de analfabetismo de las personas entre

los 60 a 69 años de edad resulta menor que el de aquellas de 70 y más años de edad (véase cuadro 7). Algo similar ocurre con respecto al promedio de años de estudios aprobados.

La realización de grandes esfuerzos en materia de educación en el país, ha permitido ir elevando el nivel educacional de esta población. Hoy en día, parte de las actuales personas mayores han sido protagonistas de ese salto cuantitativo y cualitativo. Entre 1970 y el 2000, se elevó el porcentaje de la población adulta mayor que tiene un año de universidad. Las proporciones de las que no tenían ningún grado aprobado descendieron y aumentaron las que completaron los niveles de primaria y secundaria (véase cuadro 8)

La información muestra un mejoramiento en los niveles educativos adquiridos por la mujer en el área urbana, no así en la población indígena femenina donde las brechas son acentuadas.

Cuadro 7
Panamá: Porcentaje de Analfabetismo de la Población Adulta Mayor por Sexo, según Área y Grupos de Edad. 2000

Área	Analfabetismo		
	Total	Hombres	Mujeres
Total	22,9	22,7	23,1
60-64	19,4	19,0	19,9
65-69	22,1	21,4	22,7
70 y más	25,5	25,8	25,3
Área Urbana	10,3	8,9	11,3
60-64	6,8	5,7	7,9
65-69	8,7	7,1	9,8
70 y más	13,0	12,0	13,8
Área Rural	42,0	39,2	45,5
60-64	37,2	34,9	40,1
65-69	41,1	37,8	45,5
70 y más	45,6	42,8	49,2

Fuente: Secretaría Técnica del Gabinete Social en base a Censos de Población de la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

Cuadro 8
Panamá: Nivel Educativo de la Población Adulta Mayor por Sexo. 1970 y 2000 a/

Nivel Educativo	1970			2000		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Sin Ningún Grado Aprobado	47,0	46,4	47,5	22,1	21,8	22,4
Algún Grado de Primaria	42,2	41,5	43,0	50,5	51,5	49,4
Primaria Completa	13,0	12,3	13,8	20,7	20,6	20,8
Algún Año de Secundaria	9,1	9,6	8,5	18,1	17,5	18,6
Secundaria Completa	2,6	2,6	2,6	7,4	6,8	7,9
Algún Año de Universidad	1,5	2,3	0,8	5,1	5,4	4,8
Otro 1/	3,8	3,4	4,2

... No disponible. a/ Excluye no declarados. 1/ Comprende: post grado, maestría, doctorado, superior no universitaria, vocacional y enseñanza especial investigados en el Censo 2000.

Fuente: Secretaria Técnica del Gabinete Social en base a Censos de Población de la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

Existe una relación entre el analfabetismo y la pobreza en la vejez. El 45.8% de la población adulta mayor en situación de pobreza (véase cuadro 9) no tiene ningún grado aprobado, proporción que se eleva a 61.6% en la pobreza extrema, alcanzando el 70.2% entre las mujeres de este nivel de pobreza. El 50.3% de los pobres ha alcanzado algún grado de primaria. Por niveles, el peso relativo en la secundaria es mínimo y no se registra un nivel educativo superior.

Cuadro 9
Panamá: Algunos Indicadores Relacionados con la Educación de la Población Adulta Mayor por Nivel de Pobreza. 1997

Indicador	País	Nivel de Pobreza			No Pobres
		Pobres			
		Total	Extremos	No Extremos	
Porcentaje de Alfabetismo					
Ambos sexos	78,1	54,0	36,4	67,5	87,2
Hombres	78,2	56,4	42,0	69,0	87,7
Mujeres	78,0	51,0	28,1	65,8	86,8
Nivel Educativo (%):					
Ningún Grado Aprobado	21,7	45,8	61,6	33,7	12,7
Primaria	48,5	50,3	37,1	60,5	47,8
Secundaria	19,5	3,4	1,0	5,3	25,5
Superior	6,8	0,0	0,0	0,0	9,4
Otros	3,5	0,5	0,4	0,5	4,6

Fuente: Secretaria Técnica del Gabinete Social en base a base en datos publicados y procesados de la Encuesta de Niveles de Vida de 1997 por la Dirección de Políticas Sociales del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

Puede esperarse que el nivel educativo de las personas mayores en el futuro sea más alentador ante las oportunidades que se han ido abriendo con nuevas modalidades y tecnologías para acceder al conocimiento. Esto es importante por cuanto, un mayor número de años de instrucción se reconoce como un factor decisivo en el progreso económico, social, cultural, político, ético y ambiental de un país. En el caso de las personas mayores, la educación acumulada trasciende el campo productivo-laboral, convirtiéndose en una herramienta que les ayuda a enfrentar las diversas situaciones que caracterizan su propio proceso de envejecimiento, tales como el cuidado de la higiene y de la salud, la administración de sus gastos, acceder a trabajos de menor esfuerzo físico, aprender a disfrutar mejor de su tiempo libre, de la recreación, el entretenimiento, y a manejar su nuevo rol en la familia.

En síntesis, los principales rasgos sociodemográficos que caracterizan a los adultos mayores del país son principalmente los siguientes: un porcentaje mayor de hombres vive en hogares unipersonales y nucleares, mientras que las mujeres viven especialmente en hogares extensos. En directa asociación con lo anterior, uno de cuatro hogares panameños tiene como jefe a una persona de 60 y más años, quienes viven, predominantemente, en los hogares nucleares biparentales con o sin hijos, y a partir de los 65 años aumenta la proporción de jefes de hogar —tanto en hombres como en mujeres—. En cuanto a la situación conyugal, hay una mayor incidencia de casados o unidos en hombres que en mujeres; y 3 de cada 10 mujeres mayores es viuda, distinguiendo a la viudez como un rasgo típicamente femenino en la vejez. En otro orden, una alta proporción de personas mayores en Panamá es analfabeta y, en general, tienen un nivel de alfabetización inferior respecto a los grupos de menor de edad y de los adultos en edad productiva.

Todos estos antecedentes sociodemográficos indican que el envejecimiento se traduce en una experiencia distinta para hombres y mujeres, constituyéndose el género en una variable diferenciadora de gran valor cuando no se incorporan otras bases de diferenciación social distintas a la edad cronológica. Los hombres viven buena parte de su vejez en compañía de una pareja y asumiendo la jefatura de hogar. Las mujeres pueden

vivir la viudez pero no siempre asociada a soledad, ya que pasan a formar parte de hogares de sus hijos o viceversa. En ambos casos, existen factores protectores ligados a la existencia de redes familiares, sin embargo carecemos de antecedentes para evaluar la efectividad y calidad de las mismas. En otro ámbito, se detecta una estrecha relación entre el analfabetismo y la pobreza en la vejez. Esto significa, que en la actual generación de personas mayores la educación constituye una variable estrechamente ligada a la oportunidades de acumulación de capital. Resulta interesante preguntarse, en este contexto, si en la actualidad la disminución de brechas puede ejercer alguna influencia en las condiciones económicas de la población adulta mayor panameña.

5. Envejecimiento en subpoblaciones

El envejecimiento de la población no es un proceso homogéneo debido a que todas las sociedades humanas no tienen el mismo ritmo de evolución ni la misma dinámica demográfica. Las diferencias se deben a que los cambios demográficos son consecuencia de transformaciones sociales, económicos y culturales.

En el caso de las sociedades indígenas y rurales, su evolución demográfica suele diferir de las poblaciones con las que viven dentro de las fronteras nacionales. Y en el caso específico del envejecimiento, suelen presentar notables diferencias con respecto al conjunto de la población, por lo que se requiere un estudio particular respecto de su proceso de envejecimiento y de las principales características sociodemográficas de las personas mayores.

5.1. Población indígena

En la Constitución Política de la República de Panamá, el Estado reconoce y respeta la identidad étnica de las comunidades indígenas nacionales. Como parte de este reconocimiento, Panamá es uno de los pocos países en América Latina que cuenta con datos sobre las características demográficas de las poblaciones indígenas integrados en los sistemas nacionales de recopilación de información.

Según el último censo de Panamá, la población indígena total es de 284.754 personas, equivalente al 10% de la población nacional. Estas cifras cambian según la zona de residencia. En el área urbana la población indígena total es de 51,861 personas (1.5% del total nacional) y en el área rural a 232,893 personas (21.7% del total nacional). De este modo, la población indígena en Panamá comparte, mayoritariamente, un asentamiento rural y su peso en la población urbana es menor.

La población indígena de 60 años es de 12.076 personas, es decir el 5.3% del total de población adulta mayor y el 4.6% de la población indígena total (véase cuadro 10). En el área urbana la población indígena adulta mayor es de 2.198 personas (1.5% del total de población adulta mayor urbana), en el área rural esta cifra prácticamente se quintuplica llegando a un total de 10.778 personas (11.1% de la población adulta mayor rural).

Estos datos demuestran que el peso relativo de la población indígena adulta mayor es importante, especialmente en las zonas rurales donde el porcentaje duplica el porcentaje logrado a nivel nacional (véase cuadro 10).

Cuadro 10

Panamá: Indicadores del envejecimiento de población indígena, por área urbana y rural. 2000

Zona de residencia/ indicadores	Población indígena		Porcentaje de población indígena		Porcentaje de población indígena de 60 años y más	Índice de envejecimiento de la población indígena	Índice de masculinidad de población indígena de 60 años y más
	Total	60 años y más	Total	60 años y más			
Total	284 754	12 976	10,0	5,3	4,6	9,9	124,8
Urbano	51 861	2 198	2,9	1,5	4,2	12,4	144,5
Rural	232 893	10 778	21,7	11,1	4,6	9,5	121,2

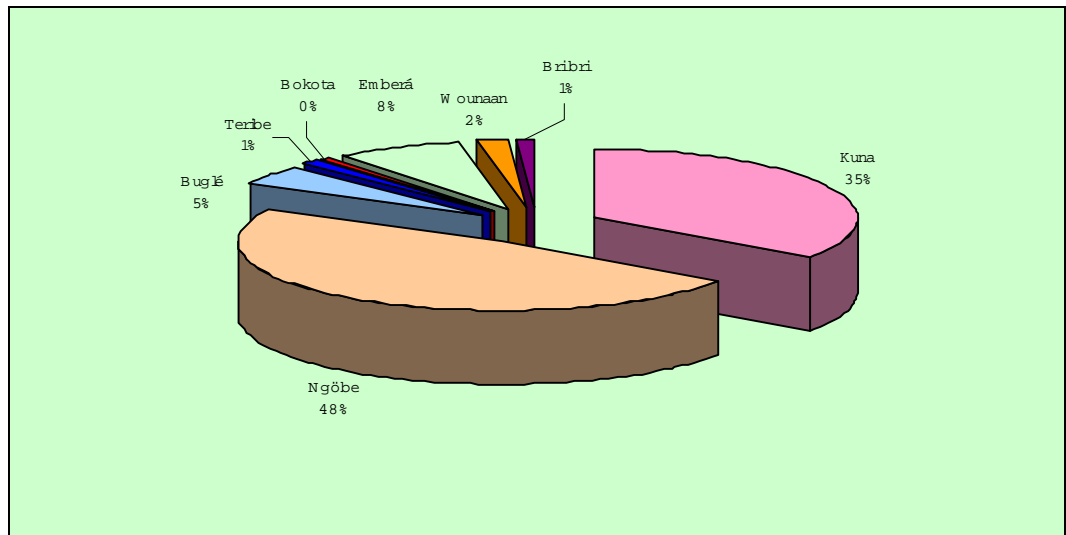
Fuente: CEPAL/CELADE, La situación de las personas mayores. Documento de referencia, Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.

Los datos anteriores son útiles para conocer la importancia absoluta y relativa de la población indígena en general y adulta mayor en particular a nivel nacional y según zona de residencia, pero no permiten identificar en qué etapa del proceso de envejecimiento

demográfico se encuentran las poblaciones indígenas en Panamá. Dos indicadores útiles para conocer esta situación son el porcentaje de población indígena de 60 años y más y el índice de envejecimiento de la población indígena. El primero es un indicador clásico del envejecimiento y el segundo expresa la capacidad de renovación de la población.

La población indígena adulta mayor representa el 4.6% de la población indígena total, cifra que se mantiene prácticamente similar en el área rural (4.6%) y urbana (4.2%) (véase cuadro 10). Según grupo étnico, los Ngöbe concentran el 48% de las personas mayores de origen indígena, le siguen los Kuna con un 35%. El 17% se divide en los restantes seis grupos étnicos indígenas existentes en el país (véase gráfico 4)

Gráfico 4
Panamá: Población indígena de 60 años y más , según grupo étnico al cual pertenece. 2000



Fuente: Secretaría Técnica del Gabinete Social en base a Censos de Población de la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá

El índice de envejecimiento también revela una situación muy interesante. A nivel nacional es de 9.9, disminuyendo en el área rural a 9.5 y aumentando en el área urbana a 12.4. Esto significa que las poblaciones indígenas están levemente más envejecidas en el área urbana que en el área rural; contrario a lo que ocurre en la mayoría de los países de América Latina para los cuales se cuenta con datos desagregados por origen étnico.

Los índices de masculinidad de la población indígena adulta mayor muestran que, en general, hay más hombres indígenas mayores que mujeres de la misma edad (véase cuadro 10), observándose claras diferencias por zona de residencia. En el área urbana la población indígena adulta mayor tiene índices de masculinidad más elevados que en el área rural. Nuevamente este perfil es completamente diferente a lo que ocurre en países como Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica y México, donde la relación de masculinidad de entre hombres y mujeres indígenas mayores es más alta en el área rural que en el área urbana.

Es interesante destacar que en los indígenas adultos mayores se observan rasgos sociodemográficos que, en algunos casos son más acentuados que los de la población adulta mayor nacional y, en otros, difieren a los de este grupo.

Lo primero que atrae la atención es que la proporción de adultos mayores indígenas que viven en hogares extensos y de gran tamaño (72.7%) es mayor que la que presenta el total de la población adulta mayor del país. Al igual que a nivel nacional —pero con una proporción aun mayor— las mujeres indígenas adultas mayores tienden vivir en hogares extensos (más del 80%), probablemente con la misma finalidad (apoyo en el cuidado de nietos y otros familiares) que el resto de las mujeres panameñas, aunque la forma organizacional y cultural que poseen también influiría en dicho comportamiento. También es menor el porcentaje de personas mayores indígenas que ocupan la jefatura de hogar (50.3%); proporción que es notoriamente más baja en las mujeres —2 de cada 10 es jefa de hogar— que en los hombres (79%). De acuerdo a zona de residencia, en las áreas rurales, la jefatura de hogar es más alta que en el área urbana, aunque se mantienen las diferencias típicas por sexo (véase cuadro 11).

Cuadro 11
Panamá: Porcentaje de personas mayores indígenas jefes de hogar por área urbana y rural. 2000

Area/sexo	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
Total país	77,8	21,5	52,7
Urbano	61,1	18,5	43,7
Rural	81,5	22,0	54,6

Fuente: CELADE, procesamientos especiales de las bases de microdatos censales de la ronda de 2000.

En cuanto a la situación conyugal de las personas mayores, en los indígenas —tanto en hombres como en mujeres— hay un mayor porcentaje de personas que están casadas o unidas y, al igual que en el resto de los adultos mayores del país, el porcentaje más alto (77%) se da en los hombres. No existen grandes diferencias porcentuales entre indígenas y no indígenas en lo que respecta a la viudez, siguiendo la tendencia tradicional donde hay una mayor proporción de mujeres viudas. Sin embargo, la proporción de indígenas solteros es mucho más baja (5%), especialmente en las mujeres que no sobrepasa el 3.8%. Algo similar ocurre con los separados o divorciados que sólo representan el 7.7% de la población indígena adulta mayor (véase cuadro 12)

Cuadro 12
Panamá: Distribución de la población indígena de 60 años y más, según estado civil. 2000

Sexo/estado civil	Porcentaje de viudos	Porcentaje de separados/divorciados	Porcentaje de casados/unidos
Ambos sexos	21,8	7,7	65,3
Hombres	10,8	6,3	76,6
Mujeres	35,7	9,5	51,0

Fuente: CEPAL/CELADE, La situación de las personas mayores. Documento de referencia, Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.

Otro indicador importante que complementa la información descrita en el párrafo anterior es el porcentaje de personas mayores que viven solas. En los indígenas, esta proporción alcanza al 3.8% y prácticamente se mantiene igual en el área rural y urbana. Las diferencias más importantes en relación a este indicador en las poblaciones indígenas se encuentran según el sexo del adulto mayor. La proporción más alta de personas mayores que viven solas se da en los hombres (5.5%) y especialmente en los que viven en las áreas rurales del país. Sólo el 1.6% de las mujeres viven solas y, a diferencia de los hombres, éstas se ubican en las áreas urbanas (véase cuadro 13).

Cuadro 13
Panamá: Porcentaje de la población indígena de 60 años y más que vive sola. 2000

Area/sexo	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
Total país	5,5	1,6	3,8
Urbano	4,6	2,4	3,7
Rural	5,7	1,5	3,8

Fuente: CEPAL/CELADE, La situación de las personas mayores. Documento de referencia, Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.

En síntesis, las características sociodemográficas de la población indígena adulta mayor son diferentes a las que presentan sus pares no indígenas. Una menor proporción de personas mayores viven solas; una menor proporción es viuda o separada/divorciada y además la jefatura de hogar en la vejez tiene una incidencia más baja. Como contrapartida un porcentaje más alto de personas mayores indígenas es casada y por lo tanto cuenta con la compañía de su pareja. Cuando se analiza la información según sexo se encuentran importantes diferencias entre hombres y mujeres indígenas mayores, pero en general, éstas no difieren de la tendencia tradicional según género. Claramente el origen étnico es una variable demográfica de gran poder diferenciador de la vejez en nuestro país.

5.2. Población rural

La importancia de realizar un análisis particular de la población adulta mayor rural se funda en que la sociedad rural posee una cultura diferente y por lo tanto, la valorización y contenido de la vejez también es diferente. De igual modo, el envejecimiento de la población rural tiene una evolución distinta al conjunto de la población y de la población urbana.

En el año 2000 la población adulta mayor rural era de 97,200 personas y, según las proyecciones de población, esta cifra se triplicará en el año 2050. De este modo, el peso relativo de las personas mayores con respecto a la población total de las áreas rurales también irá en aumento; en el 2025 casi duplicará el porcentaje actual y en el 2050 prácticamente lo triplicará (véase cuadro 14).

El ritmo de crecimiento con que se incrementará la población adulta mayor será más rápida. En el año 2000 la tasa era de 2.8% —bastante inferior a la de la población urbana en el mismo período— para el año 2025 se espera que llegue a 3.6%, alcanzando un ritmo de incremento prácticamente igual al de la población urbana, aunque con una gran diferencia, la tasa de crecimiento urbana estará en descenso mientras que la rural sigue en aumento. Otro indicador que constata este rápido envejecimiento de las áreas rurales, es

la edad mediana de la población, que también irá en aumento y en cinco décadas (2000-2050) se elevará en casi 15 años. Lo mismo ocurre con el índice de envejecimiento, que en el año 2050 será más de cuatro veces superior al del 2000 (véase cuadro 14).

Cuadro 14
Panamá: Indicadores del envejecimiento de población urbana y rural. 2000, 2025 y 2050

Indicadores	Urbano			Rural		
	2000	2025	2050	2000	2025	2050
Población de 60 años y más (miles)	136.4	395.5	740.8	97,2	201,7	373,7
Tasa de crecimiento anual	4.17	3.63	-	2.80	3.59	-
Edad mediana de la población	24.8	31.2	38.2	22,4	29,2	37,3
Porcentaje de población de 60 años y más	8.0	14.2	22.4	7,8	13,9	22,0
Índice de envejecimiento	24.9	58	118.4	21,30	48,68	98,75
Índice de masculinidad de población de 60 años y más	80.5	79.7	75.7	122,5	113,7	109,5

Fuente: CELADE- División de Población de la CEPAL, Boletín Demográfico No. 72, 2003.

En la población rural adulta mayor predominan los hombres, el índice de masculinidad es de 122.5 para el año 2000 y se espera que en las próximas décadas este indicador continúe con valores superiores a cien, esto dista bastante con lo que ocurre en las áreas urbanas y a nivel nacional, donde las mujeres mayores tienen una mayor participación.

Este atributo bastante diferenciador puede influir en otros rasgos sociodemográficos, como por ejemplo la composición del hogar, las relaciones de parentesco, el estado civil, etc., puesto que —como ya se ha observado anteriormente— en algunos de ellos hay marcadas diferencias según sexo. Por consiguiente, resulta interesante ahondar en estos rasgos para advertir cuales son las diferencias existentes con la población que vive en áreas urbanas.

En tal sentido, lo primero que atrae la atención en cuanto al tipo de hogar donde viven, es que el porcentaje de personas mayores que viven solas (13.5%) es mucho más alto que el de las áreas urbanas y la diferencia es bastante mayor en los hombres, donde el 17.8% de ellos vive en hogares unipersonales. En general los hogares unipersonales son muy frecuentes en la población masculina rural de edad avanzada en todos los países de la región, llegando a constituirse en un rasgo típico del campo latinoamericano. No

obstante ello, es importante diferenciar este indicador de la situación de abandono y soledad. Muchos hombres mayores rurales son propietarios de la tierra, por lo tanto con un patrimonio asegurado les puede garantizar cierta disponibilidad de cuidado por parte de familiares cercanos —cuando son solteros— o de sus hijos de próxima residencia —cuando son viudos— .

En cambio las mujeres mayores continúan la tendencia de sus pares urbanas, puesto que viven principalmente en hogares nucleares y extensos, mientras que la proporción de personas que vive en hogares compuestos es mucho menor tanto en hombres como en mujeres.

Los hombres mayores rurales, tradicionalmente asumen mayor liderazgo familiar que las mujeres y esto se expresa claramente en el peso que tiene la jefatura de hogar en la población adulta mayor masculina rural, que alcanza al 86,8%, cifra que disminuye en más de 50 puntos porcentuales en las mujeres mayores rurales, y en más de veinte en el conjunto de la población. Respecto de sus pares urbanos, los hombres rurales mantienen su importancia relativa. La jefatura de hogar en el campo es un rol importante para la reproducción económica y social de los campesinos. Los hombres mayores por lo tanto mantienen una autoridad y tienen ingerencia en las decisiones cotidianas y de su entorno.

La situación conyugal de los adultos mayores rurales —en algunos casos— es bastante diferente al de la población urbana y nacional. En primer lugar, hay una mayor proporción de mujeres casadas o unidas (52%) mientras que a diferencia de las contrapartes urbanas y nacionales la proporción de hombres casados o en unión consensual tiende a ser menor. Asimismo, el número de viudos es levemente mayor que en las áreas urbanas, aunque las mujeres siguen siendo mayoría, al igual que sus pares urbanos y nacionales. Otro rasgo distintivo es que, la proporción de personas solteras es mayor en los hombres (11.8%) que en las mujeres rurales (4.9%), probablemente ésta mayor proporción de hombres solteros está influyendo en el mayor número de hogares unipersonales masculinos que se observa en las áreas rurales.

Los antecedentes presentados revelan que la población rural está envejeciendo muy rápido y en comparación con la población total, esta evolución será más acelerada; lo que significa que la población adulta mayor rural no solamente crecerá más rápido que la población adulta mayor total, sino incluso que la población rural total. En cuanto a las características sociodemográficas, la alta proporción de hombres adultos mayores que viven solos y que están solteros, la importancia de la mujer mayor en los hogares nucleares y extendidos —a pesar del mayor liderazgo familiar masculino— sugieren que es necesario considerar las diferencias surgidas a partir de la zona de residencia en el tratamiento de la vejez y envejecimiento en nuestro país.

CAPITULO 2: SEGURIDAD ECONÓMICA

El estudio de la seguridad económica de las personas mayores comprende por lo menos dos aspectos fundamentales: i) la situación económica y ii) la posición económica.

La *situación económica* de las personas mayores está determinada por su poder adquisitivo; el cual puede provenir de diversas fuentes: trabajo, ahorros, jubilaciones o pensiones, transferencias, regalos, entre otros. Obedece directamente al nivel y tipo de consumo, el cual “depende de la edad, el estado de salud, de los arreglos de residencia y de cuántos servicios corran a cuenta del Estado a través de servicios gratuitos o subsidios” (CEPAL/CELADE, 2003 b).

La particularidad del estudio de la situación económica en la vejez, es la insoslayable necesidad de incluir el ciclo vital como un elemento subyacente, debido a que el poder adquisitivo actual tiene que ver con la “posición económica anterior y con las decisiones y circunstancias a las que se vieron sometidas las personas en otras etapas o momentos del curso de vida” (Pérez, 1997). Al respecto, algunos autores como Maddox y Campbell (1985) plantean que la etapa más importante en la determinación de la situación económica en la vejez, es aquella inmediatamente anterior a la jubilación. Las evidencias niegan esta posición ya que, por una parte, en etapas previas igualmente se definen factores relevantes como el nivel de estudios, la elección de determinada carrera, el número de hijos, entre otros (Pérez, op.cit); y por otra, la jubilación no es un hecho universal, menos aun para las mujeres.

La *posición económica* en la vejez se evalúa a partir de los ingresos obtenidos por los individuos que componen el grupo de personas mayores en relación con otros grupos de edad o a la población total. Sin embargo, también es importante estudiar las diferencias al interior de la misma generación, básicamente porque en la vejez son más evidentes las desventajas que se acumulan a lo largo de toda una vida. Esto implica identificar aquellas variables estratificadoras de mayor importancia; en las cuáles el género, la zona de residencia y el origen étnico, se traduce en mejor o peor posición económica de acuerdo a la trayectoria vital de las personas.

Hay que tener en cuenta además, que la vejez no es un momento detenido en el tiempo, sino que es también un proceso en el que los individuos continúan dialogando con la estructura social en la que están insertos y también con la estructura económica (Huenchuan, 2003), por lo que – al igual que el resto de la población – están sometidos, entre otros, a los cambios del mercado laboral, al nivel de salarios, a los ajustes fiscales, y a las condiciones de reproducción social de su sociedad.

En este apartado analizaremos la seguridad económica de las personas mayores en Panamá. Para el estudio de la situación económica nos concentraremos en algunos indicadores clásicos tales como participación económica e ingresos en la vejez. Para el estudio de la posición económica analizaremos el acceso a la seguridad social y la pobreza en la vejez.

1. Participación económica

En nuestro país, durante la última década, la participación económica de la población adulta mayor presenta notables diferencias por sexo. En general la población femenina ha aumentado su participación económica, pero se caracteriza por la informalidad.

La tasa de participación económica de las personas mayores es menor que la del grupo en edad potencialmente activa. Entre 1970 y 2000 esta tasa se redujo por distintas causas y la proporción de la población adulta mayor económicamente activa en el total de la población fue de un 6%, aproximadamente.

En la actualidad, la tasa de participación económica de la población adulta mayor es de 28,0%, alcanzando a 45,5 en hombres y 10,7 en mujeres. Respecto del año 1991 este indicador ha aumentado su valor, siendo más importante este incremento en mujeres que en hombres (véase cuadro 15)

Cuadro 15
Panamá: Indicadores de participación económica de la población adulta mayor, por sexo y según grupos de edad. 1991 y 2000

Indicadores/ grupos de edad	Tasa de participación	Tasa de empleo	Tasa de desempleo	Proporción de	Proporción de
				empleo informal	empleo asalariado
1991					
<i>Ambos sexos</i>	<i>26.03</i>	<i>25.23</i>	<i>2.97</i>	<i>82.10</i>	<i>23.30</i>
60 a 64 años	33.90	32.80	3.00	72.70	34.40
65 a 69 años	27.10	26.30	2.90	86.40	20.50
70 años y más	17.10	16.60	3.00	87.20	15.00
<i>Hombres</i>	<i>43.70</i>	<i>42.37</i>	<i>3.10</i>	<i>82.43</i>	<i>20.70</i>
60 a 64 años	56.50	54.70	3.10	73.20	31.60
65 a 69 años	45.10	43.90	2.80	86.50	16.50
70 años y más	29.50	28.50	3.40	87.60	14.00
<i>Mujeres</i>	<i>8.17</i>	<i>7.97</i>	<i>1.93</i>	<i>80.40</i>	<i>37.27</i>
60 a 64 años	11.50	11.20	2.50	70.20	48.40
65 a 69 años	9.00	8.70	3.30	86.40	41.00
70 años y más	4.00	4.00	0.00	84.60	22.40
2000					
<i>Ambos sexos</i>	<i>28.00</i>	<i>26.87</i>	<i>3.23</i>	<i>80.40</i>	<i>24.87</i>
60 a 64 años	41.20	38.50	6.50	69.70	34.60
65 a 69 años	29.00	28.40	2.00	81.10	24.50
70 años y más	13.80	13.70	1.20	90.40	15.50
<i>Hombres</i>	<i>45.53</i>	<i>43.77</i>	<i>3.23</i>	<i>79.77</i>	<i>22.67</i>
60 a 64 años	64.70	60.90	5.80	68.30	32.30
65 a 69 años	47.60	46.40	2.40	80.30	23.20
70 años y más	24.30	24.00	1.50	90.70	12.50
<i>Mujeres</i>	<i>10.73</i>	<i>10.23</i>	<i>3.00</i>	<i>83.17</i>	<i>34.17</i>
60 a 64 años	17.50	16.00	9.00	75.20	43.30
65 a 69 años	10.00	10.00	0.00	84.90	30.70
70 años y más	4.70	4.70	0.00	89.40	28.50

Fuente: Banco de Datos del SIAL/OIT – Panamá, en base a la Encuesta de Hogares levantada por la DGEC

La mayor participación de las personas mayores se concentra en el sector primario (46.3%). La participación de los hombres se ubica fundamentalmente en actividades silvoagropecuarias, con marcado dinamismo en el área rural. En las mujeres (68%) su mayor participación está en los servicios domésticos, comunitarios, sociales y personales (véase cuadro A.3 del anexo). En el conjunto de las comarcas indígenas, el predominio en la ocupación por parte de los hombres se da como trabajadores por cuenta propia (más de 65%) y en las mujeres como trabajadoras familiares (50%).

En general la participación de la población adulta mayor se concentra en actividades de tipo informal. En el año 2000, de acuerdo a datos de la OIT-Panamá (2004), el 80,4% de la población adulta mayor se desempeña en empleos informales, cifra que disminuyó en dos puntos porcentuales en relación a 1991, pese que esta proporción aumentó en las mujeres (véase cuadro 15). Como contrapartida en los hombres se extendió el peso relativo del empleo asalariado, mientras que en las mujeres bajó.

En el periodo 1991-2000, también hubo un leve aumento de la tasa de desempleo en la población adulta mayor, con algunas diferencias por sexo y grupos de edad. En las mujeres la tasa de desempleo se incrementó un punto porcentual, mientras que en los hombres se mantuvo similar; y en el grupo de 60 a 64 años la tasa de desempleo se duplicó: de 3,0 pasó a 6,5% (véase cuadro 15).

2. Ingresos en la vejez

Los ingresos de las personas mayores pueden provenir de distintas fuentes, siendo las más comunes los ingresos laborales y los ingresos previsionales. Pese a las condiciones de inserción laboral de las mujeres, éstas obtienen mejores ingresos laborales que los hombres, quienes a su vez reciben mayores ingresos previsionales que las mujeres, cuyos montos —en general— son más altos que los ingresos laborales. En cuanto a las personas mayores que no reciben ingresos, la proporción es más alta en la población femenina que en la masculina, y dentro de ella, en las mujeres rurales.

En 1991, de acuerdo a los datos de la OIT-Panamá (2004), los ingresos laborales de las personas mayores alcanzaban en promedio a B/. 127,13, elevándose a B/. 245,16 en el año 2000. El aumento más significativo se dio en el monto de los ingresos de los hombres, el cual se duplicó; pese que en la actualidad, el monto de los ingresos laborales de las mujeres sigue siendo más alto que el de los hombres (véase cuadro 16).

Cuadro 16
Panamá: Ingresos laborales y previsionales de la población adulta mayor por sexo y grupos de edad. 1991 y 2000

Grupos de edad/indicador	Ingresos			
	Laborales		Previsionales	
	1991	2000	1991	2000
<i>Ambos sexos</i>	<i>127.13</i>	<i>245.16</i>	<i>372.5</i>	<i>309.17</i>
60 a 64 años	178.03	329.97	391.71	339.21
65 a 69 años	109.38	255.56	400.72	334.81
70 años y más	93.98	149.95	325.07	253.51
<i>Hombres</i>	<i>110.27</i>	<i>233.12</i>	<i>416.52</i>	<i>339.04</i>
60 a 64 años	162.03	335.59	429.48	360.03
65 a 69 años	92.05	253.18	441.67	371.41
70 años y más	76.74	110.58	378.42	285.68
<i>Mujeres</i>	<i>224.85</i>	<i>302.29</i>	<i>317.70</i>	<i>256.27</i>
60 a 64 años	255.02	308.48	347.97	301.08
65 a 69 años	197.10	266.61	341.98	262.46
70 años y más	222.43	331.79	263.16	205.28

Fuente: Banco de Datos del SIAL/OIT – Panamá, en base a la Encuesta de Hogares levantada por la DGEC

El monto de los ingresos previsionales de las personas mayores es superior que los ingresos laborales. En el año 1991 alcanzaban en promedio a B/. 309.18 y en el año 2000 a B/. 372.50. A diferencia de lo que ocurre con los ingresos laborales, en los hombres los ingresos previsionales son más prominentes que en las mujeres y entre 1991 y 2000 el incremento del monto de los ingresos previsionales también es más alto en hombres que en mujeres (véase cuadro 16).

De acuerdo a datos de encuestas de hogares, el total de población panameña sin ingresos es de 30,5 %, cifra que desciende al 20,5% en la población adulta mayor . En el área urbana el porcentaje de población adulta mayor sin ingresos es más bajo que en el área rural, con diferencias mas notables entre mujeres que entre hombres (véase cuadro 17)

Cuadro 17
Panamá: Porcentaje de población total y de 60 años y más sin ingresos propios, por sexo y zona de residencia. Alrededor de 1999

Sexo	Urbana		Rural	
	60 y más	Total	60 y más	Total
Mujer	29.9	41.5	37.2	51.4
Hombre	7.0	16.7	8.2	12.4

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de Encuesta de Hogares de Panamá.

3. Seguridad Social

La Caja del Seguro Social es la institución encargada de la seguridad social en Panamá. Fue creada mediante la Ley 134 del 27 de abril de 1943², la cual regula todos los aspectos referentes a los(as) pensionados(as) y jubilados(as) del país. En el Capítulo I de esta ley se otorga descuentos en servicios de transporte, consumo individual de comida, préstamos personales, congelación del impuesto de inmuebles, entre otros, a las mujeres de 57 años ó más y a los hombres de 62 años ó más.

En cuanto al acceso a la seguridad social se encuentran diferencias en términos de cobertura para cada sexo, pero estas disparidades no son tan marcadas entre los beneficiarios de la CSS. Si bien en la población femenina adulta mayor la cobertura de la CSS es más baja que en la población masculina, las mujeres acceden en mayor proporción que los hombres a los programas de la Caja, ya sea en su calidad de aseguradas o de beneficiarias de los(as) asegurados(as).

En el año 1997, los pensionados de la Caja del Seguro Social³, alcanza a 112,355 personas y en el año 2001 a 135,061, aumentando la cobertura a razón de 15,458 personas por año (véase cuadro 18). De ellos, los pensionados por el Programa de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) constituyen el porcentaje más elevado en cantidad y montos de las pensiones vigentes de la CSS (96%).

2 La misma ha sufrido diversas modificaciones, entre las cuales podemos mencionar: El Decreto de Gabinete No. 68 del 31 de marzo de 1970 que centraliza en la institución, la cobertura obligatoria de los riesgos profesionales. La Ley 15 del 31 de marzo de 1975, por la cual se introducen modificaciones a la Ley Orgánica y se crea el Fondo Complementario. La Ley 16 del 31 de marzo de 1975, que reglamenta dicho Fondo para todos los servidores públicos. La Ley 6 del 22 de junio de 1987, modificada por la Ley 18 del 7 de agosto de 1989 y la Ley 15 del 13 de julio de 1992, por la cual se crea y reglamenta el impuesto de timbre denominado Paz y Seguridad Social

3 Es decir, aquellos que reciben una pensión del seguro social adquirida en virtud de sus propios aportes en calidad de trabajador cotizante y que comprende a aquellos perciben beneficios por riesgos del trabajo, invalidez y vejez.

Cuadro 18
Panamá: Población protegida por la Caja del Seguro Social, tipo de Asegurado cotizante. 1997-2001

Tipo de asegurado	Población protegida				
	1997	1998	1999	2000	2001
Asegurados cotizantes	700,801	712,512	759,482	791,046	781,298
Cotizantes Activos	588,446	595,391	636,203	661,285	646,237
Pensionados	112,355	117,121	123,279	129,761	135,061

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá, Situación social de la seguridad social. Estadística Panameña, año 2001.

Los cotizantes activos de la CSS⁴, también aumentaron en el periodo 1997-2000: de 588,446 a 646,237; es decir a una razón de 11,558 personas por año. El número de cotizantes activos cuadruplica el número de pensionados, por lo que a futuro se prevé que la demanda por pensiones también aumentará sustantivamente (véase cuadro 18).

En la provincia de Panamá se concentra la mitad de los pensionados vigentes para el año 2000. En las restantes provincias el porcentaje de pensionados es bajo, destacándose sólo Coclé (17,82%) y Chiriquí (16,12%). En las comarcas indígenas la cobertura es muy disminuida, alcanzando apenas al 0,31 en total en la Comarca Kuna y Embera; mientras que en la comarca Ngöbe no hay ningún pensionado (véase cuadro 19). Lo anterior no significa que no haya personas indígenas entre los pensionados de la CSS. Una interpretación correcta de estos datos es que en los asentamientos tradicionales de los pueblos indígenas en Panamá, la cobertura de la CSS es prácticamente nula.

⁴ Es decir aquellos que cotizaron por lo menos un mes a la institución durante el periodo en estudio

Cuadro 19
Panamá: Población pensionada por la caja de seguro social según provincia y comarca. 2001

Provincia y Comarca	Pensionados	Porcentaje
Total	135,061	100
Bocas del Toro	3,652	2.70
Coclé	10,557	17.82
Colón	8,975	6.65
Chiriquí	21,773	16.12
Darién	292	0.22
Herrera	6,242	4.62
Los Santos	5,466	4.05
Panamá	70,129	51.92
Veraguas	7,546	5.59
Comarcas:		
Kuna Yala	409	0.30
Emberá	20	0.01
Ngöbe Buglé

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá, Situación Social de la Seguridad Social. Estadística Panameña, año 2001.

A finales de la década pasada, el 44.0% de las personas mayores recibían ingresos por jubilaciones y pensiones, aumentando a 61,0% en el área urbana y disminuyendo drásticamente al 18,5% en el área rural. Según sexo, igualmente se presentan diferencias, 5 de cada 10 hombres y 4 de cada 10 mujeres reciben pensión o jubilación. Estas diferencias se acentúan por zona de residencia: la cobertura más alta se da en hombres urbanos (71,7%) y la más baja en las mujeres rurales (13,5%). Sin embargo, en ambos sexos, a medida que aumenta la edad, se incrementa la proporción de personas que reciben ingresos por este concepto: el 53% de las personas que perciben ingresos por jubilaciones y pensiones se concentran en el grupo de 70 años y más. En este aspecto no se presentan diferencias por género ya que los hombres de dicha edad se presentan el 52% y las mujeres el 54% (véase cuadro 20). Esto significa que la cobertura de las jubilaciones y pensiones en la población adulta mayor ha descendido en 32 puntos porcentuales en la población adulta mayor de menor edad, siendo similar esta disminución en hombres (31%) y mujeres (32%).

Cuadro 20
Panamá: Número de personas de 60 años y más que declaran percibir jubilaciones y pensiones, según sexo y grupos de edad. 1991 y 2000

Sexo y Edad	1991			2000		
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
Total	71,396	56,678	14,718	107,835	89,812	18,023
60 a 64	19,780	14,864	4,916	22,950	18,825	4,125
65 a 69	17,944	14,434	3,510	28,046	23,443	4,603
70 y más	33,672	27,380	6,292	56,839	47,544	9,295
Hombres	45,150	34,744	10,406	59,657	47,415	12,242
60 a 64	12,794	9,273	3,521	12,315	9,502	2,813
65 a 69	12,110	9,531	2,579	16,369	12,989	3,380
70 y más	20,246	15,940	4,306	30,973	24,924	6,049
Mujeres	26,246	21,934	4,312	48,178	42,397	5,781
60 a 64	6,986	5,591	1,395	10,635	9,323	1,312
65 a 69	5,834	4,903	931	11,677	10,454	1,223
70 y más	13,426	11,440	1,986	25,866	22,620	3,246

Fuente: banco de Datos del SIAL/OIT – Panamá, en base a la Encuesta de Hogares levantada por la DGEC.

La población adulta mayor también accede a otros programas de la CSS, aparte del programa que cubre los riesgos de la vejez (IVM). Algunas personas mayores reciben beneficios del Programa de Riesgos Profesionales o del Programa de Fondo Complementario, en su calidad de asegurado(a) o de beneficiario(a) del asegurado(a).

En diciembre de 2001, el total de personas mayores que recibe alguna prestación de los programas vigentes de la Caja del Seguro Social es de 113,581, es decir el 48,6% de la población adulta mayor al año 2000.

Del total de pensionados que reciben prestaciones, el 53.2% son hombres y el 46,8% son mujeres (véase cuadro 21). Cabe resaltar que en estos casos, las mujeres adquirieron el beneficio en su calidad de aseguradas debido a que no hemos incluido en este porcentaje aquellas que reciben beneficios a través de una posición mediada; es decir, que tienen pensiones de sobre vivencia de los Programa IVM y PRP —que en su gran mayoría son viudas y madres—; dato que aumentaría la proporción de mujeres que reciben algún beneficio de la CSS.

Cuadro 21
Cobertura de los Programas de la Caja del Seguro Social según sexo, 2001

Programas	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Numero	Porcentaje	Número	Porcentaje	Numero	Porcentaje
<i>Totales</i>	<i>113,031</i>	<i>100</i>	<i>60,076</i>	<i>53.15</i>	<i>52,955</i>	<i>46.85</i>
Programa de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM)						
• Pensión de invalidez	7,913	100	5,718	72.26	2,195	27.74
• Pensión de vejez	55,126	100	26,176	47.48	28,950	52.52
• Pensión de vejez anticipada	39,011	100	23,632	60.58	15,379	39.42
Subtotal IVM	102,050	100	55,526	54.41	46,524	45.59
Programa de Fondo Complementario						
Pensiones de Jubilación Especial						
• Pensión por antigüedad de servicios	10,016	100	3,904	38.98	6,112	61.02
• Pensión por incapacidad física	297	100	62	20.88	235	79.12
Subtotal PJE	10,313	100	3,966	38.46	6,347	61.54
Programa de Riesgos Profesionales						
• Pensión parcial permanente	518	100	463	89.38	55	10.62
• Pensión absoluta permanente	150	100	121	80.67	29	19.33
Sub total PRP	668	100	584	87.43	84	12.57

Fuente: CSS, Dirección Nacional de Informática

El programa que presenta la cobertura más alta de mujeres aseguradas es el Programa de Fondo Complementario, particularmente el Programa de Jubilaciones Especiales, que fue eliminado en el año 1997.

A continuación estudiaremos en detalle la situación de las personas mayores en los tres programas más importantes de la CSS.

3.1. Programa de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM)

Hasta diciembre de 2001, el Programa de Invalidez, Vejez y Muerte de la CSS mantenía una cobertura de 86,671 personas mayores entre 60 a 109 años. Del total de población cubierta, el 53.6% (46,524) son mujeres y el 46.3% (40,147) son hombres (véase cuadro 22).

De la población adulta mayor cubierta por el programa de IVM, el 26.8%, se concentra dentro del rango de 65 a 69 años; el 22.5% en los 60 a 64 años y el 19.8% en el de 70 a 74 años. Dentro de este programa se destaca que el 63.6% (55,126 personas) se ha

acogido a la Pensión por Vejez; el 9.1% (7,913) tiene Pensión por Invalidez y el 27.2% (23,632) por Vejez Anticipada (véase cuadro 22); estas últimas se irán extinguiendo paulatinamente ya que fueron eliminadas en el año 1991.

Cuadro 22
Panamá: Programa de invalidez, vejez y muerte
Pensiones de vejez, vejez anticipada e invalidez de personas de 60 años y más,
vigentes a diciembre de 2001

Grupo de Edad	Total Invalidez, Vejez y Muerte Adulto Mayor			PRESTACIONES								
				INVALIDEZ			VEJEZ			VEJEZ ANTICIPADA*		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	hombres	Mujeres
Total	86,671	40,147	46,524	7,913	5,718	2,195	55,126	26,176	28,950	23,632	8,253	15,379
60-64	19,549	12,341	7,208	3,181	2,541	640	11,473	6,122	5,351	4,895	3,678	1,217
65-69	23,256	9,452	13,804	1,564	1,085	479	12,851	6,078	6,773	8,841	2,289	6,552
70-74	17,243	7,024	10,219	1,079	694	385	10,528	5,080	5,448	5,636	1,250	4,388
75-79	12,449	5,545	6,904	896	573	323	8,365	4,028	4,337	3,188	944	2,244
80-84	7,139	3,102	4,037	637	420	217	5,467	2,590	2,877	1,035	92	943
85-89	4,380	1,943	2,437	388	283	105	3,955	1,660	2,295	37	0	37
90-94	1,882	595	1,287	117	79	38	1,765	516	1,249	0	0	0
95-99	614	106	508	26	18	8	588	88	500	0	0	0
100-104	122	18	104	7	7	0	115	11	104	0	0	0
105-109	37	21	16	18	18	0	19	3	16	0	0	0

Fuente: Caja del Seguro Social, Dirección Nacional de Informática.

*El régimen de pensiones por Vejez Anticipada fue eliminado a través de la Ley 30 de diciembre de 1991, lo cual significa que las pensiones de Vejez Anticipada que se encuentran vigentes se van a extinguir paulatinamente. Este cuadro excluye las pensiones de sobrevivientes de adulto mayor

El Programa de IVM, hasta diciembre del 2001, entregaba pensiones de sobre vivencia a 10,489 personas de 60 años y más, de las cuales el 89.6% (9,402) beneficia a viudas y el 7,5% a madres. Los viudos inválidos y los padres alcanzan apenas al 1,8% de los beneficiarios; es decir, las mujeres absorben – sin considerar las hijas inválidas – el 97% de las pensiones de sobre vivencia del Programa de IVM. También existen diferencias en relación a la edad entre las viudas y los viudos inválidos. Las primeras se concentran en grupo de edad de 75 años y más y los segundos en el grupo de 60 a 64 años (véase cuadro 23)

Cuadro 23

**Panamá: Programa de Invalidez, vejez y muerte.
Pensiones de sobreviviente de personas 60 de años y más, vigentes a diciembre de 2001.**

Grupo de edad	Total	Tipo de prestación				
		Hijos inválidos	Viudas	Viudos inválidos	Madres	Padres
Total	10,489	112	9,402	156	784	35
60-64	1,452	55	1,227	85	85	0
65-69	1,858	34	1,670	39	114	1
70-74	2,030	14	1,872	16	124	4
75-79	1,986	8	1,805	12	156	5
80-84	1,542	1	1,407	2	124	8
85-89	1,100	0	979	2	109	10
90-94	384	0	330	0	50	4
95-99	93	0	81	0	10	2
100-104	28	0	18	0	9	1
105-109	10	0	8	0	2	0
110-114	6	0	5	0	1	0

Fuente: CSS, Dirección Nacional de Informática

3.2. Programa de Fondos Complementarios

El total de personas con jubilaciones especiales vigentes es de 10,313 personas mayores, de las cuales el 97.1% (10,016) son por antigüedad en el servicio y el 2.8% restante por incapacidad física. El grupo de 60 a 64 años concentra el 81% del total de jubilaciones especiales y en ambos tipos de jubilaciones las mujeres concentran la mayoría de beneficios: 61% del total de jubilaciones por años de antigüedad y el 79,1% del total de jubilaciones por incapacidad física (véase cuadro 24).

**Cuadro 24
Panamá: Programa de Fondo Complementario
Jubilaciones especiales de personas de 60 años y más, vigentes a diciembre de 2001**

Grupo de edad	Total de jubilaciones			Jubilaciones especiales					
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Antigüedad de servicios			Incapacidad física		
				Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total	10,313	3,966	6,347	10,016	3,904	6,112	297	62	235
60-64	3,986	1,551	2,435	3,894	1,524	2,370	92	27	65
65-69	2,882	1,126	1,756	2,808	1,110	1,698	74	16	58
70-74	1,938	747	1,191	1,877	734	1,143	61	13	48
75-79	980	343	637	947	342	605	33	1	32
80-84	366	133	233	341	130	211	25	3	22
85-89	125	51	74	118	50	68	7	1	6
90-94	35	15	20	30	14	16	5	1	4
95-100	1	0	1	1	0	1	0	0	0

Fuente: CSS, Dirección Nacional de Informática

Nota: Las jubilaciones especiales fueron eliminadas a través de la ley No. 8 de febrero de 1997

3.3. Programa de Riesgos Profesionales

La CSS beneficia a 668 personas adultas mayores a través del Programa de Riesgo Profesional (PRP), de los cuales el 87.4% (584) son hombres. De la población adulta mayor, el 77.5% (518) se acogió a pensión parcial permanente y el restante a pensión absoluta permanente (véase cuadro 25).

Cuadro 25
Panamá: Programa de Riesgos Profesionales
Pensión Parcial permanente y absoluta permanente de personas de 60 años y más, vigentes a diciembre de 2001

Grupo de edad	Total de pensiones por riesgos profesionales			Prestaciones					
				Parcial Permanente			Absoluta Permanente		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total	668	584	84	518	463	55	150	121	29
60-64	301	268	33	244	222	22	57	46	11
65-69	166	135	31	124	104	20	42	31	11
70-74	111	100	11	92	84	8	19	16	3
75-79	45	39	6	32	28	4	13	11	2
80-84	33	30	3	21	20	1	12	10	2
85-89	10	10	0	5	5	0	5	5	0
90-94	1	1	0	0	0	0	1	1	0
95-99	1	1	0	0	0	0	1	1	0

Fuente: CSS, Dirección Nacional de Informática

Las pensiones por sobre vivencia de la población adulta mayor del Programa de Riesgos Profesionales alcanzan un total de 483 personas. De ellas el 48% corresponde a madres, el 36,8% a viudas y sólo el 14,9% a padres (véase cuadro 26).

Cuadro 26
Panamá: Programa de Riesgos Profesionales.
Pensiones de sobreviviente de personas 60 de años y más vigentes a diciembre de 2001.

Grupo de edad	Total	Tipo de prestación			
		Hijos inválidos	Viudas	Madres	Padres
Total	438	1	178	232	72
60-64	134	1	71	57	5
65-69	122	0	48	64	10
70-74	101	0	32	48	21
75-79	62	0	16	28	18
80-84	40	0	6	20	14
85-89	16	0	3	10	3
90-94	4	0	1	2	1
95-99	3	0	1	2	0
100-104	1	0	0	1	0

Fuente: CSS, Dirección Nacional de Informática

Al igual que en el Programa IVM, el grueso de las pensiones de sobrevivencia se concentra en mujeres (84%, sin considerar las mujeres que pueden clasificarse como hijos(as) inválidos(as) y para los cuáles no contamos con datos desagregados por sexo).

4. Pobreza en la vejez

La pobreza en la vejez es la expresión de la desigualdad extrema. Para algunos autores (Woolf 1989), la condición de pobreza de las personas mayores está relacionada con determinadas fases particulares de vulnerabilidad en su ciclo de vida; es decir, la edad pasa a constituirse en una condición de fragilidad en que los individuos descienden bruscamente del nivel de subsistencia al de pobreza con más facilidad que en otras etapas de la vida.

Según la Encuesta de los Niveles de Vida realizada en 1997 por el Ministerio de Economía y Finanzas, el 37.1% de la población nacional es pobre y el 21.6% de esta población está en la pobreza extrema. Estas cifras aumentan en la población rural al 63 y 42% , respectivamente. De este modo, la pobreza se concentra en áreas rurales e indígenas, donde viven el 77% de los pobres, sin embargo, la pobreza urbana sigue siendo un problema de primera importancia en tanto que su magnitud absoluta alcanza a 230,000 personas aproximadamente.

La vulnerabilidad de las personas mayores es ampliamente reconocida y las condiciones de pobreza aumentan los riesgos a los que pueden verse enfrentados. En Panamá, la pobreza en la población de 60 años y más, alcanza un 27.4%, y afecta más a los hombres que a las mujeres mayores (32% y 26%, respectivamente).

En el área urbana la proporción de los pobres de edad avanzada es de 15.3%, siendo pequeña la proporción que se encuentra en extrema pobreza. En las áreas rurales la incidencia de la pobreza en la población adulta mayor es de 64.9% y, en las zonas indígenas, el 95.4% de las personas mayores viven en condición de pobreza y de ellos, el 86.4% en pobreza extrema.

El 39.6% de las personas mayores pobres permanece económicamente activa, siendo mayoritariamente hombres (86%). La tasa de desocupación masculina en las personas mayores pobres es muy baja, siendo las mujeres quienes registran mayores índices de desempleo. Otro rasgo interesante de resaltar de la pobreza en la vejez, es que en el área urbana está vinculada a la inserción laboral en el mercado informal del trabajo. Más de la mitad de los trabajadores pobres de edad avanzada residentes en áreas urbanas se desempeñan en el sector informal de la economía.

La carencia de empleo o desempeño de actividades de baja productividad en el sector informal de la economía es un elemento que acentúa la desigualdad social. Las consecuencias de una precaria inserción laboral en el mercado de trabajo informal son conocidas, no obstante, estas afectan aspectos diferentes cuando se trata de personas mayores.

En síntesis, la seguridad económica de las personas mayores en Panamá es heterogénea. La situación y posición económica está marcada por el género, la zona de residencia y el origen étnico. El sistema de seguridad social protege a la mitad de la población mayor, pero cerca de un quinto de la población adulta mayor carece de ingresos, siendo la informalidad una característica de la participación económica en la vejez — especialmente de aquellas personas que no cuentan con seguro y están en situación de pobreza—.

Según género, los datos demuestran que en términos de seguridad social de las personas mayores, las mujeres siguen ocupando una posición mediada – ya sea a través del cónyuge o de los hijos -, pero que esto no se traduce necesariamente en inseguridad económica.

No ocurre lo mismo con la población adulta mayor rural e indígena quienes tienen una inserción laboral precaria y sin seguridad social, convirtiéndose en el sector más

vulnerable de la población adulta mayor de Panamá, por lo menos en relación a su bienestar económico.

CAPITULO 3: SALUD Y BIENESTAR EN LA VEJEZ

La salud de la población panameña, así como los problemas que la aquejan han variado en estrecha relación con el crecimiento demográfico y el desarrollo socioeconómico del país. Los indicadores de salud del país reflejan un mejoramiento en la calidad de vida de la población general, pero un análisis más detallado por área de residencia, origen étnico y género, nos revela que aun persisten problemas relacionados con la equidad en salud, que se hacen más evidentes en la vejez.

1. Esperanza de Vida a los 60 y más años de edad.

La reducción de la mortalidad a edades tempranas y la prolongación del promedio de vida constituyen logros enormes para la humanidad. En el primer capítulo analizamos la esperanza de vida como un factor del envejecimiento de nuestro país; sin embargo este indicador también es útil para analizar la situación en salud de una población.

La esperanza de vida al nacer para la población nacional en el periodo 2000-2005 es de 72.3 años para hombres y 77.4 años para las mujeres. Esta expectativa desciende bruscamente en las comarcas —donde la población indígena representa más del noventa por ciento de la población, de acuerdo a los datos del último censo⁵—, y en las cuales la expectativa de vida al nacer es siete años menor que el valor nacional (véase cuadro 27).

Cuadro 27
Panamá: Esperanza de vida al nacer 2000-2005

Sexo	Nacional	Comarca Kuna Yala	Comarca Embera	Comarca Ngobe Bugle
Hombre	72.3	66.69	62.78	64.24
Mujer	77.4	72.83	66.88	69.36

Fuente: Secretaria Técnica del Gabinete Social en base a información de la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

⁵ El porcentaje de población indígena en la comarca Kuna Yala es de 96.4%; en la comarca Emberá es de 92.5% y comarca Ngobe Bugle es de 96.9%.

A nivel nacional también se experimenta un incremento de la esperanza de vida de la población de 60 años y más. De 17.5 años en los hombres y 18.9 años en las mujeres, en el quinquenio 1970-75, se elevó a 19.2 y 22.0 años para hombres y mujeres respectivamente en el quinquenio 1995-2000 (véase cuadro 28)

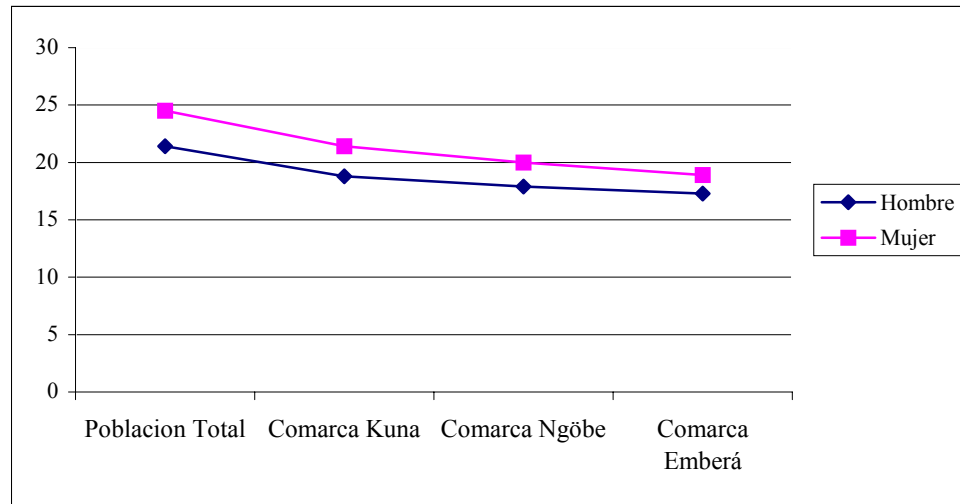
Cuadro 28
Panamá: Esperanza de vida a los 60 y más años de edad. 1970-75 y 1995-2000

Sexo	Quinquenios		
	1970-1975	1995-2000	2000-2005
Hombre	17.5	19.2	21.4
Mujer	18.9	22.0	24.5

Fuente: Secretaria Técnica del Gabinete Social en base a información de la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

Se observa que las diferencias de género suelen ser de 2 ó 3 años a favor de la mujer con mayor énfasis después de los 75 años de edad. Para el quinquenio 2000-2005 en el ámbito nacional se estima que este indicador será de 22.9 años a nivel nacional con una distribución por sexo de 21.4 años para los hombres y de 24.5 años para las mujeres.

Las diferencias en la esperanza de vida a los 60 años entre la población total y las comarcas indígenas también son amplias. En el quinquenio 2000-2005, la esperanza de vida a los sesenta años de la población panameña es superior a la que presenta la mayoría de los países de la región, pero en las comarcas disminuye significativamente. Tanto en la comarca Emberá y Ngöbe la esperanza de la vida a los 60 años se acerca al valor que la población nacional tuvo en el quinquenio 1970-1975, vale decir cerca de 30 años de rezago (véase gráfico 5), lo cual pone en evidencia las profundas brechas que existen en relación a la calidad de vida, en general, y condiciones de salud, en particular.

Gráfico 5**Panamá: Esperanza de vida a los 60 años. Población total y Comarcas indígenas. 2000-2005**

Fuente: Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

Actualmente no se dispone de cálculo de la esperanza de vida sin discapacidad a los 60 y más años de edad. Solo se sabe que con el aumento de la esperanza de vida a los 60 y más años de edad será cada vez mayor el número de personas que sobreviven hasta una edad avanzada. Pero tener una vida prolongada, no siempre significará estar libre de discapacidades.

2. Mortalidad

En Panamá para el año 2000, la tasa de mortalidad era de 4.1 muertes por 1,000 habitantes conforme a las estadísticas continuas. Del total de muertes ocurridas a nivel general (11,841), el 57.2% ocurrió en la población adulta mayor.

De las 6,794 defunciones ocurridas en la población adulta mayor, el 55.8% se registró en hombres y el 44.1% en mujeres. En el 2000, los tumores malignos, seguido de las enfermedades cerebro vasculares y las afecciones isquémicas del corazón, fueron las tres principales causas de defunción, con el 50.5% del total de las causas de muerte (véase cuadro 29).

Cuadro 29
Panamá: Principales causas de muerte de la población adulta mayor. 1998-2000

Causas	Defunciones en Personas Adultas Mayores								
	1998			1999			2000		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Tumores Malignos	1,198	716	482	1,245	748	497	1,362	831	531
Enfermedades Cerebro Vascular	1,051	524	527	1,104	572	532	1,078	539	539
Enfermedades Isquémicas del Corazón	972	537	435	935	504	431	981	535	446
Diabetes Mellitus	412	176	236	495	191	304	508	205	303
Enfermedad de las Vías Respiratorias Inferiores	483	280	203	545	303	242	422	244	178
Otras Enfermedades del Corazón	379	210	169	409	204	205	365	196	169
Accidentes Lesiones Autos y otras	279	181	98	265	191	74	227	178	49
Violencias									
Neumonía	224	118	106	231	124	107	163	83	80
Enfermedad Hipertensiva	120	57	63	150	58	92	146	61	85
Enfermedades del Hígado	134	91	43	106	56	50	107	57	50
Las Demás Causas	1,436	817	619	1,433	794	639	1,435	863	572
Total	6,688	3,707	2,981	6,918	3,745	3,173	6,794	3,792	3,002

Fuente: Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

2.1. Los Tumores Malignos

Desde 1960, los tumores malignos se encuentran entre las diez principales causas de muerte. Cuando se analiza el comportamiento de esta patología se observa una tendencia progresiva al aumento. En el año 2000 se registraron 1,362 muertes por tumores malignos, que representaron el 20.4% del total de las causas de muerte, con una tasa de 589.1 por 100.000 habitantes. Su distribución, según sexo, registra que el 61.1% y el 38.9% ocurrieron en hombres y mujeres respectivamente (véase cuadro 30).

Cuadro 30
Panamá: Defunciones de los Principales Tumores Malignos en la Población Adulta Mayor .
1998- 2000

Localización del Tumor	Defunciones por Tumores Malignos								
	1998			1999			2000		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Tumor Maligno Próstata	195	195		222	222		242	242	
Tumor Maligno Estómago	169	121	48	156	112	44	172	115	57
Tumor Maligno de la Tráquea de los Bronquios y del Pulmón	134	104	30	145	112	33	144	96	48
Tumor Maligno del Colon, del Recto, y del Ano	90	44	46	99	50	49	122	70	52
Tumor Maligno de la Mama.	52		52	43		43	63	1	62
Tumor Maligno Páncreas	45	24	21	45	25	20	61	34	27
Tumor Maligno de la Laringe	14	14		10	9	1	21	17	4
Tumor Maligno del Cuello del Útero	53		53	65		65	50		50
Tumor Maligno del Labio de la Cavidad Bucal y de la Faringe	30	18	12	40	25	15	45	27	18
Linfoma No Hodgkin	25	11	14	27	17	10	35	17	18
Los Demás Tumores Malignos	176	93	83	169	72	97	187	100	87
Total	983	624	359	1,021	644	377	1,142	719	423

(--): Valor Nulo o Cero

Fuente: Dirección de Estadística y Censo, Contraloría General de la República.

Para el año 2000, el tipo de tumor maligno registrado como el causante del mayor número de muertes fue el de próstata, con una tasa de 214.0 por 100,000 habitantes. La distribución por provincias de la incidencia de esta causa evidenció las mayores tasas de mortalidad en aquellas que concentran las principales actividades económico-comerciales e interoceánicas del país -Panamá y Colón-, con cifras que fluctuaron entre 311.1 y 302.6, respectivamente.

Le siguió en frecuencia el cáncer de estómago, con una tasa de 74.4 por 100.000 habitantes, y con una mayor prevalencia en los hombres (66.8%) que en las mujeres. Las tasas más altas de mortalidad por esta causa se detectaron en las provincias del país con alta concentración de población indígena -Darién y Chiriquí-, cuyos valores oscilaron entre 167.6 y 92.7 por 100.000 habitantes respectivamente.

En el caso de las mujeres, el tumor maligno que más muertes causó en la edad avanzada durante el año 2000, fue el de mama - con una tasa de 27.2 por 100.000 habitantes – . Su mayor frecuencia se registró en tres provincias -Los Santos, Panamá y Colón-, cuyas cifras se mantuvieron entre 53.1, 38.1 y 32.6 por cien mil habitantes respectivamente. En segundo lugar, el cáncer de estómago, seguido muy de cerca por el cáncer de colon, del recto y del ano.

En el país, las campañas preventivas de toma de papanicolau en la mujer en edad fértil han permitido una detección temprana del cáncer de cervix, que en el año 2000, ocupó la cuarta posición en frecuencia en la mujer, con una tasa de 42.3 por 100.000 habitantes. Su mayor frecuencia se registró en tres provincias -Chiriquí, Coclé y Colón-, con tasas que fluctuaron entre 62.6, 56.7 y 50.4 respectivamente. Igualmente se destaca la tendencia progresiva al aumento del tumor maligno de estómago y del tumor maligno de traquea, bronquios y pulmones en las mujeres adultas mayores.

2.2. Las Enfermedades Cardio Cerebro Vasculares

La enfermedad cerebro vascular, mejor conocida como “derrame”, constituye una lesión transitoria o permanente del cerebro, secundaria a una patología vascular previa, de inicio súbito. Estas enfermedades se caracterizan por su largo período de incubación — más de diez años—, y no tiene una causa única. Por tal razón, el estudio de las diferentes causas que intervienen en su producción es de interés trascendental para su prevención.

En el año 2000, las enfermedades cerebro vascular ocuparon la segunda causa de muerte, representando el 15.8% de todas las causas de muerte en este grupo de población, con una tasa de 453.3 por 100.000 habitantes. En comparación con los años 1998, 1999 y 2000, cuyas tasas estuvieron entre 482.8, 491.9 y 466.2 respectivamente, se evidencia una ligera tendencia al descenso. Estas enfermedades han prevalecido por igual en hombres y mujeres. El infarto agudo del miocardio ha tenido un comportamiento más o menos estable, ya que en los años 1998, 1999 y 2000, ha mantenido tasas alrededor de 265.5,

267.8 y 256.9 por 100.000 habitantes, y una prevalencia de muerte en la población masculina.

La importancia de las enfermedades cerebro vascular radica en que representa la más común de las afecciones neurológicas. Generalmente dejan secuelas de consideración debido a que ocasionan en un 50% de los casos, pérdida total o parcial de la función del tejido nervioso cerebral. De igual manera, las enfermedades que afectan al corazón y/o al sistema circulatorio tienen como característica común, la gravedad y las secuelas de incapacidad. Su aparición desde el punto de vista clínico, suele ser brusca, aunque el desarrollo de los factores que predisponen a ella es largo y dependen en general de hábitos y estilos de vida inadecuados.

2.3. Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica y compleja que se caracteriza por deficiencia absoluta o relativa de insulina, hiperglicemia crónica y otras alteraciones del metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos. Por su naturaleza crónica, la severidad de las complicaciones y los medios que se requieren para su control se constituye en una enfermedad altamente costosa. Evidencias acumuladas demuestran que el diagnóstico temprano y el buen control de la diabetes reduce la progresión de las complicaciones crónicas de la enfermedad como lo son: la enfermedad coronaria, la retinopatía con su secuelas de ceguera, la enfermedad vascular periférica que predispone al paciente a la necesidad de cirugía vascular y en algunas situaciones a la necesidad de amputación y las nefropatías, entre otras. Estas complicaciones deterioran la calidad de vida y desencadenan en estos pacientes una mortalidad prematura.

En nuestro país, la diabetes mellitus ha registrado un aumento anual progresivo y de seguir esta tendencia se convertirá en una de las primeras causales de muerte. En el año 2000, representó la cuarta causa de muerte, con una prevalencia mayor en las mujeres (59.6%) que en los hombres, y una tasa de 190.7 por 100.000 habitantes.

3. Morbilidad

La morbilidad de la población envejecida presenta una mayor complejidad respecto a la de los otros grupos etáreos, principalmente porque el estado de salud de dicha población es reflejo de todo un período de vida y en él se acumulan los efectos de diversos procesos. En estos procesos es común una mayor fragilidad y susceptibilidad ante el medio ambiente, la combinación de los efectos del envejecimiento con la aparición de procesos patológicos, la combinación de enfermedades no transmisibles — hipertensión, diabetes— con enfermedades transmisibles —diarreas, infecciones respiratorias agudas— y con accidentes; y el aumento de la población con problemas de incapacidad o invalidez, por la aparición de secuelas que generen discapacidad.

3.1. Principales causas de morbilidad

Es interesante constatar que en nuestro país persiste el peso de la doble carga de las enfermedades. Por un lado las infecto contagiosas(transmisibles) en las áreas indígenas y postergadas del país, incluyendo las áreas periféricas de las ciudades; y por otro, las crónicas degenerativas (no transmisibles) asociadas a factores de riesgo propios de un mejor nivel de vida.

La alta prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas en este grupo de edad, sugiere que si no se implementan medidas de intervención adecuadas, los años de vida ganados en los últimos quinquenios, se verán afectados en parte por los problemas de discapacidad, desmejorando la calidad de vida y aumentando la necesidad de servicios sanitarios y sociales. En el caso de las enfermedades infecto contagiosas, su incidencia en las personas mayores esta asociada a las precarias condiciones de vida, práctica de malos hábitos higiénicos y falta de acceso a atención en salud.

Entre las principales causas de consulta por morbilidad en la población de 60 y más años de edad, la hipertensión arterial ocupa el primer lugar desde hace varios años en el país. En el año 2000, los casos atendidos por esta causa representaron el 24% de todas las

causas de consulta de morbilidad, con una tasa de 3,155.7 por 100.000 habitantes (véase cuadro 31). Los factores de riesgo de esta enfermedad guardan estrecha relación con estilos de vida inadecuados —obesidad, dislipidemia, hábitos alimenticios inadecuados, sedentarismo, el hábito de fumar, estrés, entre otros—, y son susceptibles de modificación en los individuos y en las poblaciones, a través de actividades de promoción y prevención oportuna.

En segundo lugar, la influenza o gripe, representó el 21.4% de las causas de consulta de morbilidad, con una tasa de 2,929.4 por 100.000 habitantes, misma que puede ser prevenible con campañas de vacunación y educación a esta población. En tercer lugar, la diarrea y gastroenteritis representó el 10% de las causas de consulta de morbilidad, con una tasa de 1,376.3 por 100.000 habitantes, que puede estar relacionada con hábitos alimenticios inadecuados, práctica de malos hábitos higiénicos y no-acceso a agua potable, entre otros.

Cuadro 31
Panamá: Principales causas de morbilidad atendidas según causa y posición que ocupa en la población adulta mayor. 2000

Posición	Causas	Número	Tasa (1)
1	Hipertensión arterial	7,296	3,155.7
2	Influenza o Gripe	6,752	2,920.4
3	Diarrea y Gastroenteritis	3,182	1,376.3
4	Rinofaringitis (Resfriado Común)	2,476	1,070.9
5	Infección Vías Urinarias	2,279	985.7
6	Lumbago	1,503	650.1
7	Asma	1,182	511.2
8	Obesidad	909	393.2
9	Bronquitis	850	367.6
10	Anemia	736	318.3
11	Otras	5,902	2,552.7
	Total	33,067	

(1) Tasa por 100,000 habitantes, con base en la estimación de la población al 1 de julio del año respectivo en el grupo de 60 y más años de edad.

Fuente: Boletines Regionales de Estadísticas de Salud, Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de Estadísticas, Ministerio de Salud.

Dentro de las diez principales causas de morbilidad en el año 2000 en esta población se destaca la obesidad, con una tasa de 393.3 por 100.000 habitantes. La obesidad es un problema de salud, particularmente prevalente entre las personas de edad en el país, sobre

todo en las áreas urbanas. A la prevención y tratamiento de la obesidad no se le ha dado la importancia que merece, en función de constituir un factor relevante que predispone a dislipidemias y diabetes. En el medio rural es menor la prevalencia de la obesidad, la diabetes, las dislipidemias y los factores de riesgo coronario, lo que está determinado particularmente por la dieta y el nivel de actividad física e influida además por factores socioeconómicos.

3.2. La Salud Mental

La depresión y la demencia son problemas mentales que en este nuevo milenio son considerados como las enfermedades que serán altamente prevalentes en las personas mayores. En consideración a que en los próximos 20 años se estima que esta población se duplicará, la salud mental se convierte en un aspecto fundamental para su bienestar.

El sistema estadístico panameño no cuenta con información epidemiológica suficiente sobre los riesgos para la salud mental y el padecimiento de trastornos mentales que inciden en el proceso salud-enfermedad. A la fecha, entre los datos disponibles sólo se registran de manera parcial, la demanda satisfecha por parte del Ministerio de Salud. Aunado a lo anterior se presentan limitaciones en el registro de los datos, toda vez que se carece de registro del diagnóstico primario o secundario en la atención de salud integral, y los relacionados con el control de la salud mental y con algunos problemas psicosociales, así como con morbilidades psiquiátricas —violencia, drogas, abuso, adicción al alcohol, discapacidad mental, entre otros—.

Las limitaciones de registro de los datos de causas de consultas y egresos en los(as) pacientes mayores con trastornos mentales, no permiten hacer evidente la magnitud de los trastornos de ansiedad y depresión que afectan a esta población, problemas que se podrían reflejar como las principales patologías psiquiátricas al momento de mejorar el sistema de registro. La información epidemiológica que se obtiene a través de los mecanismos establecidos —consultas externas en centros de salud y policlínicas, egresos

hospitalarios—, resultan insuficientes y no reflejan la realidad de esta población. Sin embargo, nos permiten identificar ciertas tendencias.

En el país, entre los principales diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento atendidos en consulta externa en la población adulta mayor en el año 2001 (véase cuadro 32), ocupó el primer lugar la categoría de los trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos, que representó el 47.7% de la totalidad de las causas de morbilidad, con una mayor prevalencia en la mujer (59.2%). En segundo lugar, los trastornos del humor (afectivos) representaron el 24.8% de la totalidad de las causas de morbilidad, y que al igual que el anterior tuvo mayor prevalencia en la mujer (54.0%). En tercer lugar, se ubican los trastornos mentales de comportamiento, debido al uso de sustancias psicoactivas, en donde los hombres tuvieron mayor prevalencia (71.4%).

Cuadro 32
Panamá: Diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento de las consultas externas, por edad y sexo, según grupo de diagnóstico. 2001

Grupo de Diagnóstico	60 y más años de edad			60-64 años			65 y más años de edad		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Trastornos Neuróticos, relacionados con el Estrés, y Trastornos Somatomorfos	167	68	99	98	42	56	69	26	43
Trastornos del Humor (afectivos)	87	40	47	64	31	33	23	9	14
Trastornos Mentales y del Comportamiento, debidos al uso de sustancias psicoactivas	42	35	7	35	30	5	7	5	2
Trastornos Mentales Orgánicos, incluidos los Trastornos Sintomáticos	21	9	12	12	6	6	9	3	6
Esquizofrenia y Trastornos Equistípicos Delirante	17	11	6	15	10	5	2	1	1
Síndrome del Comportamiento Asociados con Alteraciones Fisiológicas y Factores Físicos	15	12	3	6	4	2	9	8	1
Total	349	175	174	230	123	107	119	52	67

Fuente: Boletines Regionales de Estadísticas de Salud, Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de Estadísticas, Ministerio de Salud.

Con respecto a la atención hospitalaria en el año 2001 (véase cuadro 33), se observó que entre los principales diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento en el país, ocupó el primer lugar la categoría de esquizofrenia, trastornos esquizofrénicos y trastornos delirantes, que representó el 34.3% de las hospitalizaciones, con una mayor prevalencia en la mujer (60.8%). En segundo lugar, los trastornos del humor (afectivos) representaron el 29.8% de las hospitalizaciones, con una mayor prevalencia igualmente en la mujer (65%).

Cuadro 33
Panamá: Diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento de las instalaciones de atención hospitalarias, por edad y sexo, según grupo de diagnóstico. 2001

Grupo de Diagnóstico	60 y más años de edad			60-64 años			65 y más años de edad		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Trastornos Neuróticos, relacionados con el Estrés, y Trastornos Somatomórfos	7	2	5				7	2	5
Trastornos del Humor (afectivos)	20	7	13	12	3	9	8	4	4
Trastornos Mentales y del Comportamiento, debidos al uso de sustancias psicoactivas	9	8	1	5	4	1	4	4	
Trastornos Mentales Orgánicos, incluidos los Trastornos Sintomáticos	8	5	3				8	5	3
Esquizofrenia y Trastornos Esquizotípicos y Delirante	23	9	14	12	6	6	11	3	8
Total	67	31	36	29	13	16	38	18	20

Fuente: Boletines Regionales de Estadísticas de Salud, Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de Estadísticas, Ministerio de Salud.

De acuerdo a estos antecedentes, las mujeres presentan mayores problemas de salud mental que los hombres; o bien consultan con mayor frecuencia que éstos por este tipo de problemas. Independiente de ello, es reconocido que las condicionantes de género pueden constituirse en un factor de riesgo para las condiciones de salud mental en la vejez, tanto en hombres como en mujeres. En los primeros llama la atención la alta incidencia de trastornos mentales por uso de sustancias psicoactivas y en las segundas los trastornos neuróticos y de humor.

4. Discapacidad

Entre las principales causas de discapacidad en las personas mayores se pueden mencionar las deficiencias físicas, ceguera, sordera, los procesos artríticos, secuelas secundarias de enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión, la enfermedad de Alzheimer, y otros problemas de salud mental causados por el aislamiento y la depresión. Según el Censo de 2000, la población con discapacidad en el ámbito nacional es de 52,197 personas (1.6% de la población total) de las cuales el 32,5% son personas mayores. De la población adulta mayor discapacitada, el 52.5% (8,877 personas) son hombres y el 47.4% (8,029) son mujeres (véase cuadro 34).

Cuadro 34
Panamá: Población Adulta Mayor con algún tipo de discapacidad física o mental según sexo y grupos de edad.2000

Sexo y Grupos de Edad (años)	Población según Tipo de Discapacidad						
	Total	Ceguera	Sordera	Retraso Mental	Parálisis Cerebral	Deficiencia Física	Otros
60-64	2,646	535	418	263	133	709	588
65-69	2,491	512	438	186	116	679	560
70 y más	11,769	2,911	2,187	506	628	3,180	2,357
Hombres	8,877	2,239	1,693	482	463	2,305	1,695
60-64	1,496	307	232	144	77	425	311
65-69	1,383	307	241	87	71	373	304
70 y más	5,998	1,625	1,220	251	315	1,507	1,080
Mujeres	8,029	1,719	1,350	473	414	2,263	1,810
60-64	1,150	228	186	119	56	284	277
65-69	1,108	205	197	99	45	306	256
70 y más	5,771	1,286	967	255	313	1,673	1,277
Total	16,906	3,958	3,043	955	877	4,568	3,505

Fuente: Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

De la población adulta mayor con discapacidad, el 69.5% se concentra dentro del rango de 70 y más años de edad; desprendiéndose que este grupo está sujeto a mayores impedimentos que el resto de la población de su generación.

Las discapacidades más frecuentes según orden de importancia son: las deficiencias físicas, que representan el 26.8%, con proporciones casi similares tanto en hombres

(50.4%) como en mujeres (49.5%); la ceguera, que concentra el 23.3%, situación que es más notoria en la población de 70 y más años de edad (73%), lo que implica demandas en el ámbito preventivo de tratamiento y de control del sistema de salud; y la sordera que absorbe el 17.9%.

Interesante es constatar que en nuestro país, según el Censo 2000, el porcentaje de población adulta mayor con discapacidad es de apenas un 6,9%, es decir más del noventa por ciento de las personas adultas mayores no presentan algún tipo de discapacidad física o mental y por lo tanto son autónomas. La incidencia de la discapacidad es más alta en hombres que en mujeres mayores (7,3 y 6,4%, respectivamente); quienes también presentan mayor incidencia de factores de riesgo asociados a enfermedades crónico-degenerativas.

En síntesis, nuestro país presenta una situación heterogénea en cuanto a condiciones de salud de la población adulta mayor, la cual difiere del conjunto de la población y también presenta diferencias al interior de la misma cohorte etárea. A nivel de país nos encontramos en la etapa final de la transición epidemiológica, pero los cambios epidemiológicos no son uniformes y varían de acuerdo a la diversidad de la población panameña. En las edades avanzadas, la transición epidemiológica está en proceso debido que si bien la morbilidad y mortalidad mayormente registrada en la población adulta mayor del país corresponde a las enfermedades crónico degenerativas propias de las sociedades desarrolladas; aun existe una importante carga de morbilidad infecciosa, que afecta sobre todo a las personas adultas mayores que viven en las áreas indígenas y postergadas de la nación. Lo importante en ambos casos son las consecuencias a largo plazo de dichas dolencias, en cuanto a costos y desgastes individuales y familiares ante deterioros de salud —que en el caso de las enfermedades crónico degenerativas, persisten en el tiempo; y en el caso de enfermedades infectocontagiosas, son prevenibles, pero en la vejez pueden desencadenar la muerte—.

En general, los elementos condicionantes de la situación de salud de la población adulta mayor parecen estar estrechamente relacionadas con estilos de vida no saludables de la población en general, cuyas consecuencias se evidencian durante la vejez; y a que un

porcentaje importante de ellos vive en situación de pobreza y pobreza extrema, lo que limita su acceso a la atención de salud por los costos de los tratamiento y el transporte, disminuyendo así sus expectativas de vida. De esto deriva situaciones de inequidad en el acceso a la atención de salud, especialmente para las personas adultas mayores pobres e indígenas, quienes tienen menos posibilidades de demandar atención de salud.

CAPITULO 4: ENTORNOS PROPICIOS Y FAVORABLES

El fomento de un entorno propicio para el desarrollo social de las personas mayores fue uno de los aspectos tratados en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid 2002) y en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento (Santiago 2003). Se reconoce que la creación de condiciones esenciales, tales como sistemas políticos participativos, eliminación de la violencia y discriminación, así como la promoción de condiciones materiales que faciliten la vida en comunidad, son aspectos centrales para fortalecer el protagonismo de las personas mayores (CEPAL/CELADE, 2003 b).

En esta sección analizaremos la situación de nuestro país en cuatro aspectos relacionados con los entornos sociales: maltrato, institucionalización, participación social e imagen del envejecimiento; y un quinto relacionado con el entorno físico: vivienda segura y propicia.

1. Maltrato contra las personas mayores

El maltrato contra las personas mayores fue reconocido como un problema social recién en la década de 1980, luego de un largo debate sobre su definición, tipología y formas de evitarlo. Hoy en día, aunque no exento de problemas, se reconoce que las personas mayores también constituyen una población susceptible de recibir malos tratos y se considera que este fenómeno es un grave problema social (Rubio y Tortosa, 2003).

La definición más usada de maltrato contra las personas mayores es: “acto único y reiterado, u omisión que causa daño o aflicción y que se produce en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza” (Action in Elder Abuse, 1995 en CEPAL/CELADE, 2003 b). Una definición más amplia es la que maneja el Consejo de Europa que especifica el maltrato como "todo acto u omisión cometido contra una persona mayor, en el cuadro de la vida familiar, la seguridad económica, la integridad física-psíquica, su libertad, o que comprometa gravemente el desarrollo de su personalidad" (Rubio y Tortosa, op.cit). Los tipos de maltrato reconocidos incluyen desde

el físico y psicológico hasta el maltrato patrimonial y el auto abandono, siendo los más frecuentes la explotación material y la violencia verbal crónica.

El estudio científico del maltrato contra las personas mayores es aun incipiente y no ha alcanzado la visibilidad que tiene la violencia contra otros grupos sociales (mujeres y niños(as), principalmente). En Europa, la investigación sistemática se inició en Holanda en la década de los ochenta y en países como España y Francia recién se inició entre los años 1990 y 1992. En América Latina, el estudio y acción en torno al maltrato contra las personas mayores es aún embrionario. La falta de una definición y de los límites del maltrato, junto con la carencia de datos fiables sobre el particular hacen que recién entrado este nuevo siglo se inicien los primeros estudios serios sobre el maltrato en la vejez.

En Panamá, como en la gran mayoría de los países de la región, no existe un estudio preciso sobre el maltrato contra las personas mayores. Sin embargo, los avances en materia de atención a la vejez, y sus respectivos registros, nos permiten acercarnos — aunque sea primariamente— al tema.

La Dirección Nacional de Adultos Mayores (DNAM) del Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia cuenta con el Programa de Atención Integral del Adulto Mayor, a través del cual se da respuesta o se brinda solución a situaciones de riesgo social que afectan la integridad física y mental de las personas mayores. El programa mantiene un registro exhaustivo de las situaciones que atiende y se generan informes anuales que permiten un acercamiento al estado del país en materia de maltrato contra las personas mayores. Seguramente una buena cantidad de casos de maltrato no llegan hasta la DNAM, pero los datos existentes son una fuente valiosa de información para construir un primer perfil del maltrato en el país.

En el periodo 2001-2003, la DNAM, a través de su Programa Integral, atendió un total de 2,606 personas, la mayoría durante el año 2003 (894 personas). En este mismo año se encuentra que del total de personas atendidas, 460 (51.4%) son mujeres y 434 (48.5%)

son hombres (véase cuadro 35); y según grupos de edad, 187 personas tienen entre 50 y 59 años, es decir se ubican en la categoría de envejecentes; los 1,329 restantes (87.6%) son personas mayores, los que en la mayoría tienen entre 70 y 79 años, seguidos por los de 80 a 89 años. El total de personas de 90 años y más atendidas fue de 114, que representa el 8,6%. Esto puede significar que el grupo de edad que están siendo más afectado por situaciones sociales que ponen en riesgo su vida y su integridad se concentra en la cuarta edad, quiénes no sólo tienen más años cronológicos, sino que pueden estar aquejados por situaciones de dependencia física o una disminuida capacidad de autovalencia.

Cuadro 35

Panamá: Número de personas atendidos a nivel nacional por la DNAM, por mes, según sexo. 2003

Meses	Mujeres	Hombres	Ambos sexos
Enero	22	17	39
Febrero	32	26	58
Marzo	32	31	63
Abril	36	25	61
Mayo	51	46	97
Junio	36	43	79
Julio	33	45	78
Agosto	43	32	75
Septiembre	63	43	106
Octubre	37	49	86
Noviembre	43	39	82
Diciembre	32	38	70
Total	460	434	894

Fuente: MINJUMNFA. Dirección Nacional de Adultos Mayores. Archivos (Informes estadísticos de casos y situaciones sociales atendidos a nivel nacionales)

Las personas atendidas por la DNAM pueden presentar más de una situación social, por ello es importante conocer las características de las situaciones atendidas y a quiénes afectan. Entre 2001-2003, la DNAM atendió un total de 2.196 situaciones sociales, siendo las más frecuentes el maltrato (732), los conflictos familiares (500) y los problemas de salud (375). Es decir, el 33,3% correspondió a una situación directa de maltrato, el cual puede ser mayor si se considera que otras atenciones sociales conducen o son consecuencia de la violencia (véase cuadro 36).

Cuadro 36**Panamá: Tipo de situaciones sociales atendidas por la Dirección Nacional del Adulto Mayor. 2003**

Situaciones	Numero	Porcentaje
Maltrato	732	33,3
Conflictos familiares	500	22,7
Problemas de salud	375	17,0
Problemas económicos	372	16,9
Ingreso a hogares	115	5,2
Pensión alimenticia	27	1,2
Otros	122	5,5
Total	2196	100

Fuente: MINJUMNFA. Dirección Nacional de Adultos Mayores. Archivos (Informes estadísticos de casos y situaciones sociales atendidos a nivel nacionales)

En el 2003, esta distribución cambió, conservando los dos primeros motivos de consulta y ubicándose en tercer lugar los problemas económicos. En este mismo año, las situaciones de maltrato atendidas correspondieron a 176 en mujeres y a 139 en hombres y los conflictos familiares a 152 en mujeres y 139 en hombres (véase cuadro 37).

Cuadro 37**Panamá: Distribución de los casos atendidos por la Dirección Nacional de Adultos Mayores, por tipo de situación social y sexo. 2003**

Sexo	Maltrato		Conflictos familiares	
	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje
Mujeres	176	56	152	52
Hombres	139	44	139	48
Ambos sexos	315	100	291	100

Fuente: MINJUMNFA. Dirección Nacional de Adultos Mayores. Archivos (Informes estadísticos de casos y situaciones sociales atendidos a nivel nacionales)

Las situaciones atendidas directamente bajo la categoría de maltrato presentaron un aumento entre el año 2001 y 2003, registrándose como las más frecuentes el maltrato psicológico (69,1%), seguido más lejanamente por el maltrato físico (5,8%) (véase cuadro 38).

Cuadro 38**Panamá: Número de situaciones de maltrato atendidas por la DNAM entre 2001 y 2003.**

Tipo de maltrato	2001	2002	2003	Total
Psicológico	224	72	210	506
Físico	32	3	8	43
Físico y Psicológico	17	1	18	36
Sin especificar	21	47	79	147
Total	294	123	315	732

Fuente: MINJUMNFA. Dirección Nacional de Adultos Mayores. Archivos (Informes estadísticos de casos y situaciones sociales atendidos a nivel nacionales)

Los datos anteriormente presentados nos permiten deducir que el maltrato contra las personas mayores es un hecho real en nuestro país y su prevención, pesquisa y tratamiento requiere de una acción mancomunada del conjunto de la sociedad. La forma de detección de algunos casos de maltrato que atiende la DNAM fueron denunciados anónimamente por vecinos o familiares. Esto nos permite inferir cierta preocupación de la comunidad al respecto; pero aun no es suficiente. Una buena parte de las personas que presentaron situaciones de maltrato detectadas en el Programa de Atención Integral del MIMJUNMFA en el periodo 2001-2003 tuvieron que ser ingresadas a una Institución de Protección Familiar, lo que muestra la magnitud del problema.

2. Instituciones de protección familiar

La institucionalización no siempre es un hecho deseado. Cuando la atención de las personas mayores se profesionaliza, y se racionalizan los objetos y hechos utilitarios, se sacrifican elementos efectivo-sentimentales. Las personas mayores son segregadas especialmente de su grupo familiar y de su espacio de convivencia cotidiana. Esto se agrava cuando el ingreso a una residencia es por presión directa de los familiares y puede verse aminorado cuando se trata de autoingreso. Estudios realizados en España demuestran que el ingreso a una residencia es la expectativa menos deseada; en general las personas esperan pasar su últimos años de vida acompañadas de sus hijos y nietos; de su cónyuge e incluso prefieren la residencia solitaria (Fericgla, 1992).

En nuestro país, hay 1,318 personas institucionalizadas (0.5% de la población adulta mayor al año 2000). De ellas, 733 son hombres (0.6% de la población masculina adulta mayor) y 585 son mujeres (0.4 de la población femenina adulta mayor). Más de la mitad de la población adulta mayor institucionalizada (65%) se encuentra en Instituciones de Protección Familiar que reciben subsidios del Estado a través del MINJUMNFA y el 35% restante en instituciones privadas.

En el país existen 33 Instituciones de Protección Familiar (IPF), de las cuales trece son subsidiadas por el Estado y 20 son de carácter privado. La población que atiende cada una de estas instituciones y sus distribución por sexo se detallan en el cuadro 39. Como se observa, no existen diferencias importantes en la distribución por sexo de la población institucionalizada de acuerdo a tipo de institución (subsidiada o privada).

Cuadro 39
Panamá: Instituciones de protección familiar de personas mayores subsidiada . 2003

Institución	Distribución de la población por sexo		
	Población Total	Hombres	Mujeres
Total	1318	733	585
Instituciones subsidiadas			
Hogar Bolívar	300	142	158
Comedor San Vicente	60	45	15
Hogar Fátima	24	14	10
Hogar Luz y Vida	42	42	0
Fundación Nueva Vida	69	30	39
Dormitorio de la Cruz Roja	23	23	0
Hogar Santa Luisa	93	53	40
Asociación de Trabajo Religioso del Atlántico	20	13	7
H. Leonístico para Ancianos de Azuero	50	23	27
Hogar San Juan de Dios	61	41	20
Hogar Santa Catalina	80	46	34
Patronato Albergue La Amistad	18	14	4
Hogar San Vicente	23	16	7
Total	863	502	361
Instituciones Privadas			
Hogar Días Felices	29	8	21
Hogar de Ancianos Nueva Vida	13	7	6
Hogar Belén	22	14	8
Hogar Catalina Brown	9	4	5
Hogar San Miguel	7	2	5
Residencial Santa María	21	8	13
Hogar Maranatha	13	5	8
Centro de Recuperación y Rehabilitación Herbruger	12	3	9
Hogar Génesis	11	8	3
Hogar Glowing Health Care	22	11	11
Residencial Las Palmeras	7	2	5
Residencial Tyhana	84	43	41
Residencial Los Años Dorados	84	65	19
Hogar Golden Age	15	7	8
Hogar Adela	26	13	13
Hogar Villa Casilda	6	3	3
Residencial Geriátrico San Fernando	21	6	15
Hogar Carmen Córdoba	24	10	14
Hogar San José de las Misioneras de La Caridad	51	23	28
Total	455	231	224

Fuente: Ministerio de la Juventud, La Mujer, La Niñez y la Familia. Dirección Nacional de Adultos Mayores, Departamento de Supervisión y Evaluación, Estadísticas correspondientes 2003.

Entre el año 2001 y 2003 se ingresaron un total de 731 personas mayores a Instituciones de Protección Familiar subsidiadas por el MINJUMNFA, es decir, el 84.7% de la actual población residente. Del total de ingresos, el 36.5% se debió a situaciones de maltrato y el 19.9% a dificultades de la familia para atender a la persona mayor. Los problemas económicos —es decir personas en situación de pobreza— alcanzaron al 17.23% (véase cuadro 40)

En este mismo periodo el MINJUMNFA atendió un total de 891 personas por situación de maltrato, de las cuales se ingresaron el 30% a IPF; 359 por problemas económicos (pobreza y extrema pobreza) de las mismas se ingresó el 35%; 418 por padecimientos de salud, y se ingresó el 20%; 720 por conflictos familiares de las cuales el 15% ingresó a una IPF. También en este periodo se recibieron 146 solicitudes de ingresos a IPF por parte de sus propios familiares, a los cuáles se les dio un 100% de respuesta.

Cuadro 40
Panamá: Causas de ingresos a Instituciones de Protección Familiar. 2001-2003

Tipo de causas	No. Ingresos	Porcentaje
Maltrato	267	36.5%
Dificultad para la atención a nivel residencial de la persona mayor	146	19.9%
Problemas económicos	126	17.2%
Problemas de salud	84	11.4%
Conflictos familiares	108	14.7%
Total	731	100

Fuente: Ministerio de la Juventud, La Mujer, La Niñez y la Familia. Dirección Nacional de Adultos Mayores, Departamento de Supervisión y Evaluación, Estadísticas correspondientes 2003.

La mayoría de las instituciones de carácter privado se localizan en la capital del país. Lo mismo ocurre con las instituciones subsidiadas, pese a que algunas provincias cuentan con instituciones tal como se detalla en el cuadro 41. Este hecho es importante. En otros países se ha detectado que el rechazo ideal a las instituciones de larga estadía se funda en factores afectivos/inmediatos; tales como la ruptura prácticamente definitiva con el mundo familiar y la pérdida de referentes. En las personas urbanas, uno de los principales problemas es el desarraigo social y territorial que la institucionalización supone. Cada barrio tiene una reputación definida, agrupa a un tipo de vecinos concretos y constituye su espacio social y simbólico. En el caso de las personas rurales, poseen una imagen física y social de la residencia que muchas veces no se corresponde con la infraestructura y funcionamiento de las instituciones a las que llegan. Con esto queremos decir, que si la

gran mayoría de las IPF se concentran en Panamá, la demanda proveniente de otras provincias y comarcas debe ser atendida en el centro del país, desvinculando social y territorialmente a las personas que a ellas ingresan.

El subsidio que otorga MINJUMNFA a las Instituciones de Protección Familiar cubre los gastos de manutención, los cuales incluyen albergue, alimentación, vestidos, servicios médicos, odontología y otras necesidades básicas de las personas mayores. En el año 2003 se asignó un total de B/. 205,448.00 en subsidios para el total de 12 instituciones, del cual el 39.9% se concentró en la provincia de Panamá y el 12.12% en la Provincia de Chiriquí (véase cuadro 41)

Cuadro 41
Panamá: Subsidios a instituciones de protección familiar que atienden a los(as) adultos(as) mayores. 2003

Nombre de la Institución	Área Geográfica	Subsidio Anual
Hogar Luz y Vida	Prov. de Panamá (San Felipe)	12,900.00
Hogar Bolívar	Prov. de Panamá (Río Abajo)	36,000.00
Hogar Fátima	Prov. de Panamá (Chorrillo)	12,000.00
Fundación Nueva Vida	Prov. de Panamá	12,000.00
Servicio Social San Vicente de Paúl	Prov. de Panamá (Chorrillo)	9,248.00
Asoc. De Trabajadores Religiosos del Atlántico	Prov. de Colón	12,000.00
Hogar Santa Luis	Prov. de Colón (Puerto Pílon)	15,000.00
Hogar Santa Catalina	Prov. de Chiriquí	25,200.00
Hogar de Ancianos La Amistad	Prov. de Chiriquí (Puerto Armuelles)	10,200.00
Hogar Leonístico para Ancianos de Azuero	Prov. de Herrera (Chitré)	14,900.00
Hogar San Juan de Dios	Prov. de Veraguas (Santiago)	30,000.00
Hogar de Ancianos (San Vicente)	Prov. de Bocas del Toro	16,000.00

Fuente: Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia, Dirección Nacional de Adultos Mayores, Departamento de Supervisión y Evaluación. Estadísticas correspondientes 2003.

Los hogares que concentran los montos más altos del subsidio anual entregado por el MINJUMNFA son el Hogar Bolívar de la Provincia de Panamá —al que en el año 2003, se le asignó B/. 36,000.00 (12.9% del total de presupuesto)— y el Hogar San Juan de Dios de la Provincia de Veraguas —que se le asignó B/. 30,000.00 (10,7% del total del presupuesto)—. La población que atienden estos hogares es muy dispar. Mientras que Hogar Bolívar atiende a 300 personas; el Hogar San Juan de Dios atiende a 61 personas, prácticamente la misma población del Comedor San Vicente de Paúl, que recibe el 3.32% del presupuesto otorgado por el Ministerio.

De lo anterior se infiere que es posible trabajar, entre otros aspectos, en el perfeccionamiento de la focalización de los subsidios estatales de las instituciones de larga estadía; y de este modo también favorecer que aquellas personas originarias de otras provincias y comarcas puedan acceder a instituciones reguladas cercanas a sus lugares de origen.

3. Participación en la vejez

La participación consiste en promover la organización de los individuos en torno de intereses y crear condiciones para que la comunidad pueda defenderlos, reivindicarlos, articularlos, hacer alianzas o determinar políticas públicas (Licha, 1998). En el caso de las personas mayores, la autorrealización personal implica desempeñar un papel más activo en los asuntos públicos, defendiendo sus demandas en el acceso equitativo a oportunidades de empleo y ocupar espacios centrales antes que marginales en la sociedad. En América Latina, los grupos organizados de personas mayores llevan a cabo una amplia gama de actividades, que abarcan desde la presión por servicios de salud y microemprendimientos, hasta el asesoramiento legal o defensa de derechos (CEPAL/CELADE, 2003 b).

En Panamá, existe la Federación Nacional de la Tercera Edad (constituida por 52 asociaciones de personas mayores) y la Confederación Nacional de Pensionados y Jubilados y de la Tercera Edad (constituida por 8 federaciones). Cabe destacar que ambas agrupaciones se encuentran bien organizadas y su cobertura es nacional. Además, la Caja de Seguro Social tiene a su cargo el “Voluntariado de Oro”, que se organiza en cada unidad ejecutora bajo la dirección de los equipos de salud de cada área.

La Federación organiza los Juegos Florales Nacionales de la Tercera Edad cada dos años, con una participación de 1,500 personas mayores, aproximadamente. Igualmente organiza los Juegos Regionales y encuentros nacionales anuales. Los primeros incluyen ocho disciplinas de deporte y doce de cultura, cuyo objeto primordial es lograr la participación activa de esta población para la promoción del envejecimiento activo.

Estas actividades han impulsado a estas agrupaciones en el desarrollo de ferias de salud, capacitaciones, Caminata del Gran Abrazo (1 de octubre) y la celebración de la Semana de la Tercera Edad, establecida en nuestro país mediante el Decreto Ejecutivo No. 9 del 30 de octubre de 1978.

La Confederación Nacional del Jubilado y Pensionado y la Tercera Edad ha tenido una participación activa en las mesas de discusiones para el análisis del Programa de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja del Seguro Social como en la discusión de algunas legislaciones recientemente aprobadas en beneficio de la población adulta mayor.

Con la participación de estos grupos en estas instancias se promueve la inclusión social evitando el aislamiento y la marginación. Las asociaciones eligen su directiva y comisiones de trabajo, como también redactan sus estatutos y reglamentos internos para obtener su personería jurídica y su certificado como organización no gubernamental del sector tercera edad.

En el país también existen diez grupos cuya labor es la de proporcionar apoyo a los familiares de los pacientes en cama —ANAFAPE—, y trabajan en estrecha colaboración con los equipos de salud, los cuales se encargan de entrenarlos y orientarlos a través de charlas educativas bimensuales. Algunos miembros de estos grupos son personas mayores.

De igual modo, en coordinación con el MINJUMNFA y la administración de las Instituciones de Protección Familiar se organizan grupos de voluntarios(as) mayores, quienes realizan actividades en beneficio de los residentes de los hogares para ancianos. Entre estas instituciones podemos mencionar a la Asociación Pro-Hogar Bolívar, Damas Guadalupanas, Asociación del Hogar Luz y Vida, entre otras.

4. Imagen del envejecimiento y la vejez

La literatura nos indica que la percepción hegemónica de la vejez es como sinónimo de enfermedad, de deterioro, pese a que el contenido y el enfoque actual del envejecimiento reflejan una amplia diversidad de percepciones y constructos de la edad avanzada, coincidente con la diversidad de las personas mayores y de quiénes les rodean.

Los estereotipos recurrentes sobre la vejez y el envejecimiento provoca que las personas mayores se sientan rechazadas por la sociedad y esto conduce a un comportamiento anómico que se traduce finalmente en la reafirmación del estereotipo. Esto impacta en la imagen social que se tiene de las personas mayores y afecta las relaciones intergeneracionales, haciendo más difícil reconocer y practicar un compromiso de solidaridad y reciprocidad que debe existir entre todos y todas los(as) que integramos la sociedad.

La vejez como edad social, en general se construye a partir de los opuestos. Opuesto a la belleza, a la lozanía, a la juventud, a la autonomía y las ganas de vivir. Buena parte de estos estereotipos forman parte de una sociedad asentada en la productividad y el hedonismo, donde la vejez es un comportamiento estanco. Hoy, aun cuando las personas mayores forman un segmento amplio de la población, persisten dichos estereotipos. Sin embargo, las evidencias cotidianas nos revelan que las personas mayores, en su mayoría son autónomas, y realizan aportes importantes a sus familias y comunidad. La construcción social de la vejez no se corresponde con la realidad y —tal como ocurre con el género— es también una construcción cultural e histórica posible de intervenir y modificar.

En América Latina, tal como ocurre con el maltrato, las investigaciones sobre este tema son incipientes. En Panamá, dado el desconocimiento generalizado de la percepción de nuestra sociedad acerca del proceso de envejecimiento y de las personas mayores; el Gabinete Social de la República de Panamá decidió realizar una investigación en varios

colegios secundarios de la ciudad capital, como parte de las actividades desarrolladas para elaborar este diagnóstico.

Este estudio tuvo como objetivo identificar algunos elementos para construir un perfil de cómo nuestra juventud está considerando este sector poblacional, y sobre todo del papel que tiene dentro de la familia y la sociedad. La metodología aplicada incluyó la realización de una encuesta a jóvenes de sexto año de colegios oficiales de los Distritos de Panamá y San Miguelito, quienes se seleccionaron en base de un muestreo por conglomerado. A continuación se presentan los resultados más relevantes del estudio.

En cuanto a la opinión de los(as) jóvenes acerca de la vejez, debemos mencionar que el 49,6% de los estudiantes encuestados respondieron que es un proceso natural y un porcentaje importante (21%) manifestó que es una etapa de la vida que se caracteriza por el deterioro físico y psicológico; opinión que en las mujeres es más recurrente que en los hombres (véase cuadro 42)

Cuadro 42
Opinión de los jóvenes sobre la vejez, según sexo. 2002

Opiniones	Ambos		
	sexos	Hombres	Mujeres
Total	1448	637	811
Es un proceso natural que se inicia desde los primeros años de vida	708	349	359
Se refiere a la vejez o ancianidad	232	79	153
Estado caracterizado por un deterioro físico y psicológico	310	126	184
Todas las anteriores	183	80	103
No tiene una idea o no sabe	11	1	10
No contestó	4	2	2

Fuente: Secretaría Técnica del Gabinete Social, Encuesta sobre la Percepción de los(as) Jóvenes sobre el Adulto Mayor, 2002

Las opiniones de los jóvenes sobre las características (fisiológicas, psicológicas o emocionales) asociados al proceso de envejecimiento se encuentran divididas. Considerando a aquellos que realizaron un juicio de valor (es decir, excluyendo a los que no contestaron o bien respondió “ninguna de las anteriores” o “no sabe”) se encuentra que, el 56% indicó las tradiciones y la experiencia; y un porcentaje elevado (43%) tiene una opinión negativa asociando el envejecimiento al desgaste y debilidad o enfermedad. Según el sexo de los encuestados que brindaron su opinión, la mitad de los hombres

jóvenes considera que el envejecimiento se asocia a características ingratas (50,3%) y en las mujeres, el 38% opinó de igual manera, aunque las jóvenes en su mayoría asocian el envejecimiento a tradiciones y experiencias (véase cuadro 43).

Cuadro 43
Opinión de los(as) jóvenes sobre las características asociadas al envejecimiento,
Según sexo. 2002

Opiniones	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total general	1448	637	811
Desgaste y debilidad	511	270	241
Tradiciones y experiencias	686	277	409
Enfermedad o patología	27	10	17
Ninguna de las anteriores	161	53	108
No sabe	51	22	29
No contestó	12	5	7

Fuente: Secretaría Técnica del Gabinete Social, Encuesta sobre la Percepción de los(as) Jóvenes sobre el Adulto Mayor, 2002

La tendencia mayoritaria en aquellos(as) que emitieron una opinión respecto de la influencia que ejercen las personas mayores en la vida cotidiana, es que son transmisores de valores, conocimientos y experiencia (80,8%). Un menor porcentaje (16,1%) considera que impiden el avance de las nuevas tendencias a través de su rechazo a éstas y una minoría opina que no ejercen ninguna influencia. Cuando se analizan estas respuestas, según sexo, no se presentan mayores diferencias (véase cuadro 44).

Cuadro 44
Opinión de los(as) jóvenes sobre la influencia que ejercen las personas mayores en la vida cotidiana,
según sexo. 2002

Opiniones	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total	1448	637	811
Transmisiones de valores morales, conocimiento y experiencias	1138	491	647
Rechazo a las nuevas tendencias modernas	227	107	120
No ejercen ninguna influencia	43	19	24
Ninguna de las anteriores	13	9	4
No sabe	20	9	11
No contestó	7	2	5

Fuente: Secretaría Técnica del Gabinete Social, Encuesta sobre la Percepción de los(as) Jóvenes sobre el Adulto Mayor, 2002

En la pregunta sobre la apariencia de las personas mayores, las respuestas “nulas” — “ninguna de las anteriores”, “no sabe” o “no contestó”— alcanzaron al 20%. Esto es

importante, ya que bien puede estar revelando el temor de los jóvenes a emitir una respuesta que los comprometa en relación a este asunto. En aquellos que emitieron una opinión, el 65,8% considera que su apariencia corresponde a su edad. Esto puede tener dos interpretaciones. La primera es que se considere que el paso de tiempo deja huellas en el cuerpo y que ellas son naturales, pero ello no debe leerse como que implícitamente les agrade dicha apariencia. La segunda, es que efectivamente considere que el aspecto físico de las personas mayores es grato. Un porcentaje importante (34,1%) tuvo una opinión abiertamente negativa de la apariencia de las personas mayores, siendo más frecuente en hombres (44,2%) que en mujeres (21,3%) (véase cuadro 45).

Cuadro 45
Opinión de los(as) jóvenes sobre la apariencia de las personas mayores, según sexo. 2002

Opiniones	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total general	1448	637	811
Hermosa a su edad	754	275	479
Desgastada – deteriorada	377	209	168
Desagradable	14	9	5
Ninguna de las anteriores	207	101	106
No sabe	90	40	50
No contestó	6	3	3

Secretaría Técnica del Gabinete Social, Encuesta sobre la Percepción de los(as) Jóvenes sobre el Adulto Mayor, 2002

En cuanto a las formas que los(as) jóvenes valoran a las personas mayores, la mayoría indica que no sólo hay que respetarlos, sino asegurarles ciertas condiciones tales como la participación y la toma de decisiones, en conjunto con satisfacer sus necesidades (30,6%). Otros prefieren una actitud contemplativa de reconocimiento y admiración (21,2%) o bien consideran que hay que abrirles espacios para la participación y toma de decisiones (40,8%). Un menor porcentaje los apoyan en la satisfacción de sus necesidades básicas (9,8%) (véase cuadro 46).

Cuadro 46
Formas en que los(as) jóvenes valoran a las personas mayores, según sexo. 2002

Opinión	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total	1448	637	811
Mediante su reconocimiento y admiración	293	150	143
Permitiéndoles su participación y toma de decisiones en la familia y la sociedad	564	233	331
Garantizándoles sus necesidades básicas	136	65	71
Todas las anteriores	423	165	258
Ninguna de las anteriores	11	8	3
No sabe	13	9	4
No contestó	8	7	1

Secretaría Técnica del Gabinete Social, Encuesta sobre la Percepción de los(as) Jóvenes sobre el Adulto Mayor, 2002

De las evidencias aquí expuestas se desprende que la percepción de los jóvenes respecto del envejecimiento y de las personas mayores no es homogénea. Buena parte de los(as) encuestados(as) considera el proceso de envejecimiento – y a quiénes lo viven – como carga, pasividad, enfermedad o fealdad. Otros(as) consideran que el envejecimiento es un proceso natural y las personas mayores viven de acuerdo a la imagen que ellos(as) tienen de dicho fenómeno, es decir la construcción social de la vejez como sinónimo pasividad, pero sin mayores posibilidades de transformación y cambio social en esta etapa de la vida.

Los datos presentados no permiten concluir que la imagen actual que los(as) jóvenes tienen del proceso de envejecimiento sea completamente positiva, varias respuestas sugieren una interpretación diferente. Lo que sí es claro, es que los(as) jóvenes diferencian el proceso de envejecimiento —entendido solo como un asunto fisiológico— y las personas mayores. Respecto del primero, las opiniones son más negativas que respecto a las personas mayores. Esto puede deberse a que el proceso es neutro, sin rostro, en cambio quienes están viviéndolo tienen rasgos y personalidades propias. Sus abuelos, sus padres, sus vecinos. Las opiniones de los(as) jóvenes están matizadas por la experiencia personal del compartir con ellos y ellas.

5. Vivienda segura y propicia

La vivienda cumple una función muy importante en el entorno de las personas mayores, puesto que les entrega protección ambiental, dotación de saneamiento, provisión de independencia y privacidad residencial (Arriagada, 2003). Por ello es importante estudiar la situación en vivienda de las población adulta mayor en nuestro país.

En este apartado describiremos la situación de la vivienda en hogares con personas mayores, en base a los datos del último censo de Panamá, específicamente lo referido a: tenencia, situación de materialidad de pisos y muros y hacinamiento. Para dicho análisis se han utilizado dos categorías: hogares sin adultos mayores y con adultos mayores, en estos últimos hemos diferenciado a los que viven solos de los que viven en hogares con más personas. Sabemos que este perfil no nos permite conocer profundamente las características de las viviendas de las personas mayores en nuestro país y si éstas se adaptan a sus necesidades; sin embargo, nos permitirán acercarnos a una realidad aun poco explorada y establecer algunas conclusiones preliminares al respecto.

5.1. Tenencia de la Vivienda

La información sobre tenencia de la vivienda recogida por el censo muestra que los hogares con personas mayores residen, mayoritariamente, en viviendas propias (81%), pese que entre los hogares unipersonales de personas mayores, el porcentaje de tenencia de la vivienda disminuye (75%). No obstante, en ambos casos la proporción es mayor que los hogares sin personas mayores, donde el porcentaje de propietarios es de 64%.

Según zona de residencia, en el área rural el porcentaje total de hogares que reside en vivienda propia es más elevado que a nivel nacional (88.5%). La proporción más alta se da en hogares con personas mayores (96.3%) aunque también aumenta en los hogares unipersonales (91.4%). En las áreas urbanas la proporción de hogares con adultos

mayores que habita en viviendas propias es más bajo que en área rural (72%), especialmente en los hogares unipersonales con personas mayores (61%) (véase cuadro 47).

En cuanto a los hogares que residen en viviendas arrendadas, a nivel nacional la mayor incidencia se encuentra en hogares sin personas mayores (15.7%) y en los hogares unipersonales de personas mayores (12.3%); y según zona de residencia, la situación de arrendamiento es más alta en el área urbana, donde la proporción de hogares sin personas mayores y los hogares unipersonales envejecidos representa más del 20% en ambos casos (véase cuadro 47).

Cuadro 47

Panamá: Porcentaje de hogares con y sin personas mayores, según área de residencia y tipo de tenencia de la vivienda. 2000

Localización	Tipo de Hogares	Tipo de tenencia				
		Propia	Arrendada	Otra situación	Total	
Urbana	Con personas mayores	Persona mayor vive solo	61.9	21.7	16.4	100.0
		con persona mayor y más personas	74.2	10.7	15.1	100.0
		Subtotal	72.5	12.3	15.3	100.0
	sin personas mayores		53.5	21.4	25.1	100.0
	Total		58.0	19.2	22.7	100.0
Rural	Con personas mayores	Persona mayor vive solo	91.4	1.3	7.3	100.0
		con persona mayor y más personas	96.3	0.7	2.9	100.0
		Subtotal	95.4	0.8	3.7	100.0
	sin personas mayores		85.5	4.0	10.5	100.0
	Total		88.5	3.0	8.5	100.0
Total	Con personas mayores	Persona mayor vive solo	75.5	12.3	12.2	100.0
		con persona mayor y más personas	82.9	6.8	10.3	100.0
		Subtotal	81.7	7.7	10.6	100.0
	sin personas mayores		64.0	15.7	20.3	100.0
	Total		68.6	13.6	17.8	100.0

Fuente: CELADE, elaborado con REDATAM+SP, en base a los microdatos censales de Panamá 2000.

La población indígena tiende a residir en viviendas propias, sin importar el tipo de hogar en el que habitan (unipersonal o extendido, con o sin adultos mayores). Sí existen marcadas diferencias entre los indígenas que viven en áreas urbanas y rurales, puesto que la tenencia en régimen de propiedad es mucho más bajo en los hogares urbanos (53%),

aunque los hogares con adultos mayores residen en viviendas propias en mayor proporción que los hogares sin ellos (60%).

Con todo, la residencia en vivienda propia es la pauta generalizada en la vejez. Probablemente el mayor porcentaje de hogares extendidos con adultos mayores que vive en régimen de propiedad se deba a que éstos son dueños de las viviendas y acogen descendientes (hijos, nietos). Sin embargo, también se debe prestar atención a que una de cada cuatro personas mayores reside en vivienda arrendada o cedida. Este tipo de hogar —especialmente en los indígenas de las áreas urbanas— podría estar asociado a desventajas o riesgos desde el punto de vista de la salud y a una demanda más intensiva de apoyo y ayuda externa.

5.2. Materialidad de pisos y muros

La situación de la vivienda en cuanto al material del piso y de los muros muestra en que condiciones de habitabilidad se encuentra.

A nivel nacional, las viviendas que tienen carencias de piso son alrededor del 13% y no existen prácticamente diferencias entre los hogares con y sin personas mayores; aunque sí hay que distinguir que los hogares unipersonales de personas mayores presentan una mayor proporción de viviendas deficitarias (20%). En las áreas rurales, el 33% de las viviendas posee piso de tierra. Los hogares rurales con personas mayores siguen la misma tendencia de nacional y los hogares de personas mayores solas tienen una mayor incidencia de carencia de piso (39%) (véase cuadro 48).

Las viviendas de la población indígena presentan un mayor porcentaje de piso de tierra (57%) y esta condición es más marcada en las áreas rurales, donde 73% de los hogares con adultos mayores reside en viviendas con esta condición, siendo el porcentaje más alto se da en los hogares extendidos.

Cuadro 48**Panamá: Porcentaje de hogares que residen en viviendas que necesitan mejoramiento o reemplazo de muros y pisos. 2000**

Localización	Hogares	Mejoramiento o reemplazo	
		Muros	Piso
Urbana	con adultos mayores	6.82	1.75
	sin adultos mayores	8.83	2.92
	Total	8.35	2.64
Rural	con adultos mayores	48.92	32.68
	sin adultos mayores	50.11	33.45
	Total	49.24	33.00
Total	con adultos mayores	22.47	13.07
	sin adultos mayores	22.37	12.93
	Total	22.55	13.18

Fuente: CELADE, elaborado con REDATAM+SP, en base a los microdatos censales de Panamá 2000.

El 22% de las viviendas de Panamá requiere que sus muros se mejoren o reemplacen, pero al diferenciar según tipo de hogar no hay prácticamente diferencias. No obstante, una mayor proporción de las viviendas de personas mayores solas necesitan el mejoramiento o reemplazo de sus paredes y en las áreas rurales esta proporción es mayor (49%). Los hogares unipersonales de personas mayores reportan sobre representación en las viviendas con muros requeridos de mejoras; situación que también se observa en sus pares urbanos.

En la población indígena, las residencias presentan un mayor requerimiento de mejoras en los muros, especialmente aquellas ubicadas en el área rural. Sin embargo, estos datos pueden deberse a que el tipo de construcción es distinta y la materialidad respondería a un modo de vida diferente. Con todo, en el área urbana, la mayoría de las viviendas que requieren mejoramiento o reemplazo de sus muros son habitadas por indígenas adultos mayores solos.

5.3. Hacinamiento

Para determinar el hacinamiento se utilizó el indicador de más de tres personas por dormitorio. A nivel nacional, los resultados indican que el 30% de los hogares están

afectados por hacinamiento, los hogares sin adultos mayores presentan cifras relativamente más elevadas (33.8%) que los hogares con adultos mayores (22.2%) (véase cuadro 48)

Cuadro 48

Panamá: Porcentaje de hogares que presenta hacinamiento según tipo de hogar y área de residencia

Localización	Hogares	sin hacinamiento	con hacinamiento	Total
Urbana	con adultos mayores	84.5	15.5	100.0
	sin adultos mayores	71.7	28.3	100.0
	Total	74.8	25.2	100.0
Rural	con adultos mayores	67.8	32.2	100.0
	sin adultos mayores	54.7	45.3	100.0
	Total	58.7	41.3	100.0
Total	con adultos mayores	77.8	22.2	100.0
	sin adultos mayores	66.2	33.8	100.0
	Total	69.2	30.8	100.0

Fuente: CELADE, elaborado con REDATAM+SP, en base a los microdatos censales de Panamá 2000.

Sin embargo, cuando se analiza el comportamiento del indicador en los hogares con adultos mayores, los hogares unipersonales de personas mayores presentan un porcentaje de hacinamiento más elevado (27.8%). Este dato parecería ser incorrecto puesto que las personas que viven solas no deberían presentar este tipo de problemas, sin embargo hay que tener en cuenta que algunos hogares unipersonales comparten vivienda con otros hogares, lo que modifica el cálculo del indicador. Con todo, el porcentaje no supera al de hogares sin adultos mayores.

Datos según área de residencia muestran que el hacinamiento, si bien es mayor en áreas rurales (41%) que urbanas (25%), en ambas los hogares sin adultos mayores reportan un mayor porcentaje de hacinamiento. Con respecto a la distribución del hacinamiento según categorías de hogares con y sin adultos mayores, en las áreas rurales no se perciben diferencias, mientras que en los hogares urbanos unipersonales de personas mayores el porcentaje de hacinamiento es más alto (22.2%)

Es importante señalar que, a diferencia de las otras carencias ya descritas —tenencia y materialidad de la vivienda— el hacinamiento sigue un patrón diferente, puesto que afecta más intensamente a los hogares sin adultos mayores, aunque también es preocupante la situación más desmedrada de los adultos mayores que vive en hogares unipersonales y que comparte la vivienda con otras personas que conforman un hogar diferente, ya que esta situación insinúa problemas de allegamiento en la vivienda.

En síntesis, de acuerdo a los antecedentes presentados en este capítulo, en el entorno para una vejez digna y segura coexisten aspectos negativos – posibles de erradicar o modificar – y aspectos positivos – necesarios de reforzar – .

Entre los primeros se encuentra que en nuestro país, el maltrato contra las personas mayores es un hecho y las cifras presentadas en este documento así lo demuestran. Gracias a la política del MINJUMNFA existe un programa que permite detectar y dar solución a las situaciones de maltrato denunciadas; pero es posible perfeccionar este sistema a través de leyes y normas que tipifiquen y condenen penalmente el maltrato en la vejez; en paralelo a estimular factores y condiciones protectoras que fortalezcan la capacidad de las personas mayores para controlar su vida y vivirla en forma segura y digna. Estas iniciativas deben concentrarse en el grupo de mayor riesgo, que de acuerdo a las estadísticas del Programa de Atención Integral de la DNAM, son las personas de 70 años en adelante, generalmente mujeres y sin independencia económica.

Otro asunto posible de perfeccionar en el ámbito programático de nuestro país son las condiciones de institucionalización de las personas mayores. El número de personas mayores que residen en instituciones de protección y atención familiar es reducido, y la mayoría instituciones existentes están registradas, normadas y controladas por el MIMJUMNFA, lo que facilita un conocimiento y seguimiento más acabado sobre su población y funcionamiento. Sin embargo, de acuerdo a los datos presentados en este documento, el sistema es perfectible, sobretodo en relación al mejoramiento de la focalización de subsidios estatales; con esto se fortalece la capacidad de las provincias

para hacerse cargo de aquellas personas mayores en situación de abandono, previniendo el desarraigo y la soledad.

Entre los aspectos positivos podemos resaltar que el colectivo de personas mayores en nuestro país se encuentra altamente organizado. La Federación agrupa a una cantidad importante de personas mayores y, a través de ella, este grupo poblacional puede dialogar con instituciones de gran relevancia, de modo que propicien condiciones de vida más favorables. Sin embargo, es pertinente advertir que esta instancia representa determinados intereses —y aunque sus actividades y quehacer son muy importante para el conjunto de la población adulta mayor— es preciso indagar los mecanismos para favorecer la participación de aquellas personas que no se encuentran adscritas a la CSS.

Otro aspecto a destacar en este sentido se refiere a la imagen de la vejez. Como ya indicamos, la percepción de los jóvenes difiere en relación al objeto percibido: el envejecimiento y las personas mayores. Frente al primero la percepción generalizada es negativa, no así respecto de las personas mayores. Esto constituye una fortaleza para nuestra sociedad. El reforzamiento de espacios de encuentro intergeneracional, y por sobretodo la intervención de los currículum educativos y los medios de comunicación para que promuevan una imagen del envejecimiento desde la perspectiva del ciclo de vida, son vitales para favorecer condiciones que mejoren la actual percepción de los jóvenes respecto de un proceso —que aunque ellos(as) lo ignoren— ya están viviendo.

Finalmente, en relación a las viviendas de los hogares con personas mayores, los datos muestran que su situación es menos desmedrada que los hogares sin personas mayores, sin embargo se perfila como un grupo prioritario de atención los hogares unipersonales envejecidos, quiénes presentan los peores indicadores en relación a tenencia, habitabilidad y hacinamiento. Esto último relacionado con situaciones de allegamiento o arriendo urgentes de atender.

CAPITULO 5: ACCIONES DIRIGIDAS A LAS PERSONAS MAYORES EN PANAMA

1. Marco jurídico-legal

1.1. Las personas mayores en la Constitución Política de la República de Panamá

En la Constitución Política de 1972, se incorporan algunas disposiciones específicas sobre las personas mayores en los capítulos concernientes a la familia y a la salud de nuestra población, específicamente los artículos 59 y 109 de la Carta Magna.

En el artículo 59 se indica que el Estado creará un organismo destinado a resguardar a la familia con el fin de “... *proteger a los menores y ancianos, y custodiar y readaptar socialmente a los abandonados, desamparados, en peligro moral o con desajustes de conducta*”.

Mientras que el artículo 109 señala: “*todo individuo tiene derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia en caso de incapacidad para trabajar u obtener trabajo retribuido. Los servicios de seguridad social serán prestados o administrados por entidades autónomas y cubrirán los casos de enfermedad, maternidad, invalidez, subsidio de familia, vejez, viudez, orfandad, paro forzoso, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y las demás contingencias que puedan ser objetos de previsión y seguridad social. La Ley proveerá la implantación de tales servicios a medida que las necesidades lo exijan*”

Y añade “ *el Estado creará establecimientos de asistencia y previsión social. Son tareas fundamentales de éstos la rehabilitación económica y social de los sectores dependientes o carentes de recursos y la atención de los mentalmente incapaces, los enfermos crónicos, los inválidos indigentes y de los grupos que no hayan sido incorporados al sistema de seguridad social*”.

La orientación de estas disposiciones se enmarcan en brindar protección a las personas mayores, la cual es entendida en el artículo 59 como la custodia y resguardo de un sujeto pasivo: el anciano⁶.

En el artículo 109, se garantiza la seguridad económica a través de dos tipos de servicios: seguridad social y asistencia social. En el primer tipo de servicio el sujeto de atención es el jubilado, titular del derecho a la seguridad social. En este ámbito, en el derecho comparado y también en parte de la doctrina jurídica parece predominar el concepto de vejez como invalidez; es decir, la edad es un factor determinante en la reducción o pérdida de la capacidad laboral, de tal manera que la asistencia —que en forma de prestación que se ofrece en la vejez— es una compensación o sustitución de las rentas profesionales que deja de percibir el individuo a consecuencia de la reducción o pérdida de su capacidad a causa de la edad. (Camos, 2000). En el segundo tipo de servicio, el sujeto de atención son los no-jubilados (dependientes, carentes de recursos, entre otros) y que se encuentran fuera del sistema de seguridad social, pero que deben ser rehabilitados social y económicamente. Esto nos remite al sujeto identificado en el párrafo anterior: “el anciano”, con escasas posibilidades de autonomía y dependiente de cuidados especiales.

De lo anterior se desprende que para efectos de nuestra Carta fundamental, existen dos categorías de personas mayores: el jubilado, titular de derechos, y el anciano, objeto de tutela. Para el primero los beneficios de la seguridad social, para el segundo los beneficios de la asistencia pública. Y en ambos casos, el ineludible deber del Estado de brindarles protección.

La protección de los desvalidos es un asunto de larga data en la historia del istmo, y en el caso de las personas mayores —de acuerdo a lo establecido en la Constitución de 1972—

⁶ El uso de este término no es baladí; menos aun lo es el que se ubique a las personas mayores junto con los “menores”. En el primer caso se trata de una persona de edad avanzada en condición débil y vulnerable, ya sea por inhabilidad funcional, mental, física o social para cuidarse o protegerse a sí mismo (Protection from Elder Abuse, 2001). En el segundo caso se trata de un término psico-social que designa una subjetividad indemne (Giannareas, 2004). Ambos conceptos son plenamente congruentes y representan una forma particular de concebir determinadas etapas del ciclo de vida, pero que hoy son altamente cuestionados.

tendría un doble significado. Para los ancianos, la tutela de carácter paternalista y para los jubilados, la garantía de derechos. En ambos casos, la autoridad reconoce y protege a las personas mayores, pero el contenido de dicha protección no es el mismo. Las consecuencias en términos de disposiciones legales de orden intermedio (código de la familia, fundamentalmente) y programáticas de esta concepción bipolar de la vejez que se deriva de nuestra Carta Magna, la estudiaremos a continuación.

1.2. Leyes y normas especiales en favor de las personas mayores

Es imperativo destacar que la República de Panamá en congruencia con el mandato constitucional e instrumentos internacionales, ha desarrollado e implementado leyes y normas relacionadas con las personas mayores.

La adopción del Código de la Familia a mediados de la década pasada, constituye un avance importante que refleja la preocupación del Estado, de la sociedad civil y de las comunidades de velar por la familia como unidad básica de la sociedad, y dentro de ella, por sus miembros de edad avanzada.

En el artículo 569 del Código de Familia se establece que el Estado Panameño, por disposición constitucional, debe desarrollar políticas sociales en favor de la familia en particular, a la que asegurará su continuidad como grupo humano de la sociedad. Lo que complementa en el artículo 571, en que señala que la participación del Estado en la organización familiar supone un orden de prioridades para la promoción de la familia en la sociedad; y que en defecto o carencia del apoyo familiar, deberá actuar en subsidio instituciones comunales, sociales y del Estado para apoyar y fortalecer la actividad familiar.

De esto se deduce que uno de los objetos de intervención del Estado es la familia y dentro de ella, los más vulnerables (niños, jóvenes, discapacitados, personas mayores, mujeres) . A su vez queda claramente establecido que cuando exista deterioro o insuficiencia de

apoyo familiar, la autoridad podrá intervenir para asegurar el bienestar de los más vulnerables.

En el caso de las personas mayores, una lectura analítica del Código permite identificar distintos instrumentos para protegerlos en caso de disfunciones familiares – o en el caso inverso, fortalecer la institución familiar cuando la dificultad se origine a partir de la presencia de personas mayores en su seno –. Entre estos instrumentos podemos identificar:

- a) *Colocación familiar* (artículos 364-371) : consiste en ubicar al anciano en un centro u hogar distinto al de sus parientes con la obligación de alimentarlo, custodiarlo, educarlo, asistirlo y readaptarlo socialmente. Se establece que los parientes y la autoridad competente pueden disponer de la colocación familiar y, en el caso de la autoridad, puede hacerlo cuando exista abandono, peligro, o no se ofrezcan garantías de cuidado.
- b) *Atención de la problemática socioeconómica* (artículos 607-625): establece que las instituciones que ofrecen prestaciones de servicios y auxilios económicos directos de los sistemas de seguridad social a las familias, otorgarán atención preferente a los que soportan cargas especiales por razones de enfermedad, minusvalía, entre otros. Asimismo dispone que las instituciones de educación deben adoptar medidas necesarias para preparar a las personas mayores para nuevas carreras técnicas y universitarias, favoreciendo la promoción ocupacional.
- c) *Educación* (artículo 673-676): dispone la creación de programas educativos para personas mayores y de difusión de los programas dirigidos a ellas.
- d) *Centros de asistencia, habilitación y rehabilitación para ancianos* (artículos 721-726): el código indica los requisitos que debe cumplir el personal, regula el ingreso⁷ y

⁷ A través de la intervención de la Dirección General de Bienestar del Ministerio del Trabajo y el Bienestar Social, que ahora forma parte del MINJUMNFA de acuerdo a la Ley No. 42 de 19 de noviembre de 1997.

establece que el Estado apoyará su creación con preferencia en los lugares que no reciba los beneficios de la acción estatal y de la seguridad social organizada.

Todas estas disposiciones dan origen a un andamiaje de instituciones y normas que sustentan las acciones dirigidas a las personas mayores en nuestro país. Entre éstas se encuentran algunos Decretos Ejecutivos que regulan aspectos particulares, tales como:

- Decreto No. 57 de 19 de junio de 1978, por el cual se establece la tercera semana del mes de noviembre como la “*Semana del Anciano(a)*” en el territorio nacional.
- Decreto Ejecutivo No. 3 de 28 de enero de 1999 que dicta las *Normas para la apertura y funcionamiento de los Centros de Atención Diurna, Hogares o Albergues para personas mayores*, en que se establecen los requisitos que deben cumplir las personas naturales o jurídicas que desean establecer Centros de Atención para personas adultas mayores y además faculta al Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia a vigilar y supervisar el adecuado funcionamiento de estas instituciones. Este Decreto se operacionaliza a través Reglamento interno único para los Centros de Atención Diurna, Hogares o Albergues públicos y privados destinados a la atención de las personas mayores (Resolución No. 59 del MINJUMNFA, de 30 de agosto de 1999).
- Decreto Ejecutivo No. 23 del 24 de junio de 1999, que crea el *Consejo Nacional del Adulto(a) Mayor (CONAM)*, organismo de naturaleza cívica, autónoma y colegiada; que cuenta con la participación de aquellas instancias gubernamentales relacionadas con las acciones a favor de las personas mayores junto con otras instituciones y organizaciones de la sociedad civil.
- Decreto Ejecutivo No. 26 de 6 de agosto de 1999 que establece las *Disposiciones que reglamentan los subsidios que otorga el Estado* a organizaciones sin fines de lucro y personas naturales dedicadas al desarrollo de programas sociales dirigidos a grupos vulnerables.

En otro orden, podemos mencionar la promulgación de la Ley No. 4 del 29 de enero de 1999, mediante la cual se regula la Igualdad de Oportunidades para las Mujeres con el objetivo de alcanzar la igualdad real de género. La ley contiene una sección dedicada a las mujeres mayores y, establece los mecanismos que puede utilizar el Estado, con el fin de velar por el bienestar, la seguridad social y el potencial de las mujeres adultas mayores.

2. Marco institucional y programático

Los esfuerzos orientados a la atención de la población adulta mayor son realizados fundamentalmente por tres instituciones gubernamentales: el Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia, a través de la Dirección Nacional de Adultos(as) Mayores; la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud.

2.1. Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia

Previa a la existencia del MINJUMNFA, el antiguo Ministerio de Trabajo y Bienestar Social (Ley Orgánica del Ministerio del Trabajo y Bienestar Social, 16 de julio de 1970) contaba dentro de su estructura administrativa con la Dirección General de Bienestar Social, organismo técnico de ejecución mediante el cual este Ministerio organizaba, dirigía, coordinaba, ejecutaba y controlaba la aplicación de políticas, programas y normas en materia de seguridad y bienestar social. Esta Dirección tenía entre sus funciones, adoptar las providencias necesarias para la protección y asistencia social de las familias, niños huérfanos o abandonados, ancianos y otras personas carentes de recursos para su subsistencia o que hayan sufrido la disminución de su capacidad productiva; y armonizar la política social y planes de gobierno en materia de seguridad social con la Caja del Seguro Social (véase artículo 40 de la Ley orgánica del Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral).

Con la puesta en marcha de la Ley No. 42 de 1997 que crea el MINJUMNFA, el Ministerio del Trabajo cambia de denominación a Ministerio del Trabajo y Desarrollo Laboral, ya que esta nueva institución asume el desarrollo del componente o programa de bienestar social y la Dirección General de Bienestar Social pasa a constituirse en una de sus direcciones operativas. De igual modo, a partir del año 1997 y en cumplimiento con la ley No. 42, se incluye dentro de la estructura del MINJUMNFA, la Dirección Nacional de Adultos(as) Mayores, organismo técnico encargado de la atención de las personas mayores.

El objetivo del MINJUMNFA es impulsar el desarrollo humano por la vía de la participación y la promoción de la equidad, y procurar la integración social a través de la atención específica de grupos prioritarios, entre los que se encuentran las personas mayores. A través de la DNAM, el Ministerio planifica, promueve, organiza, dirige, desarrolla, coordina, ejecuta y da seguimiento a la aplicación de políticas, programas, proyectos y acciones relativos a las personas mayores (artículo 23, Ley No. 42 de 1997). Las funciones de la DNAM establecidas por ley son:

- a) planificar, elaborar y ejecutar programas y proyectos de prevención, orientación, atención y protección de las personas adultas mayores.
- b) elaborar normas para la creación y supervisión de centros dirigidos a la asistencia, habilitación y rehabilitación de las personas adultas mayores.
- c) dar seguimiento y evaluar los resultados de las normas legales, planes y proyectos relacionados con las personas adultas mayores.
- d) realizar cualquier otra actividad en materia de personas adultas mayores que le atribuyan otras leyes, decretos reglamentarios o el Ministerio.

Entre los programas y acciones más relevantes de la Dirección se encuentran los siguientes:

- a) *Programa de atención integral del adulto mayor*, a través del cual se da respuesta o se brinda solución a situaciones de riesgo social que afecta la integridad física y mental del adulto mayor. Desde la creación del programa se han atendido un total de 5,259 personas mayores en situación de riesgo social y se ha dado solución al 90% de la situaciones presentadas y detectadas. Además se ha logrado la participación de la comunidad en el reporte de situaciones de riesgo a nivel comunitario y una mejor coordinación con las instancias judiciales involucradas. De igual modo, se han diseñado instrumentos tales como formulario de denuncia y su respectivo instructivo y se ha creado un banco de datos para el registro y sistematización de la situaciones sociales atendidas en la Dirección (véase anexo A.4).
- b) *Programa de Supervisión y Evaluación a las instituciones de protección familiar subsidiadas y privadas*, que se crea en respuesta al Decreto Ejecutivo No. 3 del 28 de enero de 1999 que regula la apertura y funcionamiento de los Centros de Atención Diurna, Hogares, Albergues de atención al adulto(a) mayor y donde se facultad al Ministerio a establecer medidas, normas para vigilar, evaluar los programas y servicios que se desarrollan en beneficio de la población residente. Entre los avances logrados a través de la ejecución de este programa se encuentra la existencia de un registro fehaciente del número de instituciones de protección familiar existentes en el país, unido a una supervisión y evaluación periódica de su funcionamiento. Junto con esto es importante señalar que se han implementado acciones de fortalecimiento de estilos de vida saludables y de intercambio intergeneracional en beneficio de la población residente y se ha creado en ésta una mayor conciencia sobre sus derechos y derechos (véase anexo A.5).
- c) *Programa de Capacitación y Actualización*, en el cual se desarrollan acciones de capacitación y actualización en materia de vejez y envejecimiento dirigido a residentes y personal que labora en las instituciones de protección familiar. Igualmente dirige acciones a miembros de asociaciones, federaciones de la tercera edad y a organizaciones comunitarias de adultos(as) mayores. Entre los principales

resultados se encuentra la capacitación de 1,268 personas mayores residentes en instituciones de protección familiar y de 8,978 personas mayores de organizaciones comunitarias y asociaciones. De igual modo se han capacitado a funcionarios de instituciones de protección familiar, Comités de Familia y otros organismos (véase anexo A.6).

- d) *Programa de Educación y Sensibilización*, el cual tiene como objetivo lograr un cambio de la apreciación de la sociedad sobre la vejez y el envejecimiento, que se traduzca en un mejor trato y valoración de las personas adultas mayores, junto con promover los derechos que les asisten a los(as) adultos(as) mayores. Entre los principales resultados obtenidos podemos mencionar el aumento de las denuncias de situaciones de riesgo social efectuadas por la comunidad y la mayor viabilidad con las instancias judiciales involucradas en la atención de abusos y maltrato (véase anexo A.7).
- e) *Programa de Servicio Social Estudiantil*, el cual tiene entre sus objetivos, sensibilizar, concienciar a los jóvenes estudiantes sobre las necesidades o problemas de los(as) adultos(as) mayores y además, promover valores cívicos, morales, cristianos en los estudiantes en favor de la población adulta mayor. Este programa se desarrolla en conjunto con el Ministerio de Educación y consiste en el desarrollo de acciones o labor social a favor de los sectores más pobres, grupos desvalidos como son los(as) adultos(as) mayores en condición de riesgo social (víctimas de abandono, pobreza, pobreza extrema, problemas de salud entre otros). En los principales resultados podemos mencionar, la participación de 4,542 jóvenes estudiantes en las actividades desarrolladas por el programa, favoreciendo el intercambio con personas mayores y el fortalecimiento del recurso humano de las instituciones de protección familiar (véase anexo A.8).
- f) *Programa de personas adultas mayores saludables*, tiene como objetivo primordial promover estilos de vida saludables en beneficio de la población adulta mayor residente en hogares o centros de atención y en grupos de personas mayores

organizados a nivel comunitario. Uno de los principales resultados logrados por este programa, es la sensibilización de los administradores y población residente de las instituciones de protección familiar sobre la importancia del ejercicio físico para mantener la autonomía, y por ende disminuir los factores de riesgo asociados a la discapacidad (véase anexo A.9).

Otro organismo que funciona al alero del Ministerio es el Consejo Nacional de las Personas Adultas Mayores (CONAM) que actúa como cuerpo consultivo, sirviendo como agente orientador y de apoyo para el desarrollo de políticas nacionales en beneficio de esta población. Está conformado por 14 instituciones representativas del sector gubernamental y de la sociedad civil⁸.

La función principal de el CONAM es promover acciones, planes, programas, tales como dar seguimiento y velar por el cumplimiento de las normas y disposiciones legales existentes en el país. Entre las acciones realizadas por este organismos se encuentran las siguientes:

- a) Revisión, formulación y seguimiento de leyes, programas y proyectos existentes, tales como el impulso de nuevas acciones en beneficio de la población adulta mayor.
- b) Creación del reglamento interno que rige el funcionamiento del Consejo Nacional del Adulto(a) Mayor.

⁸ Los miembros del CONAM son : el Ministro o la Ministra de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia o el funcionario que éste(a) designe; el Director o Directora Nacional de Adultos(as) Mayores o el funcionario que éste(a) designe; el Director o Directora de la Caja de Seguro Social o el funcionario que éste(a) designe; el Ministro o la Ministra de Salud o el funcionario que éste(a) designe; el Ministro o la Ministra de Educación o el funcionario que éste(a) designe; el Ministro o la Ministra de Trabajo y Desarrollo Laboral o el funcionario que éste(a) designe; la Primera Dama de la República o el funcionario que éste(a) designe; el Presidente(a) de la Asociación Panameña de Geriátrica o el miembro que éste(a) designe; un(a) representante designado(a) por una ONG que trabaje en beneficio de los adultos(as) mayores, y sea escogido(a) por mayoría de votos de los miembros del Consejo; un(a) representante designado(a) por la Confederación Nacional de Pensionados y Jubilados; un(a) representante designado(a) por la Federación Nacional de Asociaciones de la Tercera Edad de la República de Panamá; un(a) representante designado(a) por el Comité Ecuménico Nacional; un(a) representante designado(a) por un club cívico que desarrolle principalmente planes, servicios y acciones a favor de los(as) adultos(as) mayores, escogidos por mayoría de votos de los miembros del Consejo; un(a) representante designado(a) por la Asociación de Municipios de Panamá.

- c) Revisión del Anteproyecto de Ley No. 69 que modifica la Ley No. 15 del 13 de julio de 1992, referente a los beneficios por servicios y compras a los que tienen derecho los jubilados y pensionados de la tercera edad, y
- d) Revisión del Anteproyecto de la Ley Nacional de Atención Integral del Adulto(a) Mayor propuesta por la Dirección Nacional del Adulto Mayor.

2.2.Caja del Seguro Social

La Caja del Seguro Social (CSS) fue creada en virtud del Decreto Ley No. 14 del 27 de agosto de 1954. Es una entidad de derecho público, autónoma en lo administrativo, en lo funcional, en lo económico, en lo financiero, con personería jurídica, patrimonio propio con derecho a administrarlo y fondos separados e independientes del Gobierno Central.

La CSS tiene a su cargo la administración y dirección del Régimen de Seguridad Social de conformidad con la Constitución Nacional, las leyes y reglamentos pertinentes y cubre los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, orfandad, auxilios de funerales, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Esta institución protege a todas las personas que tienen acceso a los beneficios del seguro social, siempre y cuando cumplan los requisitos legales establecidos para tal fin. Comprende los trabajadores cotizantes, los pensionados y los dependientes de ambos grupos.

En el capítulo sobre seguridad social de Seguridad Económica de este diagnóstico hemos indicado que las personas mayores acceden a diferentes programas de la Caja del Seguro Social. En algunos casos su acceso es directo ya que son los(as) cotizantes. En otros casos acceden como beneficiarios de éstos. En cuanto a las prestaciones que cubren directamente los riesgos de vejez son:

- a) Las *jubilaciones*, que se otorgaban amparadas por la Ley No. 15 y No. 16 del 31 de marzo de 1975, la cual confería tal condición en función de una antigüedad en el empleo – no existía una edad de retiro – y, generalmente, el monto de la jubilación alcanzaba al 100% de su último salario (limitado por un monto máximo de B/ 1,500).
- b) Las *pensiones de vejez* del Programa de IVM, que requieren una edad normal de retiro, fijada en 57 años para la mujer y 62 años para los hombres, quienes deben contar con un mínimo de 180 cuotas aportadas y ser sometidas a la aplicación de la fórmula de cálculo de la pensión que se establece en el artículo 53 –A y 54 de la Ley Orgánica de la CSS.

El régimen de jubilación (exceptuando las jubilaciones de bomberos y fuerza pública) se derogó en el año 2001 en cumplimiento de la Ley No. 8 de febrero de 1997, por lo que se debe considerar que sus beneficiarios son un grupo limitado que desaparecerá a corto plazo.

La CSS también desarrolla importantes actividades en el área de salud y promoción social. Desde 1985 estableció el Programa Nacional de Pensionados, Jubilados y Tercera Edad, respondiendo a la estrategia de la Dirección Nacional de Servicios y Prestaciones Médicas de adaptarse a las necesidades particulares de este grupo de población, que genera una gran demanda de servicios institucionales (en especial en el tercer nivel de atención) debido al padecimiento de enfermedades predominantemente crónico-degenerativas de difícil cura y altos costos de atención.

La CSS ejecuta distintos subprogramas dirigidos a las personas mayores de 50 años, pensionados, jubilados y beneficiarios de la CSS; a fin de preservar su dignidad, subsistencia y salud con el fin que los mismos favorezcan un envejecimiento activo y saludable; priorizando las acciones de promoción, protección, prevención, recuperación y rehabilitación de las personas adultas mayores, de modo de reducir la prevalencia de

enfermedades crónico degenerativas y discapacitantes, al igual que la incidencia de enfermedades prevenibles.

- a) *Subprograma de Sistema de Atención Domiciliaria Integral (SADI)*, que brinda los servicios médicos, sociales, de enfermería, fisioterapia, farmacia y afines a un grupo seleccionado de enfermos(as) funcionalmente dependientes, previa evaluación y posterior control, residentes en la Región Metropolitana, Región Oeste y Región Este de la Provincia de Panamá. Estos servicios se brindan bajo la dirección y orientación de un médico coordinador de cada policlínica, en el ambiente familiar del paciente, utilizando los recursos disponibles y apropiados de las instituciones de salud, de la comunidad y del hogar. Entre los objetivos de este programa está el disminuir el período de hospitalización y prevenir hospitalizaciones frecuentes mediante buen control en el hogar; acelerar la recuperación, previniendo o disminuyendo la incapacidad física, a través del fomento de la independencia funcional; brindar al enfermo dependiente el mejor cuidado en la casa del que podría ofrecerse en el hospital; proporcionar al enfermo un cuidado multidisciplinario satisfactorio en el ambiente hogareño y familiar; capacitar, orientar e instruir al enfermo y a sus familiares en el cumplimiento de las recomendaciones médicas; infundirles el espíritu de cooperación y hacerlos conscientes de su obligación moral; racionalizar la utilización de los servicios hospitalarios frecuentes mediante buen control en el hogar; así como el costo en el cuidado de estos enfermos tanto para los familiares como para la institución.

- b) *Subprograma de Promoción, Prevención y Atención de la Tercera Edad*, que brinda los servicios médicos, sociales, de enfermería, fisioterapia, farmacia y afines a jubilados, pensionados y beneficiarios independientes y tiene entre sus objetivos el favorecer un envejecimiento activo a través controles de salud bianual, charlas mensuales sobre temas de promoción de la salud y estilos de vida saludables, vacunación contra el tétano y el neumococo; control y seguimiento de enfermedades crónico degenerativas e infecciosas, realización de actividades de esparcimiento y recreativas como la celebración de la semana de la tercera edad, realización de juegos florales y regionales de la tercera edad y en otro orden, la formación del voluntariado

de oro. Este subprograma se implementa en todas las policlínicas de la CSS a nivel nacional.

- c) *Subprograma de Centros de Atención Diurnos -Casas de la Tercera Edad-*, ubicadas en la Región Metropolitana y Región de San Miguelito de la Provincia de Panamá, cuyo objetivo mantener a las personas adultas mayores activas, evitando el aislamiento y la depresión, y contribuyendo a mejorar sus fuentes de ingreso. Entre las actividades que se realizan se encuentran: manualidades, pinturas, sastrerías, y artesanías, y otras de carácter recreativo tales como bailes típicos y antiguos.

La Caja dispone también de infraestructura y recurso humano especializado para la atención en salud para sus beneficiarios, específicamente el Complejo Hospitalario Metropolitano, el Hospital Geriátrico 31 de Marzo y el Hogar la Esperanza. El recurso humano está conformado por geriatras, médicos generales y especialistas, enfermeras, trabajadores sociales, nutricionistas, entre otros.

En relación a la formación de recurso humano, la CSS ha creado el Diplomado en Gerontología de carácter multidisciplinario de salud dirigido a profesionales de la salud como médicos generales, enfermeras, auxiliares, trabajadoras sociales, nutricionistas y residentes a quienes por cuatro meses se les capacita, y actualiza en atención, prevención y promoción de la salud de adultos mayores. Hasta ahora se han graduado 65 personas en este programa.

Finalmente, en cuanto al apoyo a las actividades desarrolladas por las organizaciones de personas mayores, la CSS entrega aportes provenientes de la partida presupuestaria del Programa Nacional de Pensionados, Jubilados y Tercera edad a la Federación Nacional de Asociaciones de la Tercera Edad y Federación Nacional de Asociaciones de la Tercera Edad, que en el año 2002 alcanzaran a B/. 2,986 para la realización de la VI Juegos Regional de la Tercera Edad y B/. 1,250 para la celebración de la clausura de la Semana de la Tercera Edad.

2.3. Ministerio de Salud

El Decreto de Gabinete No. 1 del 15 de enero de 1969 establece al Ministerio de Salud como institución exclusiva y rectora de la salud en el ámbito nacional. El Ministerio tiene como misión el compromiso de garantizar los servicios de salud integral, proveer en forma óptima salud física, mental, social y ambiental a la población panameña, mediante la promoción, prevención, provisión y rehabilitación sostenible con los mejores recursos materiales, humanos y financieros, actuando siempre con equidad, eficacia, eficiencia, con participación e integración social.

En cuanto a la capacidad instalada para la atención de las personas mayores, el MINSA cuenta con el Hogar de Larga Estancia del Ministerio de Salud, pero en general el Ministerio no dispone de recurso humano dedicado a la atención exclusiva de la población adulta mayor. Los funcionarios de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, nutricionistas, psicólogos) que intervienen en su atención deben distribuir las horas contratadas para el manejo de varios programas o actividades y, en las mayorías de las instalaciones de salud, incluso no se cuenta con el equipo completo. Por ejemplo, en el Hospital Santo Tomás cuenta con un solo geriatra y en el Hospital Psiquiátrico Nacional con tres geronto psiquiatras. En relación a la formación de recurso humano, el Hospital Psiquiátrico Nacional está capacitando a un grupo de médicos en geronto psiquiatría.

A nivel programático, esta institución cuenta con normas que regulan la atención de los(as) adultos(as) mayores, las cuales se encuentran plasmadas en las “Normas de Atención del Programa de Salud de la Tercera Edad” del año 1992 y en las “Normas Integrales de Salud para la Población y el Ambiente” de 1998. A través de estas normas se establece la realización de actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación de las personas adultas mayores considerando los factores biopsicosociales y del ambiente. Los objetivos generales de las Normas son:

- a) Elevar el nivel de salud de la población adulta y adulta mayor, promoviendo su pleno bienestar biológico, psicológico y social, a través de una medicina integral dirigida al individuo, la familia y a la comunidad, contribuyendo al desarrollo socioeconómica del país.
- b) Promover la interrelación entre los distintos niveles de atención de nuestro sistema de salud, con el propósito de mejorar tanto la calidad de la atención, como el grado de satisfacción de la población adulta con los servicios del país.
- c) Fomentar las acciones de educación, prevención, curación y rehabilitación integral que contribuyan a reducir la morbilidad y mortalidad en la población adulta.

Y entre las actividades desarrolladas por el MINSA en cumplimiento de estos objetivos, podemos indicar:

- a) Confección y distribución de material educativo promocional sobre enfermedades crónicas y factores de riesgo asociadas a las mismas.
- b) Cursos de actualización a funcionarios de salud sobre tratamiento de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas, gerontológicas.
- c) Desarrollo de campañas Día Mundial de la Diabetes.
- d) Elaboración de instrumentos para la detección de factores de riesgo social de los adultos mayores (en prueba actualmente).
- e) Evaluación de las acciones dirigidas a los(as) adultos(as) mayores, en todas las regiones de salud del país.
- f) Coordinación interinstitucional para lograr el cumplimiento del Decreto Ejecutivo N ° 3 del 28 de enero de 1999 (por el cual se dictan normas para la apertura y

funcionamiento de los centros de atención diurnos, hogares albergues para Adultos Mayores, con énfasis en los artículos 12 y 13).

- g) Coordinación permanente con Asociación Panameña de Hipertensos y Asociación Panameña de Diabetes (véase anexo A.10).

Asimismo el MINSAs, con el objetivo de sensibilizar a la sociedad acerca del envejecimiento e integrar a las personas mayores a la vida comunitaria, y que esto fomente su autonomía y favorezca un buen funcionamiento mental, físico y social, promueve la formación de agrupaciones de tercera edad en los diversos centros de salud. Hasta la fecha, el MINSAs ha organizado a 110 grupos o clubes de tercera edad en las diferentes regiones del país. Dichos grupos son asesorados por funcionarios del equipo de salud (enfermeras, trabajadoras sociales, médicos y odontólogos). Estas agrupaciones se reúnen periódicamente y realizan actividades educativas y socio recreativas, las cuales son financiadas a través de autogestión.

Finalmente, en el ámbito nacional conscientes de la necesidad de formar recursos humanos para la atención de las personas adultas mayores, la Universidad de Panamá ha formado a sesenta funcionarios de la CSS del Programa SADI y Tercera Edad, y a través de la Facultad de Enfermería se dicta la carrera de Post grado en Gerontología en la cual existen en la actualidad trece egresados. Igualmente, la Universidad de las Américas dicta las carreras de Técnico en Gerontología y Licenciatura en Gerontología.

La revisión del marco legal, institucional y programático nos permite llegar a ciertas conclusiones interesantes. La concepción de bipolar de la vejez : “anciano v/s jubilado” —en general haciendo alusión al hombre mayor más que a la mujer— se ha traducido en una forma particular de enfrentar el fenómeno del envejecimiento en nuestro país.

El hecho que el Ministerio del Trabajo y Desarrollo Laboral — antiguo Ministerio del Trabajo y Bienestar Social —, haya tenido a su cargo los asuntos relacionados con las personas mayores de nuestro país, explica de algún modo que una parte de la población adulta mayor haya sido conceptuada como “anciano”, y con ello como dependiente de

cuidados y carente de recursos. La misión por excelencia de los Ministerios del Trabajo en la región ha sido la preocupación por la población activa, y las personas mayores, en razón de su edad son el residuo de dicha población, exceptuando los jubilados. Lo anterior no es un problema en sí. Más bien se transforma en un obstáculo cuando determinados encuadres de política traspasan las fronteras oportunas de aplicación, y hoy en día, el concepto de anciano y las acciones fundadas en dicha concepción, están en entredicho. Los resultados de este diagnóstico nos revelan que la mayoría de las personas mayores son autónomas, aquellas que no tienen seguridad social siguen insertas en el mercado del trabajo —aunque sea informal— y la familia sigue haciéndose cargo de sus antecesores —y ello explica el bajo porcentaje de población institucionalidad del país—.

Con la creación del MINJUNMFA, la orientación de la acción gubernamental en materia de atención a grupos sociales cambió. El eje del accionar del Ministerio es el “desarrollo humano”, no el “bienestar social”; es decir un enfoque más amplio que las condiciones de vida de la población. Respecto a lo establecido en el Código de Familia, la DNAM ha realizado importantes avances. Además de acciones de orden asistencial, esta Dirección está desarrollando programas vinculados al intercambio y solidaridad intergeneracional, ámbitos de acción posible de expandir a otras áreas aun no exploradas en nuestro país.

La CSS se encarga de la población adulta mayor beneficiaria de sus programas, por lo tanto, su cobertura es selectiva; concentrada en el sector de población adulta mayor más privilegiado de nuestro país, aquel que cumplió con los requisitos para acceder a un beneficio. Como decíamos en los inicios de este capítulo: el jubilado con derechos, quedando un amplio margen de población adulta mayor excluida de ciertas garantías.

Finalmente, en el caso del MINSALUD, debe abordar el proceso de transformación de las prestaciones sanitarias, incorporando la atención en salud de las personas mayores a través de personal de salud especializado, adaptando la infraestructura instalada y la cultura biomédica; en paralelo a enfrentar la presión al alza del gasto sanitario derivado del envejecimiento de la población.

CAPITULO 6: A MODO DE SINTESIS FINAL

La estructura de la población panameña es aún relativamente joven; no obstante el aumento considerable de nuevas cohortes que están ingresando a la edad avanzada. El índice de envejecimiento revela un aumento sostenido de la población adulta mayor. En el año 2000, Panamá alcanzó a 24.9 y se espera que en 2025 llegue a 58.0, cifra que se duplicará en el año 2050, tanto en el área urbana como rural, así como en la población indígena. En el lapso de treinta años (1970-2000), la edad mediana de la población también aumentó de 18 a 25 años. Se espera que para el 2025 alcance a 31 años y aumente en siete años más para el 2050. Esta transformación de la estructura etárea de la población tendrá profundas consecuencias en cada uno de los aspectos de la vida individual, comunitaria y nacional, e impactará todas las esferas del quehacer humano.

Según el Censo de Población y Vivienda del 2000 la población adulta mayor asciende a 244,592 que representa el 8.6% de la población nacional. En el área rural, la población adulta mayor es de 97,405 y representa el 7.8%; mientras que en las poblaciones indígenas las personas mayores son 12,976 representando el 5.3%. En cuanto a la diferenciación interna de la población adulta mayor, el grupo de 60 a 74 años tiene el mayor peso relativo (74.3% en 2000) y según sexo, las mujeres son mayoría en el total de la población y en el área urbana, pero son menos que los hombres mayores en el área rural. Estos datos demuestran que el envejecimiento es un fenómeno que traspasa las fronteras de género, étnicas y de zona de residencia, transformando e impactando de modo diversos a los distintos grupos sociales que componen nuestra sociedad. Los efectos positivos o negativos, a nivel individual y colectivo, de dicha transformación se relacionan directamente con los recursos y oportunidades a los que tuvieron acceso las actuales generaciones de personas mayores, en tanto personas y grupos.

En el país el envejecimiento se traduce en una experiencia distinta para hombres y mujeres. Los hombres viven buena parte de su vejez en compañía de una pareja, ejerciendo la jefatura de hogar. Las mujeres, en cambio, viven la viudez o la separación sin reintentar la vida en pareja, pero no siempre asociada a la soledad, ya que pasan a formar parte de los hogares de sus hijos y viceversa. En otro ámbito, existe una estrecha relación entre analfabetismo y pobreza en la vejez, y las mujeres mayores tuvieron menos oportunidades de acceso a la educación que los hombres y esto explica sus bajos niveles de instrucción.

Pero el género no es la única base de diferenciación social de la vejez en Panamá. Las personas mayores de origen indígena y rural presentan algunos rasgos sociodemográficos que en algunos casos son más acentuados que los de la población adulta mayor nacional, y en otros casos difieren a los de este grupo. En las poblaciones indígenas, una menor proporción de personas mayores viven solas o están sin pareja, la incidencia de la jefatura de hogar es más baja que en las personas no indígenas y, en general, las sociedades indígenas están más envejecidas en las zonas urbanas que rurales. En el caso de la población rural destaca la alta proporción de hombres mayores que viven solos y están solteros, la importancia de las mujeres mayores en los hogares nucleares y extendidos —a pesar del mayor liderazgo familiar masculino—, que la población rural está envejeciendo más rápido que la población nacional y que esta evolución será más acelerada. Esto demuestra que si bien el envejecimiento es un proceso generalizado, su manifestación interna es diferente, y que la actual población adulta es extremadamente heterogénea en cuanto a su composición generacional, lo que deriva en necesidades e intereses particulares de acuerdo a su condición de género, étnica o zona de residencia.

En este contexto, el envejecimiento es uno de los retos demográficos más importantes a los que se enfrentará Panamá en el siglo XXI, en tanto ejercerá una presión importante en el sistema de seguridad social, los sistemas de asistencia sanitaria y la atención y cuidado de las personas mayores. El desafío se centra en cómo enfrentar este reto a través de la definición de estrategias claras que garanticen, junto con la sostenibilidad de las finanzas públicas y la capacidad de cumplir objetivos fundamentales de la política presupuestaria, un nivel de vida digno para las personas mayores, permitiéndoles favorecerse del bienestar económico de su país y participar activamente en la vida pública, social y cultural.

Seguridad económica

La seguridad económica en la vejez se entiende como la capacidad de las personas mayores de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos adecuados y sostenibles que les permitan llevar una vida digna y segura. Las fuentes de seguridad económica son de distinto origen, dependiendo de la trayectoria de empleo y acceso a oportunidades que hayan tenido las actuales personas mayores en el transcurso de sus vidas.

A finales de la década pasada, el 44% de la población adulta mayor panameña recibía ingresos por jubilación o pensión. No obstante más de la mitad de las personas de edad avanzada no

accede a los beneficios del sistema de seguridad social, por lo que gran parte se ven obligadas a continuar trabajando en condiciones desfavorables, generalmente en empleos informales, con bajos salarios y sin resguardo contra riesgos.

A nivel nacional, la pobreza afecta a cerca de 3 de cada diez personas mayores. No obstante, los índices aumentan cuando se trata de la población adulta mayor rural e indígena, donde la incidencia de la pobreza alcanza al 64,9% y 95.4%, respectivamente.

El sistema de seguridad social panameño debe enfrentar los desafíos de aumentar sus niveles de cobertura de la actual población en edad productiva; de garantizar su sostenibilidad, incluyendo la necesidad de reevaluar los parámetros actuariales existentes y su manutención o cambio; y de diseñar estrategias para brindar protección a la población adulta mayor desprotegida. Para mantener los actuales niveles de cobertura y beneficios se debe asegurar la solvencia y transparencia del sistema, llevando a cabo medidas que permitan que las futuras generaciones de personas mayores puedan acceder a pensiones dignas.

Salud y bienestar en la vejez

La salud y el bienestar en la vejez es el efecto de las condiciones y prácticas desarrolladas desde las etapas más tempranas de la vida hasta la edad adulta, en cuanto al cuidado de la salud en general, la salud sexual y reproductiva, la nutrición, la actividad física y recreativa y demás factores que tienen gran influencia en el buen estado de salud de las personas mayores.

En el país persiste una amplia brecha social que se evidencia al analizar, entre otros aspectos, las diferencias significativas entre la esperanza de vida a los 60 años y más de edad de las comarcas indígenas y del resto de la población adulta mayor.

Los cambios en el perfil epidemiológico de la población adulta mayor plantean un incremento de las muertes por enfermedades crónicas degenerativas, y la coexistencia de enfermedades crónicas degenerativas —que predispone a un aumento de las discapacidades—, con enfermedades infecciosas y transmisibles que afectan, principalmente, a la población adulta mayor de las áreas rurales y marginales del país.

Los elementos condicionantes de la situación de salud de la población adulta mayor parecen estar estrechamente relacionados con hábitos y estilos de vida no saludables de la población en general (malnutrición (obesidad), el tabaquismo, sedentarismo y el uso de sustancias psicoactivas), a la situación de pobreza y pobreza extrema en que viven un porcentaje importante de esta población, y a la inequidad en el acceso a la atención integral de salud, especialmente para las personas adultas mayores pobres e indígenas.

Si bien el sistema nacional de salud se encuentra en un proceso de transformación de las prestaciones sanitarias, se identifican como aspectos importantes: la necesidad de adecuación de la infraestructura a las necesidades de la población adulta mayor, capacitar recursos humanos en salud en temas de geriatría y gerontología con miras a mejorar la calidad y calidez de la prestación de los servicios, priorizar en el desarrollo de programas de salud orientados a la atención de la población adulta mayor, mejorar el nivel de articulación de los diferentes niveles de atención y complejidad, mejorar la obtención de datos que permitan realizar un análisis más profundo de la salud mental de esta población, entre otros.

Entornos propicios y favorables

La creación y/o reestructuración de los entornos físicos y sociales son dos asuntos importantes para lograr la integración al desarrollo en esta etapa de la vida y no convertir a las personas mayores en una carga para la sociedad.

Las evidencias demuestran que existen factores protectores de orden familiar posibles de fortalecer. El hecho que una proporción minoritaria de la población adulta mayor esté en instituciones de protección familiar demuestra que la familia panameña sigue siendo la principal fuente de apoyo en la edad avanzada. Sin embargo, muchas familias en condiciones de pobreza se ven impedidas de ejercer adecuadamente la función de cuidado y apoyo de las personas mayores y las obliga a buscar como alternativa su institucionalización.

Pese a que la institucionalización es la alternativa menos deseada para vivir la vejez, lo cierto es que determinados factores como la existencia de maltrato, inadecuadas condiciones para el albergue o cuidado o los conflictos familiares, hacen que el ingreso a una institución de protección familiar sea la alternativa más saludable para vivir los últimos años de vida. Dentro de las tareas del MINJUNMFA se encuentra la supervisión de las instituciones de protección

familiar y la entrega de subsidios para la atención de la población residente. El Ministerio complementa su función llevando a cabo innovadores programas de fomento de solidaridad intergeneracional. No obstante, es necesario perfeccionar el sistema de seguimiento y entrega de subsidios para fortalecer la capacidad de las provincias y comarcas de hacerse cargo de las personas mayores que deseen ingresar a una institución de protección familiar.

Si bien los índices registrados de maltrato no son alarmantes, se detecta un aumento de su incidencia. El perfil de la persona mayor maltratada y agresora es coincidente: la primera, mujer de muy avanzada edad en situación de dependencia, y la segunda, su cuidadora o cuidador. Para prevenir esta situación es indispensable el desarrollo de medidas de apoyo para quienes tienen la responsabilidad de brindar asistencia a las personas mayores, especialmente de aquellas en situación de dependencia, e iniciar acciones que contribuyan a reducir las causas del maltrato.

La imagen del envejecimiento en las generaciones más jóvenes es negativa. En general los y las jóvenes consideran que el envejecimiento es una etapa de pérdidas y como consecuencia, la vejez se convierte en una carga para la sociedad. No obstante ello, los y las jóvenes expresan una opinión más positiva en relación a las personas mayores, diferenciando entre el proceso de envejecimiento y quiénes lo viven. Es preciso crear condiciones para fortalecer la imagen que la sociedad tienen de las personas mayores e implementar iniciativas de sensibilización con una perspectiva del ciclo de vida que concientice a las demás generaciones .

El colectivo de personas mayores se encuentra organizado. Esto revela el potencial que tiene este grupo de edad. No obstante, a fin de reducir los riesgos de clientelismo se requieren de medidas que favorezcan la autonomía de las actuales organizaciones existentes y la creación de incentivos para que las personas mayores no organizadas trabajen en función de encontrar mecanismos de representación de sus intereses.

En general, la situación en vivienda de los hogares extensos con personas mayores es mejor que la de otros tipos de hogares. No ocurre lo mismo con las personas mayores solas que tienen los peores indicadores de condiciones de habitabilidad de la vivienda y de propiedad de la misma. La alternativa a una vejez en soledad puede ser la institucionalización —cuando es la opción deseada—, pero también es importante diseñar estrategias que permitan a las personas mayores solas una vida independiente en una vivienda segura y adecuada. Otro grupo que requiere intervenciones particulares en relación al espacio físico es la población adulta mayor rural, debido

a que suelen carecer de servicios básicos, y los recursos económicos y físicos de los que disponen son insuficientes.

Marco legal y programático

El estudio del marco legal y programático revela que la Constitución Política de la República de Panamá (1972), y el conjunto de leyes particulares que de ella derivan —en especial el Código de la Familia (1995)— han guiado la acción gubernamental en favor de las personas mayores y se han plasmado en programas y actividades específicas llevadas a cabo por distintas instancias gubernamentales, cuya misión no estaba dirigida expresamente al conjunto de la población adulta mayor o bien atendía a un sector particular.

Recién en 1997, con la fundación del Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia, se crea una instancia gubernamental dirigida expresamente a atender a las personas mayores: la Dirección Nacional de Adultos Mayores, ente rector en materia de políticas y programas dirigidos a este grupo social. De este modo, por primera vez en la historia del país, el Gobierno de la República de Panamá emprende una acción dirigida al conjunto de la población adulta mayor del país. No obstante ello, es preciso realizar modificaciones a nuestro actual marco legal y programático —centrado en la protección de las personas mayores y la garantía de derechos de los jubilados— que permita al conjunto de la población adulta mayor disfrutar del ejercicio de derechos individuales y colectivos que fortalezca su autonomía, independencia y participación en la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cámos I. (2002) La configuración de la prestación de jubilación en el régimen contributivo de la seguridad social. Tesis Doctoral. Universitat de Girona. España.
2. Caja de Seguro Social. Dirección Nacional de Informática. Boletín Caja de Seguro Social, 2001.
3. CEPAL/CELADE (2003 a) América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población 1950-2050. Boletín Demográfico N° 72, CELADE – División de Población de la CEPAL, Santiago de Chile, julio de 2003.
4. CEPAL/CELADE (2003 b) La situación de las personas mayores. Documento base de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.
5. CEPAL/CELADE (2004) Estimaciones y Proyecciones de Población. Boletín Demográfico No. 73, Santiago de Chile, marzo de 2004.
6. Contraloría General de la República de Panamá. Censos de Población y Vivienda, 1990 y 2000.
7. Contraloría General de la República de Panamá. Estadística Vitales. Defunciones, 1998, 1999, 2000.
8. Contraloría General de la República de Panamá. Estimaciones y Proyecciones de la Población Total del País, por Sexo y Edad. Años 1950 – 2050.
9. Contraloría General de la República de Panamá. Panamá en Cifras 1997 – 2001.
10. Chesnais, Jean –Claude (1990), El Proceso de Envejecimiento de la Población, N°35 (LC/DEM/G.87), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población.
11. Gabinete Social de la República de Panamá. Encuesta sobre la percepción de los jóvenes sobre el (la) adulta (a) mayor, 2002.
12. Gabinete Social de la República de Panamá. Sistema Integrado de Indicadores para el Desarrollo SID-, Año 2000.
13. Giannareas J (2004). Orígenes de la protección judicial de la niñez en la era republicana, Mimeo.
14. Fericgla J (1992) Una antropología de la ancianidad. Editorial Anthropos, Madrid, España.
15. Huenchuan, S. (2003), Condiciones económicas de la vejez mapuche en Chile: diferencias de género y de zona de residencia. El caso de la comuna de Nueva Imperial, Revista Trabajo Social, N°8, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, México.
16. Maddox, G.L y Campbell R(1985) “Scope, concepts and methods in the study of aging”, Handbook on aging and the social sciences, Nueva York.
17. Ministerio de Economía y Finanzas. Dirección de Políticas Sociales. Encuesta de Niveles de Vida, 1997.
18. Ministerio de Economía y Finanzas. Política y Estrategia de Desarrollo Social, 2000 – 2004.
19. Ministerio de Salud. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de Estadísticas. Boletines Regionales de Estadísticas de Salud, Año 2000.

20. Ministerio de Salud. Normas Integrales de Salud para la Población y el Ambiente. 1998.
21. OIT (2004). SIAL Banco OIT/SIAL- Panamá. Panamá.
22. Pérez, L. (1997) Las Necesidades de las Personas Mayores. Ediciones Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, España.
23. Protection from Elder Abuse (2001) Protección contra abuso del anciano. Estados Unidos.
24. Naciones Unidas (2002) Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Madrid, España, 2002.
25. República de Panamá. Código de la Familia, 1995.
26. República de Panamá. Agenda Social del Gobierno Nacional 2000 – 2004.
27. Rubio R. y Tortosa J. (2003) Los malos tratos en personas mayores: un reto a superar en el tercer milenio. Liga de Geriatras y Gerontólogos de Lengua latina, España.
28. Woolf, S. (1989) Los Pobres en la Europa Moderna. Editorial Crítica, Barcelona, España.

DECRETOS EJECUTIVOS:

1. Decreto Ejecutivo N° 27 del 4 de agosto de 1998, “Por el cual se crea el Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia”.
2. Decreto Ejecutivo N° 3 del 28 de enero de 1999, “Por el cual se dictan normas para la apertura y funcionamiento de los Centros de Atención Diurna, Hogares y/o Albergues para Adultos(as) Mayores”.
3. Decreto Ejecutivo N°3 de 24 de junio de 1999, “por el cual se crea el Consejo Nacional del Adulto(a) Mayor”.
4. Decreto Ejecutivo N°26 del 6 de agosto de 1999, “Por el cual se modifica el Decreto Ejecutivo N°21-A de 2 de julio de 1998, que deroga el Decreto Ejecutivo N°25 de 6 de marzo de 1996 y dicta nuevas disposiciones que reglamentan los subsidios que otorga el Estado a las organizaciones sin fines de lucro y a personas naturales, dedicadas al desarrollo de programas sociales dirigidos a grupos vulnerables en todo el territorio nacional.

RESOLUCIONES:

1. Resolución N° 59 de 30 de agosto de 1999, “Por el cual se aprueba el Reglamento Interno Unico para los Centros de Atención Diurna, Hogares y/o Albergues para Adultos Mayores”.

LEYES:

1. Ley Orgánica del Ministerio del Trabajo y Bienestar Social, Decreto de Gabinete No. 249, 16 de julio de 1970.
2. Ley N° 15 de 13 de julio de 1992, “Por la cual se modifican los Artículos 1,2,4,8,9,10,11 y se adicionan nuevos Artículos a la Ley N°6 de 16 de junio de 1987, reformada por la Ley N°18 de 7 de agosto de 1989”.

3. La Ley N°3 de 17 de mayo de 1994, “Código de la Familia”, que comprende un conjunto de normas fundamentales concernientes a los deberes y derechos de la familia y sus diferentes componentes.
4. Ley N°14 de 22 de enero de 2003, “Que define el término Tercera Edad y dicta otra disposición”.
5. Nota: Actualmente se encuentra en la fase de revisión por parte de las instancias involucradas, la propuesta de Ley, “Por la cual se establecen medidas de protección integral para las personas adultas mayores”.

ANEXOS

Cuadro A.1
Panamá: Población de 60 años y más por grupos de edad y sexo

Grupos de Edad	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Ambos sexos			
60-64	37,219	36,114	73,333
65-69	28,148	27,784	55,932
70-74	22,240	22,206	44,446
75-79	15,641	16,533	32,174
80-84	9,991	11,443	21,434
85 y más	7,581	9,728	17,309
Total	120,820	123,808	244,628
Urbano			
60-64	20,298	22,756	43,054
65-69	15,074	17,783	32,857
70-74	12,131	14,562	26,693
75-79	8,748	11,153	19,901
80-84	5,544	7,990	13,534
85 y más	4,310	6,874	11,184
Total	66,105	81,118	147,223
Rural			
60-64	16,921	13,358	30,279
65-69	13,074	10,001	23,075
70-74	10,109	7,644	17,753
75-79	6,893	5,380	12,273
80-84	4,447	3,453	7,900
85 y más	3,271	2,854	6,125
Total	54,715	42,690	97,405

Fuente: CELADE –División de la CEPAL, procesamiento especial con REDATAM+ SP, en base a microdatos censales. Censo de Panamá, 2000

Cuadro A.2
Panamá: población por sexo según grandes grupos de edad. 1950-2025

	Población (en miles)					Porcentaje				
	1950	1975	2000	2025	2050	1950	1975	2000	2025	2050
Ambos sexos	860.1	1723.2	2948.0	4238.9	5001.8	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0-14	346.2	738.6	939.7	1029.8	941.0	40.3	42.9	31.9	24.3	18.8
15-59	458.1	872.5	1774.7	2611.9	2946.4	53.3	50.6	60.2	61.6	58.9
60 y más	55.8	112.0	233.6	597.2	1114.4	6.5	6.5	7.9	14.1	22.3
Hombres	440.6	877.9	1488.6	2124.9	2484.2	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0-14	175.7	375.8	479.4	526.2	481.3	39.9	42.8	32.2	24.8	19.4
15-59	237.5	445.1	894.8	1316.1	1488.6	53.9	50.7	60.1	61.9	59.9
60 y más	27.4	57.0	114.3	282.7	514.3	6.2	6.5	7.7	13.3	20.7
Mujeres	419.4	845.3	1459.5	2114.0	2517.6	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0-14	170.4	362.8	460.2	503.6	459.7	40.6	42.9	31.5	23.8	18.3
15-59	220.6	427.5	880.0	1295.8	1457.8	52.6	50.6	60.3	61.3	57.9
60 y más	28.4	55.0	119.3	314.5	600.1	6.8	6.5	8.2	14.9	23.8

Fuente: Secretaría Técnica del Gabinete Social en base en información de la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

Cuadro A.3
Panamá: Población Adulta Mayor Económicamente Activa según Sector por Área y Sexo. 2000

Categoría de la actividad Económica	Total País	Sexo		
		Total	Hombres	Mujeres
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	204.150	28.346	27.560	786
Pesca	12.810	693	673	20
Explotación de minas y canteras	2.000	164	163	1
Industrias manufactureras	104.345	4.537	3.330	1.207
Suministro de electricidad gas y agua	9.110	340	321	19
Construcción	90.272	4.226	4.197	29
Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores, motocicletas, efectos personales y enseres domésticos	201.511	7.415	5.422	1.993
Hoteles y restaurantes	49.124	1.715	1.001	714
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	78.239	2.597	2.472	125
Intermediación financiera	26.501	408	313	95
Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	45.788	1.356	1.178	178
Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria	70.111	2.021	1.611	410
Enseñanza	56.814	1.580	835	745
Actividades de servicios sociales y de salud	36.822	1.194	793	401
Otras actividades comunitarias, sociales y personales de servicio	48.603	3.589	2.547	1.042
Hogares privados con servicio doméstico	65.596	2.792	516	2.276
Organizaciones y órganos extraterritoriales	1.478	51	37	14
Actividades no bien especificadas	15.797	776	653	123
Total	1.119.071	63.800	53.622	10.178

Nota: La clasificación por sector y rama de actividad responde a la utilizada en los informes económicos del Ministerio de Economía y Finanzas.

Fuente: Fuente: Secretaria Técnica del Gabinete Social en base a Censos de Población de Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá

ANEXO A. 4

Antecedentes Institucionales: Con la creación del MINJUMNFA se logra el establecimiento de un Programa de Atención Integral, que diera respuestas a situaciones de riesgo social; evitando acciones aisladas.			
Institución	Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia - Dirección Nacional de Adultos/as Mayores		
Programa	Atención Integral del /la Adulto/a Mayor		
Antecedentes Generales del Programa:			
Area:	Nivel Nacional	Fecha de inicio:	Septiembre de 1999.
Presupuesto aproximado:	xx	Fuentes de financiamiento	Presupuesto de Funcionamiento
Población objetivo:	Personas Adultas Mayores en situación de riesgo social Hombres: mayores de 60 años Mujeres : mayores de 57 años		
Instituciones involucradas:	Juzgados de Familias, Fiscalías de Familias, Corregidurías, Instituciones Gubernamentales, Instituciones No Gubernamentales, entre otras.		
Descripción del Programa: Brindar atención integral a personas adultas mayores en situación de riesgo social (Maltrato, Abandono, Pobreza, Pobreza Extrema, Abusos Económicos entre otros).			
Objetivos :		Actividades realizadas:	
<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores en riesgo social, mediante la atención a necesidades detectadas o presentadas. 		<ul style="list-style-type: none"> - Detección y atención de situaciones en riesgo social. - Investigación Social. - Evaluación Social. - Orientación familiar, psicológica y legal. - Coordinación con instancias involucradas. - Canalización de recursos. - Seguimiento de casos. 	
Principales resultados:			
<ul style="list-style-type: none"> - Se han atendido un total de 5, 259 personas adultas mayores en situación de riesgo - Se ha dado solución al 90% de las situaciones presentadas y detectadas. - Se ha logrado la participación de la sociedad civil en el reporte de situaciones de riesgos a nivel comunitario para la prevención y atención de las mismas. - Se ha logrado una mejor coordinación y efectividad en la atención de situaciones de riesgo con Instancias Judiciales involucradas. - Se ha alcanzado una mayor optimización de los recursos, mediante la coordinación con otras Instancias Gubernamentales. - Implementación de un formulario de denuncia y su respectivo instructivo para el reporte de situaciones en riesgo social. - Creación de un Banco de Datos para el registro y sistematización de situaciones sociales atendidas en nuestro Ministerio. 			
Evaluación del programa			
<ul style="list-style-type: none"> - Requerimiento de una mayor partida presupuestaria para afrontar el aumento de la demanda existente de situaciones de riesgo. - Por la complejidad de las situaciones sociales presentadas se requiere de un recurso humano más capacitado en materia de atención de situaciones de maltrato. - Concienciación de trabajo en equipo del personal interdisciplinario para el logro de una intervención más efectiva en la atención de los casos. - Mayor impulso de campañas de sensibilización a nivel Nacional a través de instancias No Gubernamentales y Sociedad Civil. 			

ANEXO A.5

Antecedentes Institucionales			
Institución	Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia – Dirección Nacional de Adultos/as Mayores.		
Programa	Supervisión y Evaluación a Instituciones de Protección Familiar		
Antecedentes Generales del Programa: Se hacía necesario la reglamentación y el ordenamiento de las Instituciones de Protección Familiar que albergaban a personas adultas mayores, lo cual garantizaría una Atención Integral en dicha población.			
Área:	Nivel Nacional	Fecha de inicio:	Septiembre 1999
Presupuesto aproximado	xx	Fuentes de financiamiento:	Presupuesto de Funcionamiento
Población objetivo:	- Personas Adultas Mayores residentes en Instituciones de Protección Familiar Subsidiadas y privadas.		
Instituciones involucradas:	- Ministerio de Salud, Ministerio de Comercio e Industria, Iglesia Católica, Organizaciones No Gubernamentales		
Descripción del Programa: El Programa responde y da cumplimiento a lo establecido en el Decreto Ejecutivo No. 3 del 28 de enero de 1999, por medio del cual se regula la Apertura y Funcionamiento de los Centros de Atención Diurnas, Hogares y Albergues para la protección de personas Adultos/as Mayores			
Objetivos :		Actividades realizadas:	
<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar a la población residente en dichas Instituciones una atención integral para el logro de una mejor calidad de vida. - Reglamentar las Instituciones de Protección Familiar y dar seguimiento a lo establecido en el Decreto No. 3 del 28 de enero de 1999. - Incorporar en el Banco de Datos un registro real de las Instituciones de Protección Familiar con las que se cuentan en el país. 		<ul style="list-style-type: none"> - Se realizan supervisiones periódicas para la aplicación de la boleta de Evaluación. - Establecimiento de compromisos entre las Instituciones de Protección Familiar y nuestro Ministerio para la realización de correctivos necesarios. - Asesoramiento y Orientaciones previa a la instalación de una Institución de Protección Familiar. - Coordinaciones periódicas con Hogares Subsidiados para la implementación, evaluación y el seguimiento de los programas. - Establecimiento de sanciones por parte de nuestro Ministerio. - Coordinaciones con Instituciones Gubernamentales para el fortalecimiento de los programas que desarrollan los hogares. 	
Principales resultados:			
<ul style="list-style-type: none"> - Se ha dado cumplimiento a lo establecido en el Decreto Ejecutivo No. 3 del 28 de enero de 1999. - Elaboración del Reglamento Interno Único para Hogares Subsidiados y Privados mediante la Resolución No. 59 del 30 de agosto de 1999. - Se ha logrado concienciar a una gran parte de hogares privados con respecto al rol que como Institución rectora nos compete. - Se ha logrado la implementación de otros programas en beneficio de la población residente. - Se ha incluido en el Programa de Subsidio de nuestro Ministerio a nuevas Instituciones de Protección Familiar. - Existe una mayor conciencia de la población residente sobre sus Derechos y Deberes dentro de las Instituciones de Protección Familiar. - Se han establecido mecanismos de comunicación y coordinación con Instituciones de Protección Familiar, lo cual ha permitido una mayor viabilidad y evaluación de los programas. - Se ha logrado la incorporación de 800 personas adultas mayores en situación de riesgo social en las Instituciones de Protección Familiar subsidiadas por nuestro Ministerio. - Se cuenta con un registro real del número de Instituciones de Protección Familiar al servicio de la población adulta mayor en el país, como de información actualizada acerca de los mismos. - A través del Presupuesto de nuestro Ministerio se han ofrecido plazas de trabajo para fortalecer el recurso humano existente en las Instituciones de Protección Familiar. - Se han establecido coordinaciones con Organismos Gubernamentales involucrados en la Atención Integral de la población residente con el objetivo de garantizar el bienestar de dicha población. - Se han realizado 931 Supervisiones y Evaluaciones a nivel nacional. 			
Evaluación del programa:			
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar los trámites pertinentes a fin de que nuestro Ministerio en conjunto con el Ministerio de Salud autoricen la Licencia de Funcionamiento de estas Instituciones. - Requerimiento de recurso humano calificado para la Supervisión y Evaluación de las Instituciones de Protección Familiar. - Lograr una mayor cooperación de las Corregidurías para la aplicación de sanciones en aquellas Instituciones que incumplan con lo establecido en el Decreto Ejecutivo N. 3 del 28 de enero de 1999. - Implementación de Programas y Redes de Apoyos que fortalezcan los vínculos familiares y faciliten la atención de personas adultas mayores, previniendo así su institucionalización. - Fomento de Centros de Atención Diurna. - Aumento de partidas presupuestarias para el fortalecimiento y ampliación del programa. - Crear mayor conciencia en familiares de residentes y sociedad civil sobre la importancia de reportar cualquier irregularidad detectada en estas Instituciones. - Revisión de la Boleta de Supervisión para la actualización de la misma. - Establecimiento de Convenios con Instituciones involucradas en la atención de personas adultas mayores para la obtención de asistencia técnica en estas Instituciones. 			

ANEXO A. 6

Antecedentes Institucionales: El Programa surge para mejorar deficiencias encontradas en el recurso humano involucrado en el tema de vejez y envejecimiento. Igualmente busca capacitar y actualizar a grupos organizados de personas adultas mayores y a la comunidad en general sobre dichos temas.			
Institución:	Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia – Dirección Nacional de Adultos/as Mayores.		
Programa:	Capacitación y Actualización		
Antecedentes Generales del Programa			
Área:	Nivel Nacional	Fecha de inicio:	Septiembre 1999
Presupuesto aproximado:	xx	Fuentes de financiamiento:	Presupuesto de Financiamiento
Población objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo Multidisciplinario de Instituciones Gubernamentales y No Gubernamentales. - Personal que presta atención y cuidados a personas adultas mayores en Instituciones de Protección Familiar. - Miembros de Organizaciones de Adultos/as Mayores a nivel comunitario y Sociedad Civil. 		
Instituciones involucradas:	- Instituciones Gubernamentales y No Gubernamentales.		
Descripción del Programa: A través de éste Programa se desarrollan acciones de capacitación y actualización en el Tema de Vejez y Envejecimiento, además de otros de interés para la población Adulta Mayor.			
Objetivos:		Actividades realizadas:	
<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar y Educar a los diferentes sectores de la sociedad en temas concernientes a la vejez y el envejecimiento. - Educar y actualizar mediante la promoción de estilos de vida saludable, para el logro de un envejecimiento activo. - Capacitar sobre el Tema de Salud Sexual y Reproductiva en la población Adulta Mayor. - Mejorar la formación académica del personal involucrado para el logro de la atención integral de la población objetiva. 		<ul style="list-style-type: none"> - Seminarios. - Cursos - Paneles - Charlas - Talleres - Jornadas 	
Principales resultados:			
<ul style="list-style-type: none"> - Han recibido capacitación un total de 1,268 personas adultas mayores residentes en instituciones de Protección Familiar. - Han recibido capacitación un total de 8,978 personas adultas mayores miembros/as de asociaciones y agrupaciones comunitarias - Se han capacitado un total de 584 funcionarios/as que laboran en los hogares subsidiados del país. - Se realizaron dos (2) Jornadas sobre Normas y Disposiciones Legales en materia de Adulto/a Mayor. - Talleres semanales dirigidos a residentes de Instituciones de Protección Familiar subsidiadas por nuestro Ministerio. - Se han capacitado a un total de 385 Comités de Familia a nivel Nacional. - Se han realizado 200 acciones de capacitación a grupos organizados y comunidad en general. - Participación en la organización de las Reuniones Regionales de Expertos sobre Seguridad Económica (Auspiciada por el BID) y de Salud y Envejecimiento de la Población Adulta Mayor (OPS). 			
Evaluación del programa			
<ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de aumento de Partida Presupuestaria para la ampliación y continuidad del programa. - Necesidad de Recurso Humano calificado y suficiente para la atención del programa. - Se requiere de una mayor participación de agrupaciones de personas adultas mayores que actúen como agentes multiplicadores en beneficio de su propio grupo. - Implementación de Planes Generales de Capacitación que aumenten la efectividad y optimicen los recursos existentes. 			

ANEXO A.7

Antecedentes Institucionales.			
Institución:	Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia – Dirección Nacional de Adulto /a Mayor		
Programa:	Educación y Sensibilización		
Antecedentes Generales del Programa: Nace por el interés de nuestra Institución de dar a conocer los programas y servicios que se realizan en beneficio de la población envejecida del país, como el de sensibilizar a la comunidad en general en la prevención de situaciones de abuso y maltrato hacia dicha población.			
Área:	Nivel Nacional	Fecha de inicio:	Septiembre 1999
Presupuesto aproximado:	xx	Fuentes de financiamiento:	Presupuesto de Funcionamiento
Población objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> - Grupos Organizados a nivel comunitario - Agrupaciones de personas Adultas Mayores - Población estudiantil de colegios secundarios del país - Recurso Humano de Instituciones Gubernamentales y No Gubernamentales responsables de Programas y Proyectos en beneficio de la población Adulta Mayor. - Sociedad Civil. 		
Instituciones involucradas:	<ul style="list-style-type: none"> - Instituciones Gubernamentales y No Gubernamentales. - Medios de Comunicación. - Sociedad Civil. 		
Descripción del Programa:			
Objetivos:		Actividades realizadas	
<ul style="list-style-type: none"> - Lograr un cambio cultural en la Sociedad sobre la Vejez y Envejecimiento, lo que se traduzca en un mejor trato y valoración de las personas adultas mayores. - Promover los Derechos y Deberes que le asisten a ésta población. - Aumentar la participación de la Sociedad Civil en la solución de los problemas que le aquejan a las personas adultas mayores. 		<ul style="list-style-type: none"> - Campañas de Promoción y Sensibilización a través de Medios de Comunicación (prensa, radio y televisión). - Acciones de Sensibilización en beneficio de la población adulta mayor a nivel comunitario. - Elaboración y distribución de material educativo. - Instalación de líneas caliente para el reporte de situaciones de abuso y maltrato. - Realización de Programas Radiales Semanales. - Realización del Primer Encuentro Intergeneracional. - Campañas de Promoción de valores éticos, familiares y morales. 	
Principales resultados:			
<ul style="list-style-type: none"> - Se ha logrado un aumento de las denuncias sobre situaciones de riesgo social en nuestra Institución. - Se ha logrado mayor impacto en la población con respecto a las acciones que desarrolla nuestro Ministerio. - Se han disminuido las situaciones de abuso y maltrato en contra de la población Adulta Mayor. - Se ha logrado una mayor participación de los Medios de Comunicación en el proceso. - Se ha logrado mayor viabilidad con las Instancias Judiciales involucradas para la atención de abuso y maltrato. - Mayor participación de la Sociedad Civil en la problemáticas que afectan al Adulto/a Mayor. - Mayor conocimiento de la población en general sobre los Derechos y Deberes de las personas adultas mayores y de los procedimientos a seguir para la atención a situaciones de riesgo social. - Se logró una significativa participación de estudiantes y de personas adultas mayores en el Primer Encuentro Intergeneracional realizado en nuestro país, lo que permitió resultados positivos entre ambos grupos; pese a prejuicios que pudieron existir. - Mediante la divulgación a través de los Medios de Comunicación se amplió la cobertura de otros programas en beneficio de esta población. 			
Evaluación del programa			
<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar el acceso a los Medios de Comunicación para la Promoción y Divulgación de los Programas existentes. - Aumentar la Partida Presupuestaria que permita divulgar las acciones que realiza nuestro Ministerio. - Involucrar a la Sociedad Civil y a las Agrupaciones de Adultos/as Mayores para que se conviertan en agentes multiplicadores de los programas. - Reforzar los valores éticos, familiares y morales como medida preventiva de situaciones de riesgo, que pone en peligro la integridad física y mental de las personas de edad. - Se hace necesario el fomento de Encuentros Intergeneracionales que faciliten la comunicación y promuevan un cambio de actitud positiva entre ambos grupos. - Concienciar a las Autoridades Educativas para el logro de una mayor participación de los colegios en el proceso de sensibilización que se ha iniciado. - Lograr mayor participación de las Asociaciones y Agrupaciones de Adultos/as Mayores en la ejecución del programa. - Incorporar en la Gran Cruzada Nacional Contra la Violencia a la población Adulta Mayor, como uno de los grupos de riesgo prioritarios de la sociedad. - Se hace imperante sensibilizar a la Sociedad sobre los cambios demográficos en nuestro país, sus repercusiones y las adecuaciones que conllevan los mismos. 			

ANEXOS A.8

Antecedentes Institucionales			
Institución	Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia – dirección Nacional de Adultos/as Mayores		
Programa	Servicio Social Estudiantil		
Antecedentes Generales del Programa			
Area	Nivel Nacional	Fecha de inicio	Septiembre 1999
Presupuesto aproximado	xx	Fuentes de financiamiento	Presupuesto de Funcionamiento
Población objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> - Personas Adultas Mayores residentes de Instituciones de Protección Familiar. - Estudiante Pregraduandos y Graduandos del nivel secundario 		
Instituciones involucradas	<ul style="list-style-type: none"> - Instituciones de Protección Familiar Subsidiadas por el Ministerio. - Ministerio de Educación - Sociedad Civil. 		
Descripción del Programa: El Programa consiste en el desarrollo de acciones o labor social a favor de los grupos vulnerables, como lo son los adultos mayores en condición de riesgo social.			
Objetivos :		Actividades realizadas	
<ul style="list-style-type: none"> - Promover los valores éticos, cívicos y morales en la familia. - Fomentar el respeto y valoración de las personas adultas mayores. - Sensibilizar y concienciar a la población estudiantil sobre las necesidades y problemas que afectan a los grupos vulnerables de nuestra sociedad. - Lograr el intercambio intergeneracional entre ambos grupos. 		<ul style="list-style-type: none"> - Visita de Promoción a Planteles Secundarios. - Jornada de capacitación con los actores involucrados en el programa. - Asignación de tareas y actividades de asistencia social. - Supervisiones semanales para el seguimiento del programa. - Evaluación del programa. 	
Principales resultados:			
<ul style="list-style-type: none"> - Se ha logrado la incorporación de nuevos Colegios Secundarios, por lo que el programa se amplía anualmente. - Se ha sensibilizado a un total de 4,542 jóvenes estudiantes participantes en el programa. - Se han observados cambios positivos en la actitud de los jóvenes al culminar el programa en relación a la inicio del mismo. - Se ha logrado el intercambio intergeneracional durante la ejecución del programa. - Mayor cooperación de los Colegios Secundarios y de los administradores de los Hogares Subsidiados para la viabilidad e implementación del programa. - Se ha observados mayor motivación y aceptación de las personas adultas mayores hacia los jóvenes estudiantes y un cambio de actitud personal positiva en dicha población. - Fortalecimiento del Hogar en cuanto al recurso humano. - Cambiado en el concepto tradicional de asistencia social, frente a una labor social específica. - Sensibilización en el tema de vejez y el envejecimiento en el personal docente y estudiantil. 			
Evaluación del programa			
<ul style="list-style-type: none"> - Se hace necesario el establecimiento de un Convenio con el Ministerio de Educación para lograr un mayor impulso y efectividad del programa. - La asignación de una partida presupuestaria que garantice la ampliación y implementación del programa. - Sensibilizar a autoridades y funcionarios encargados de programas a favor de la población adulta mayor a nivel de las Direcciones Provinciales, para el logro de una mayor participación de los Colegios en estas áreas. - Revisión y análisis del Resuelto del Ministerio de Educación No. 1003, del 31 de agosto de 1998, con el objetivo de adecuarlos a los nuevos planes educativos y a las políticas sociales vigentes. - Inclusión en los planes educativos el tema de la Vejez y el Envejecimiento. - Fortalecimiento del programa de capacitación previo a la ejecución del programa. 			

ANEXO A.9

Antecedentes Institucionales			
Institución	Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia – dirección Nacional de Adultos/as Mayores.		
Programa	Personas Adultas Mayores Saludables		
Antecedentes Generales del Programa			
Área:	Nivel Nacional	Fecha de inicio:	Septiembre 1999
Presupuesto aproximado:	xx	Fuentes de financiamiento:	Presupuesto de Funcionamiento Institucional
Población objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Personas adultas mayores residentes en Instituciones de Protección Familiar. - Miembros de Agrupaciones de la Tercera Edad a nivel comunitario. - Miembros de Asociaciones de personas adultas mayores. 		
Instituciones involucradas	<ul style="list-style-type: none"> - Instituciones de Protección Familiar subsidiadas por el Ministerio. - Instituto Nacional de Deportes. - Municipios - Cruz Roja Panameña - Sistema Nacional de Protección Civil 		
Descripción del Programa: Realizar actividades deportivas, recreativas y de terapia ocupacional que promuevan un sano esparcimiento y una mejor calidad de vida en la población adulta mayor.			
Objetivos	Actividades realizadas		
<ul style="list-style-type: none"> - Promover estilos de vida saludable para el logro de un envejecimiento activo y saludable en la población adulta mayor. - Realizar actividades para el fortalecimiento y mantenimiento de la autonomía funcional de las personas mayores. - Fomentar el desarrollo de destrezas psicomotoras. 	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades deportivas semanales en Instituciones de Protección Familiar (Torneos y juegos de mesa, cursos de natación y ejercicios acuáticos, fisioterapia, paseos, otros). - Actividades deportivas con grupos organizados a nivel comunitarios (Ligas deportivas, bailes de antaño, actividades recreativas, otros). - Implementación del Programa de Terapia Ocupacional y el desarrollo de destrezas psicomotoras dirigidos a residentes de Instituciones de Protección Familiar y Agrupaciones de adultos mayores a nivel comunitario (Cursos de manualidades, talleres de memoria, otros). - Implementación de Programa Ciudadano Saludable dirigido a residentes de Hogares el cual incluye actividades de educación e higiene personal (Cortes de cabello, limpieza de uñas – pies, capacitaciones y orientaciones). 		
Principales resultados			
<ul style="list-style-type: none"> - Concientización hacia una atención integral de la población adulta mayor en las Instituciones de Protección Familiar. - Se han beneficiado del programa un total de 863 personas adultas mayores institucionalizadas. - Sensibilización de administradores y residentes de Hogares sobre la importancia del ejercicio físico en las personas adultas mayores. - Mayor motivación y participación de los residentes en los programas. - Han participado un total de 500 personas mayores en las ligas deportivas efectuadas a nivel comunitario. - Realización de cursos de manualidades a nivel de agrupaciones comunitarias de personas Adultas Mayores y con residentes de Hogares. - Implementación del programa Ciudadano Saludable con acciones semanales en cada uno de los Hogares Subsidiados. - Realización de actividades deportivas y recreativas diarias en Hogares Subsidiados. - Establecimiento de una coordinación efectiva con las Instituciones involucradas. - Se ha iniciado con la implementación de actividades que promueven la autogestión. 			
Evaluación del programa			
<ul style="list-style-type: none"> - Implementación de una partida presupuestaria para el fortalecimiento y ampliación del programa. - Necesidad de recurso humano idóneo para el fortalecimiento del programa. - Establecimiento de un Programa Nacional de Capacitación dirigido a recurso humano responsable del programa. - Coordinación con Organismos No Gubernamentales que promueven estilos de vida saludable (Asociación Nacional de Hipertensos, Diabéticos, Alzheimer, otros). - Formación de grupos de personas adultas mayores para la realización de actividades física y de sano esparcimiento (Pequeños grupos). - Necesidad de Infraestructuras adecuadas para el desarrollo del programa. - Fortalecimiento de las actividades de promoción previas a la ejecución del programa. - Realizar estudios comparativos que determinen la importancia del ejercicio físico y las actividades recreativas, para el logro de una mejor calidad de vida en la población adulta mayor. 			

ANEXO A.10

Antecedentes Institucionales			
Institución	MINISTERIO DE SALUD		
Programa	SALUD DE ADULTOS		
Antecedentes Generales del Programa			
Area: ATENCION A LA POBLACION	Nivel Nacional xx	Fecha de inicio: 1969	
Presupuesto aproximado:	Esta incluido en el presupuesto general de la Dirección General e Salud	Fuente de Financiamiento:	Presupuesto del Sector Salud
Población objetivo:	Adulto (de 20 a 59 años) Adultos Mayores (mayor de 60 años)		
Instituciones involucradas:	Caja de Seguro Social Ministerio de Educación Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia.		
Descripción del Programa:			
Objetivos :		Actividades realizadas:	
Generales: 1. Elevar el nivel de salud de la población adulta y adulta mayor, promoviendo su pleno bienestar biológico, psicológico y social, a través de una medicina integral dirigida al individuo, la familia y a la comunidad, contribuyendo al desarrollo socioeconómica del país 2. Promover la interrelación entre los distintos niveles de atención de nuestro sistema de salud, con el propósito de mejorar tanto la calidad de la atención, como el grado de satisfacción de la población adulta con los servicios del país. 3. Fomentar las acciones de educación, prevención, curación y rehabilitación integral que contribuyan a reducir la morbilidad y mortalidad en la población adulta.		Entre otras: -Confección y distribución de material educativo promocional sobre enfermedades crónicas y factores de riesgo asociadas a las mismas. -Cursos de actualización a funcionarios de salud sobre tratamiento de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas, gerontológicas. Desarrollo de campañas Día Mundial de la Diabetes -Elaboración de instrumentos para la detección de factores de riesgo social de los adultos mayores (en prueba actualmente) -Evaluación de las acciones dirigidas a los /las adultos/as mayores, en todas las regiones de salud del país -Coordinación interinstitucional para lograr el cumplimiento del Decreto Ejecutivo N ° 3 del 28 de enero de 1999(por el cual se dictan normas para la apertura y funcionamiento de los centros de atención diurnos, hogares albergues para Adultos Mayores (énfasis en los artículos 12 y 13) -Coordinación permanente con Asociación Panameña de Hipertensos y Asociación Panameña de Diabetes.	
Principales resultados(Logros): - Implementación de las Normas Integrales de Atención a la Población y el Ambiente (adultos y adultez mayor) 1998, así como las Normas para el Control de la Hipertensión Arterial (2001) - Diseño del sistema de vigilancia de los factores de riesgo de hipertensión arterial(2001) - Incorporación de la estrategia TAES para pacientes con diagnostico de Tuberculosis. - Documento unico y consensuado de la Historia Clínica Integral para el adulto(2002-2003) - Supervisión Integral al Programa de Adulto Mayor en las distintas regiones del país			
Evaluación del programa			
- El programa vigente data de 1990. Se dispone de las norma de atención integral para la población y el ambiente cuya estructura incluye los aspectos de Promoción, Prevención, Atención y Rehabilitación con sus componentes biopsicosocial, biológico y ambiental para los grupos de 20 a 59 años y mayores de 60 años (Pendientes de revisión a corto plazo). - Desde el nivel central se apoya la descentralización y el desarrollo técnico de los niveles regionales y local(sin crear estructuras paralelas). - La atención de los adultos y adultas mayores en atención primaria es llevad a acabo por médicos generales, trabajadoras sociales, enfermeras, nutricionistas y psicólogas. Existe deficiencia de recursos especializados (geriatras y gerontólogos).			