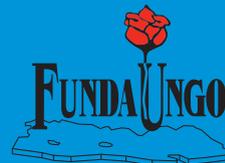




Fondo de Población
de las Naciones Unidas



serie

CUADERNOS SALVADOREÑOS DE POBLACIÓN

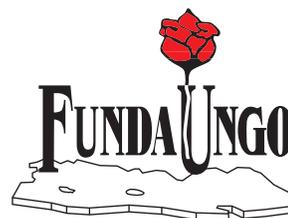
3

Las tendencias demográficas de la población adulta mayor y sus implicaciones para las políticas públicas en materia de seguridad social

Ricardo Córdova
Delmy Burgos
Víctor Tablas
Fátima Rodríguez



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



LAS TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS DE
LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR Y SUS
IMPLICACIONES PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS
EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL

Ricardo Córdova

Delmy Burgos

Víctor Tablas

Fátima Rodríguez

© Fundación Dr. Guillermo Manuel Ungo (FUNDAUNGO).
Todos los derechos reservados.

Las opiniones expresadas en esta obra son de la exclusiva responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Fundación Dr. Guillermo Manuel Ungo (FUNDAUNGO), ni del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

ISBN 978-99923-29-33-7

Primera edición, noviembre de 2010.

Impreso en los talleres de Imprenta Ricaldone.
500 Ejemplares.
San Salvador, El Salvador.



ÍNDICE

Presentación	1
Introducción	3
Capítulo 1. Evolución de las tendencias demográficas de la población adulta mayor: 1950-2050	7
1.1. El proceso de transformación demográfica en América Latina	8
1.1.1. La transición demográfica	8
1.1.2. Tamaño y estructura poblacional	11
1.1.3. El índice de envejecimiento de la población	13
1.2. La transformación demográfica en El Salvador	15
1.2.1. Evolución de la población para el período 1950-2007	15
1.2.2. Principales cambios en los indicadores demográficos que ayudan a explicar la transformación demográfica	18
1.2.3. Los cambios en las estructuras de edades de la población	22
1.2.4. La estructura por edades de la población	29
1.2.5. Proyecciones de población para el periodo 2010-2050	32
1.3. Evolución de la población adulta mayor para el período 1950-2050	33
1.3.1. La población adulta mayor según los censos de población 1950-2007	33
1.3.2. Población adulta mayor: proyecciones para el período 2010-2050	36
1.3.3. Población total y población adulta mayor por departamento	38
Conclusiones	43
Capítulo 2. Características de los hogares y viviendas de la población adulta mayor	47

2.1.	Características de la población adulta mayor	47
2.2.	Jefaturas de hogar de la población adulta mayor	52
2.2.1.	Características de la jefatura de hogar	52
2.2.2.	Dependencia hacia las jefaturas de personas adultas mayores y tipos de hogares	55
2.3.	Actividad económica de la población adulta mayor	58
2.4.	Características de las condiciones de vida de la población adulta mayor	65
2.4.1.	Características de las viviendas de la población adulta mayor	65
2.4.2.	Servicios básicos de la vivienda	68
2.5.	Condiciones de pobreza de la población adulta mayor	76
	Conclusiones	81
Capítulo 3.	Algunas implicaciones de la evolución de las tendencias demográficas de la población adulta mayor para las políticas públicas en materia de seguridad social	85
	Introducción	85
3.1.	Implicaciones sobre los servicios de salud	85
3.1.1.	La inversión en salud	86
3.1.2.	La infraestructura y la capacidad instalada de los establecimientos públicos	86
3.1.3.	Perfil epidemiológico de la población	91
3.1.4.	Recursos humanos en el área de salud	96
3.1.5.	Conclusiones	99
3.2.	Implicaciones sobre el sistema de pensiones	102
3.2.1.	Breve introducción sobre la reforma del sistema de pensiones del año 1996	102
3.2.2.	Una aproximación al funcionamiento del nuevo sistema de pensiones	103
3.2.3.	Conclusiones	118
Anexos		123
	Anexos capítulo 1	123
	Anexos capítulo 2	126
	Anexos capítulo 3	127
	Anexo 4: Marco legal vinculado con la población adulta mayor	131
	Introducción	131
	4.1.Marco legal nacional	131
	4.2.Legislación internacional relacionada con la población adulta mayor	151
Bibliografía		157



ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.1: Evolución de la tasa bruta de natalidad (TBN) en países de América Latina por quinquenios, 1950-2050	9
Cuadro 1.2: Evolución de la tasa bruta de mortalidad (TBM) en países de América Latina por quinquenios, 1950-2050	10
Cuadro 1.3: América Latina y el Caribe. Población total y por grupos de edad de 1950, 2005 y 2050 (en miles)	11
Cuadro 1.4: Países de América Latina y el Caribe. Índice de envejecimiento según etapas de la transición demográfica de 1980, 2005, 2025, 2050, 2075 y 2100	14
Cuadro 1.5: Estimaciones y proyecciones de esperanza de vida al nacer por sexo según quinquenio, 1950-2010	21
Cuadro 1.6: Relaciones de dependencia demográfica	25
Cuadro 1.7: Proyecciones de población por sexo, 2010-2050	
Cuadro 1.8: Población adulta mayor según los censos de población de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007	34
Cuadro 1.9: Población adulta mayor y población total por departamentos según los censos de 1971, 1992 y 2007	39
Cuadro 1.10: Proyecciones quinquenales de la población adulta mayor según departamentos, 2010-2020	41
Cuadro 1.11: Proyecciones del porcentaje de la población adulta mayor en relación con la población total según departamento por quinquenios, 2010-2020	42
Cuadro 2.1: Población adulta mayor por sexo según grupos etarios e índice de masculinidad	48
Cuadro 2.2: Población adulta mayor por sexo según área de residencia geográfica	49

Cuadro 2.3:	Personas adultas mayores por sexo según su rol dentro del hogar en relación con la jefatura de hogar	51
Cuadro 2.4:	Condición de alfabetismo de la población adulta mayor	52
Cuadro 2.5:	Jefaturas de hogar de la población adulta mayor y población menor de 60 años por sexo	54
Cuadro 2.6:	Dependencia hacia las jefaturas de hogar de la población adulta mayor por sexo	56
Cuadro 2.7:	Jefaturas de hogar de la población adulta mayor por sexo según el tipo de hogar	57
Cuadro 2.8:	Hogares con jefatura de personas adultas mayores que tienen a su cargo a nietos o bisnietos sin la presencia de los padres	58
Cuadro 2.9:	Modelo de regresión logística para estimar el abastecimiento de agua por cañería en jefaturas de hogar de la población adulta mayor	71
Cuadro 2.10:	Modelo de regresión logística para estimar el alumbrado de vivienda por electricidad en jefaturas de hogar de la población adulta mayor	74
Cuadro 3.1:	Red nacional de establecimientos de salud, año 2008	89
Cuadro 3.2:	Consolidado de la capacidad instalada funcionando en la red nacional de establecimientos de salud, 2008	91
Cuadro 3.3:	Principales diez causas de morbilidad para la población total según el MSPAS, 2008	92
Cuadro 3.4:	Principales diez causas de morbilidad para la población adulta mayor según el MSPAS, 2008	93
Cuadro 3.5:	Diez principales causas de muertes hospitalarias, población total por sexo, 2008	95
Cuadro 3.6:	Diez principales causas de muertes hospitalarias, población adulta mayor por sexo, 2008	95
Cuadro 3.7:	Instituciones que ofrecen carreras en el área de salud	97
Cuadro 3.8:	Número de carreras en el área de salud que ofrecen las instituciones públicas y privadas, según tipo de grado	98
Cuadro 3.9:	Recurso humano en el área de salud, que labora en el MSPAS	99
Cuadro 3.10:	Afiliados al SAP y al SPP por sexo según grupos etarios (al 30 de junio de 2009)	108
Cuadro 3.11:	Monto promedio de pensión del SAP por tipo de contingencia, según institución y sexo (al 30 de junio de 2009)	116
Cuadro 3.12:	Monto promedio de pensión del SPP por tipo de contingencia según institución y sexo (al 30 de junio de 2009)	117
Cuadro 4.1:	Leyes, códigos, reglamentos y normas nacionales relacionados con la PAM	131
Cuadro 4.2:	Convenios y pactos internacionales relacionados con la población adulta mayor	151



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.1: América Latina y el Caribe. Estructura porcentual de la población total por grupos de edad de 1950, 2005 y 2050	12
Gráfico 1.2: América Latina y el Caribe: distribución de la población por grupos de edad, 1950-2050	13
Gráfico 1.3: Población total según censos de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007	16
Gráfico 1.4: Población total por sexo según censos de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007	16
Gráfico 1.5: Población total por área de residencia geográfica según censos de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007	17
Gráfico 1.6: Tasa global de fecundidad (TGF) por quinquenio, 1950-2010	18
Gráfico 1.7: Tasas brutas de natalidad (TBN) por quinquenio, 1950-2010	19
Gráfico 1.8: Tasas brutas de mortalidad por quinquenio, 1950-2010	20
Gráfico 1.9: Tasas netas de migración por quinquenio, 1950-2010	20
Gráfico 1.10: Esperanza de vida al nacer por sexo según quinquenio, 1950-2010	22
Gráfico 1.11: Distribución porcentual de la población por grupos etarios, 1950-2050	23
Gráfico 1.12: Índice de envejecimiento de El Salvador, 1950-2050	24
Gráfico 1.13: Relación de dependencia demográfica, 1950-2050	26
Gráfico 1.14: Pirámides poblacionales de El Salvador de 1961 y 2007	27
Gráfico 1.15: Pirámides de población por sexo y por área de residencia geográfica según censos de 1950, 1961 y 1971	30
Gráfico 1.16: Pirámides de población por sexo y por área de ubicación geográfica, de acuerdo con los censos de población de 1992 y 2007	31

Gráfico 1.17: Pirámides de población por sexo según proyecciones de población, 2010-2025	32
Gráfico 1.18: Población adulta mayor según los censos de población de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007	34
Gráfico 1.19: Porcentaje de la población adulta mayor con respecto a la población total según los censos de población de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007	35
Gráfico 1.20: Población adulta mayor por sexo según los censos de población de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007	35
Gráfico 1.21: Población adulta mayor por área de residencia geográfica según los censos de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007	36
Gráfico 1.22: Población adulta mayor, proyecciones quinquenales, 2010-2050	36
Gráfico 1.23: Población adulta mayor por sexo según proyecciones quinquenales, 2010-2050	37
Gráfico 1.24: Población adulta mayor como porcentaje de la población total según proyecciones quinquenales, 2010-2050	38
Gráfico 1.25: Población adulta mayor por departamentos según los censos de 1971, 1992 y 2007	40
Gráfico 1.26: Porcentaje de la población adulta mayor con respecto a la población total por departamento según los censos de 1971, 1992 y 2007	40
Gráfico 2.1: Población adulta mayor por sexo según grupos etarios	48
Gráfico 2.2: Adultos mayores por sexo según estado conyugal	52
Gráfico 2.3: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor por sexo según grupos etarios	54
Gráfico 2.4: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor por estado conyugal según sexo	55
Gráfico 2.5: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor y de la población menor de 60 años por distribución PEA y PEI	59
Gráfico 2.6: Clasificación de población económicamente activa de jefaturas de hogar de la población adulta mayor y de la población menor de 60 años	60
Gráfico 2.7: Clasificación de población económicamente activa de jefaturas de hogar de la población adulta mayor por sexo	61
Gráfico 2.8: Clasificación de población económicamente inactiva de jefaturas de hogar de la población adulta mayor y de la población menor de 60 años	62
Gráfico 2.9: Clasificación de población económicamente inactiva de jefaturas de hogar de la población adulta mayor por sexo	63
Gráfico 2.10: Personas dependientes hacia las jefaturas de hogar de la población adulta mayor por situación de trabajo remunerado	64
Gráfico 2.11: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor y de la población menor de 60 años según la forma de tenencia de la vivienda	66

Gráfico 2.12: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor según la forma de la tenencia de la vivienda por sexo	67
Gráfico 2.13: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor por área de ubicación geográfica según tenencia de la vivienda	67
Gráfico 2.14: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor y de la población menor de 60 años según el tipo de vivienda	68
Gráfico 2.15: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor y de la población menor de 60 años según la forma de abastecimiento de agua	69
Gráfico 2.16: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor por sexo según la forma de abastecimiento de agua	70
Gráfico 2.17: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor y de la población menor de 60 años según la forma de alumbrado utilizada en la vivienda	72
Gráfico 2.18: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor por sexo según la forma de alumbrado utilizada en la vivienda	73
Gráfico 2.19: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor y de la población menor de 60 años según la clase de servicio sanitario utilizado	75
Gráfico 2.20: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor por sexo según la clase de servicio sanitario	76
Gráfico 2.21: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor y de la población menor de 60 años según condición de pobreza	77
Gráfico 2.22: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor y de la población menor de 60 años según condición de pobreza	78
Gráfico 2.23: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor según número de miembros del hogar por categoría de pobreza	79
Gráfico 2.24: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor por sexo según tipo de hogar por categoría de pobreza	80
Gráfico 3.1: Distribución de afiliados al SAP y al SPP (al 30 de junio de 2009)	105
Gráfico 3.2: Distribución de afiliados al SAP y al SPP por sexo (al 30 de junio de 2009)	106
Gráfico 3.3: Número de afiliados y tasa de crecimiento de la población afiliada al SAP, 1998-2008	107
Gráfico 3.4: Afiliados al SAP por sexo, 1998-2008	107
Gráfico 3.5: Pirámide poblacional de afiliados al SAP y al SPP (al 30 de junio de 2009)	109
Gráfico 3.6: Afiliados y cotizantes del SAP y densidad de cotización, 1998-2008	110
Gráfico 3.7: Afiliados SAP, PEA, y cobertura de afiliados con respecto a la PEA, 1998-2008	111
Gráfico 3.8: Cotizantes SAP, PEA, y cobertura de los cotizantes con respecto a la PEA, 1998-2008	112

Gráfico 3.9: Número de pensionados y tasa de crecimiento de la población pensionada por el SAP, 1999-2008	113
Gráfico 3.10: Distribución del total de pensiones del SAP, 1999-2008	114
Gráfico 3.11: Distribución del total de pensiones por vejez otorgadas por el SAP, 2000-2008	115
Gráfico 3.12: Distribución del total de pensiones por sobrevivencia otorgadas por el SAP, 2000-2008	115
Gráfico 3.13: Rentabilidad promedio de los últimos doce meses en el SAP, 1999-2009	117



ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1.1:	Aspectos metodológicos de la elaboración de las estimaciones y proyecciones de población de El Salvador	125
Anexo 1.2:	Población adulta mayor y población total según departamento por proyecciones quinquenales de la población: 2010-2020	125
Anexo 2.1:	Población adulta mayor por sexo según estado conyugal	126
Anexo 2.2:	Jefaturas de hogar de la población adulta mayor por sexo según grupos etarios	126
Anexo 2.3:	Jefaturas de hogar de la población adulta mayor y población menor de 60 años según la forma de tenencia de la vivienda	126
Anexo 3.1:	Capacidad instalada funcionando en la red nacional de establecimientos de salud de primer nivel de atención, 2008	127
Anexo 3.2:	Capacidad instalada funcionando en la red nacional de establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, 2008	127
Anexo 3.3:	Población estudiantil según carrera de formación en el área de salud	128
Anexo 3.4:	Cuadro comparativo entre SAP y SPP de los requisitos para obtener pensiones por vejez	129
Anexo 3.5:	Cuadro comparativo entre SAP y SPP de los requisitos para obtener pensiones por invalidez	130
Anexo 3.6:	Cuadro comparativo entre SAP y SPP de los requisitos para obtener pensiones por sobrevivencia	130
Anexo 4:	Marco Legal vinculado con la población adulta mayor	131





PRESENTACIÓN

Las tendencias demográficas globales nos indican que la mayor parte de los países se acercan a un acontecimiento demográfico inédito: la población adulta mayor está creciendo a su mayor ritmo histórico, y pronto superará en número a la población joven por primera vez en la historia, hecho que se conoce como envejecimiento de la población o también como madurez de las masas. Estos cambios demográficos han iniciado hace pocas décadas en los países desarrollados y los resultados del último Censo de Población y Vivienda de El Salvador nos muestran que el país no es ajeno a estos procesos de transformación demográfica.

Los impactos del proceso del envejecimiento de la población sobre una sociedad

determinada es todavía un fenómeno poco estudiado, y si bien es cierto economistas y demógrafos coinciden en que el aumento temporal de la proporción de la población en edad de trabajar redundará en un aumento de los niveles agregados de ingresos y generación de riqueza para esa sociedad, también es cierto que el envejecimiento de la población plantea nuevos desafíos para los gobiernos. En general, se espera de los gobiernos que garanticen una vejez digna, con pensiones de jubilación suficientes y con acceso al sistema de salud, lo que significa que hay tres sistemas económico-sociales que se ven directamente afectados por el envejecimiento demográfico: el sistema de jubilaciones, el sistema de salud y el sistema de atención social. Dentro de este nuevo

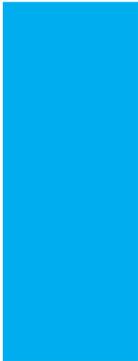
marco demográfico de país, se hace necesario iniciar un proceso de discusión y reflexión sobre cómo serán afectados estos sistemas:

1. El **sistema de jubilaciones** deberá ser revisado profundamente en los próximos años. El número de personas en edad de trabajar y pagar impuestos se reducirá en comparación con el número de personas que recibirán ayuda financiada con los gastos del Estado.
2. El envejecimiento de la población impacta al **sistema de salud** por varias razones: nuevos perfiles epidemiológicos, prolongación del tiempo de la estancia hospitalaria, incremento en los gastos de salud porque las enfermedades de los adultos mayores son más caras de curar que las de los jóvenes, etc.

3. Igualmente, se debe considerar el impacto sobre el **sistema de atención social**. Hasta ahora han sido las familias, especialmente las mujeres, a quienes se les ha delegado el cuidado de los ancianos. Pero con la incorporación de la mujer a la vida económica, la emigración del campo a la ciudad y los cambios en las costumbres sociales, se generan nuevas demandas para los cuidados del adulto mayor.

Por esta razón, el UNFPA ha considerado importante apoyar este estudio, como un insumo a este proceso reflexivo que debe iniciar la sociedad salvadoreña, de cara a los cambios demográficos del país.

Elena Zúñiga
Representante
Fondo de Población de las
Naciones Unidas



INTRODUCCIÓN

La transición demográfica que se ha venido desarrollando en América Latina ha producido importantes cambios en la evolución de la población, pero más importante aún son las transformaciones en las estructuras por edades de la población. Como consecuencia de estas transformaciones demográficas, se ha producido un envejecimiento creciente de la población que ha sido provocado por el descenso de la fecundidad y la mortalidad, y se ha acentuado por el incremento de la esperanza de vida de las personas. Este proceso de envejecimiento en América Latina, de acuerdo con las proyecciones de población, se va a profundizar en las siguientes décadas.

El caso de El Salvador no es ajeno a estas tendencias globales, aunque su transición demográfica tiene sus propias características. En El Salvador, todas las personas de 60 años o más son consideradas como población adulta mayor (PAM).¹ De acuerdo con los datos del Censo de Población y Vivienda de 2007, el país contaba con una población de 542,191 adultos mayores. En menos de 60 años, este segmento pasó de representar el 5% al 9.4% (de 1950 a 2007). Para el 2025, se estima que este grupo representará el 12.6% de la población total, y para 2050, el

1 *Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor*, Decreto Legislativo No. 1043, Diario Oficial No. 231, Tomo 357. El Salvador, publicado el 09 de diciembre de 2002.

19.3%. Es decir, ha habido un importante crecimiento en el número (relativo y absoluto) de las personas adultas mayores, además de que las personas hoy en día viven más años que antes.

En El Salvador, son relativamente escasos los estudios de población que se han enfocado en el análisis de las personas adultas mayores.² Llama la atención este desinterés por los estudios demográficos en general, y por el limitado conocimiento que se tiene de la situación de la población adulta mayor. A esta desatención por la PAM no escapa el aparato estatal, quien hasta el 9 de diciembre de 2002 aprobó una ley de atención al adulto mayor y, a partir de la misma, comienza a desarrollar una joven e incipiente institucionalidad para atender a este segmento de población, a través del Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de los Adultos Mayores (CONAIPAM). Más preocupante es esta situación si consideramos la evolución que tendrá la PAM en las próximas décadas, de acuerdo con las proyecciones de población.

En este marco se toma la decisión a nivel institucional para realizar el estudio *Las tendencias demográficas de la población adulta mayor y sus implicaciones para las políticas públicas en materia de seguridad social*, con el propósito de “analizar las principales

tendencias demográficas y proyecciones de la población adulta mayor salvadoreña para explorar algunas de las implicaciones para las políticas públicas en materia de seguridad social, en particular en lo concerniente a las pensiones y la salud”. Se parte de la consideración de que para quienes formulan políticas públicas en los ámbitos de la seguridad social es preciso conocer las dimensiones, características y evolución de los grupos destinatarios. En este caso, se considera que este estudio, de carácter exploratorio, podría ser un aporte para mejorar el conocimiento en el país acerca del segmento de la población adulta mayor.

El estudio ha sido organizado en cuatro capítulos. El primero aborda la evolución de las tendencias demográficas de la PAM en El Salvador para el período 1950-2050. Aquí, los datos utilizados corresponden a dos fuentes: los Censos de Población y Vivienda de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007; y las proyecciones de población, para lo cual se han utilizado dos documentos elaborados por DIGESTYC - UNFPA - CELADE: *Estimaciones y Proyecciones de la Población 1950-2050* y *Estimaciones y Proyecciones de la Población por Departamento 1995-2020*. El segundo capítulo describe las características de los hogares y las viviendas de la PAM. La información presentada ha sido tomada del Censo de Población y Vivienda de 2007, y de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del año 2008. En el anexo cuatro se ofrece una revisión acerca del marco legal relacionado con la población adulta mayor. Finalmente, el tercer capítulo presenta

2 En una revisión que se hizo de las bibliotecas de siete universidades en el país, únicamente se pudo encontrar cuatro tesis de licenciatura: Aguilera et al. (1998), Estupinián et al. (2003), Bonilla et al. (2008) y Alvarado et al. (2008).

algunas de las implicaciones que la evolución de las tendencias demográficas de la PAM tendrá sobre la demanda de servicios de salud de la población, así como sobre el sistema de pensiones.

Reconociendo que esta investigación representa un esfuerzo pionero por explorar el tema del envejecimiento poblacional y de las condiciones de vida de las personas adultas mayores en El Salvador, la Fundación Dr. Guillermo Manuel Ungo expresa su agradecimiento al Fondo de Población de las Naciones Unidas en El Salvador (UNFPA) por hacer posible, a través del financiamiento brindado, la realización de este estudio. En especial a Leonor Calderón, por la receptividad a esta iniciativa, y a Elizabeth Murcia, por su acompañamiento y oportunas observaciones.

Asimismo, el equipo de investigadores agradece a la Dirección General de Estadística y Censos de El Salvador (DIGESTYC), de manera particular a Domingo Primante, quien en 2009, en su labor como consultor por parte del UNFPA, contribuyó con recomendaciones y sugerencias. Se agradece a Miriam Maldonado, en su labor de asesora especialista en género que apoyó en distintas etapas la realización de esta investigación, y quien proporcionó oportunas recomendaciones. Además se quiere agradecer a Manuel Rincón quien en su función de consultor internacional del UNFPA, proporcionó valiosos comentarios y sugerencias a este documento.

De igual manera se extiende un agradecimiento especial al equipo técnico

del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), a Carmen Aída Lazo, Jimmy Vásquez y Nidia Hidalgo, por sus comentarios y sugerencias. Agradecemos además a Eduardo Córdova por sus comentarios y sugerencias al apartado sobre la salud pública. Asimismo a Nadia Jennifer Soundy, de la Secretaría de Inclusión Social, por sus comentarios.

También se agradece a las personas e instituciones que nos proporcionaron información específica para la elaboración del estudio: Eduardo Espinoza (viceministro), Jazmin Ivette Delgado, Luis Escobar y María Ángela Elías, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS); Joel Pérez y Ana Peñate, del Ministerio de Educación (MINED); y Pedro Escobar, del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP). Se agradece a Silvia América González y a Ernesto Urroz, de la Gerencia de Desarrollo Institucional de la Superintendencia del Sistema de Pensiones, por su colaboración en la construcción de series estadísticas del sistema de pensiones en El Salvador.

Finalmente, se agradece al personal interno de la Fundación que colaboró durante el proceso de gestión y desarrollo de la investigación, especialmente a Nayelly Loya y a Loida Pineda, por el apoyo en el proceso de edición de este informe de investigación.

Dr. Ricardo Córdova
Director ejecutivo
FUNDAUNGO





CAPÍTULO 1

EVOLUCIÓN DE LAS TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR: 1950-2050

Teniendo como marco la transición demográfica que vive América Latina, en este primer capítulo se aborda la evolución de las tendencias demográficas de la población total y de la población adulta mayor (PAM) en El Salvador para el período 1950-2050. El capítulo está estructurado en tres apartados: en el primero, se describen los principales elementos que caracterizan la transformación demográfica que durante los últimos años ha tenido lugar en América Latina, con el propósito de tener un marco de referencia para el análisis del caso salvadoreño. En el segundo, se aborda la

transformación demográfica que ha ocurrido en El Salvador, para lo cual se presenta la evolución de la población para el período 1950-2007 —de acuerdo con los censos de población—, se identifican los principales cambios en los indicadores demográficos que ayudan a explicar esta transformación demográfica, se analizan los cambios en las estructuras de edad, y se presentan las proyecciones de población para el período 2010-2050. En el tercero, se expone la evolución de la PAM para el período 1950-2007, las proyecciones para el período 2010-2050, y se desagrega la información por departamento.

1.1. El proceso de transformación demográfica en América Latina

Para el análisis de la transformación demográfica que ha tenido lugar en América Latina, se analizan tres aspectos. En la sección 1.1.1, se aborda el tema de la transición demográfica; en la sección 1.1.2, se analizan los cambios en términos de tamaño y estructura poblacional; y en la sección 1.1.3, se analiza el índice de envejecimiento poblacional (IEP).

1.1.1. La transición demográfica

La transición demográfica en América Latina ha sido un tema de interés en los últimos años para los especialistas interesados en la evolución de la población, así como en las transformaciones de las estructuras por edades de la población.³ Se entiende a la **transición demográfica** “como un proceso durante el cual se pasa de una dinámica de bajo crecimiento de la

población, con altos niveles de mortalidad y fecundidad, a otra también de bajo crecimiento, pero con mortalidad y fecundidad reducidas; en el estadio intermedio se observan elevadas tasas de aumento de la población como resultado del desfase entre los inicios del descenso de la mortalidad y de la fecundidad” (CEPAL, 2008, p. 3).

Teniendo en cuenta este concepto de transición demográfica, a continuación se presenta la evolución de los indicadores de la tasa bruta de natalidad (TBN) y de la tasa bruta de mortalidad (TBM) por quinquenios para América Latina como región y para un grupo selecto de países, desde 1950-1955 hasta el de 2045-2050. En los Cuadros 1.1 y 1.2 se puede apreciar que ambos indicadores muestran reducciones sostenidas a lo largo de todo el período analizado, contribuyendo ambas variables al proceso de transición demográfica.

3 Al respecto, véase Chackiel (2000), CEPAL (2003), Guzmán (2002) y CEPAL (2008).

**Cuadro 1.1: Evolución de la Tasa Bruta de Natalidad (TBN)
en países de América Latina por quinquenios, 1950-2050**

Quinquenio	América Latina	Argentina	Cuba	El Salvador	Honduras
1950-1955	42,8	25,4	31,6	48,1	52,1
1955-1960	41,9	24,3	28,4	48,8	51,1
1960-1965	41,1	23,2	35,4	47,5	49,5
1965-1970	38,0	22,6	31,6	45,6	48,4
1970-1975	35,5	23,4	26,5	42,7	45,9
1975-1980	33,2	25,7	17,4	40,2	44,5
1980-1985	30,8	23,1	16,5	33,6	42,3
1985-1990	27,9	22,2	17,6	30,7	39,5
1990-1995	25,4	21,3	15,2	29,6	37,2
1995-2000	23,3	19,7	13,1	27,7	33,5
2000-2005	21,6	18,0	12,0	25,3	30,1
2005-2010	20,0	17,5	10,4	23,1	27,8
2010-2015	18,4	16,8	10,1	21,2	25,5
2015-2020	16,9	15,8	10,2	19,6	23,2
2020-2025	15,8	14,7	9,6	18,3	20,9
2025-2030	14,8	13,7	8,9	17,0	18,7
2030-2035	13,8	12,9	8,4	15,8	16,9
2035-2040	13,1	12,6	8,1	14,7	15,2
2040-2045	12,5	12,2	7,9	13,7	14,3
2045-2050	12,0	11,9	7,9	12,9	13,7

Fuente: UNFPA, 2010.

Cuadro 1.2: Evolución de la tasa bruta de mortalidad (TBM) en países de América Latina por quinquenios, 1950-2050

Quinquenio	América Latina	Argentina	Cuba	El Salvador	Honduras
1950-1955	15,7	9,2	10,7	19,8	24,6
1955-1960	13,9	8,7	9,2	17,4	21,6
1960-1965	12,4	8,8	8,5	14,8	18,3
1965-1970	11,0	9,1	7,3	12,5	16,0
1970-1975	9,8	9,0	6,4	11,1	13,7
1975-1980	8,7	8,9	5,9	11,3	11,4
1980-1985	7,8	8,5	6,4	10,8	9,2
1985-1990	7,1	8,5	6,9	7,9	7,3
1990-1995	6,6	8,2	7,3	6,7	6,3
1995-2000	6,2	7,9	7,4	6,1	5,6
2000-2005	6,1	7,9	7,6	5,9	5,3
2005-2010	6,0	7,8	7,5	5,8	5,1
2010-2015	6,1	7,7	7,7	5,8	5,0
2015-2020	6,2	7,6	8,3	5,8	4,9
2020-2025	6,5	7,7	9,2	5,8	4,9
2025-2030	6,9	7,9	10,1	6,0	5,0
2030-2035	7,4	8,3	11,3	6,3	5,3
2035-2040	8,0	8,6	12,4	6,6	5,6
2040-2045	8,7	8,9	14,3	7,1	6,0
2045-2050	9,3	9,3	15,7	7,8	6,5

Fuente: UNFPA, 2010.

El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) ha elaborado una tipología de las etapas de la transición demográfica, que permite clasificar a los países, basadas principalmente en los niveles y evolución de las tasas de natalidad y mortalidad. Sin embargo, más

recientemente se ha advertido que “debido a los grandes cambios en las estructuras por edades y, en especial, al avance del proceso de envejecimiento, la comparación basada en las tasas de natalidad y mortalidad hace difícil identificar la situación demográfica de los países y encubre diferencias

considerables entre ellos” (CEPAL, 2008). En un informe reciente de la CEPAL (2008), se han utilizado la tasa global de fecundidad y la esperanza de vida al nacer como indicadores para identificar las cuatro etapas de la transición demográfica moderada, plena, avanzada y muy avanzada. De acuerdo con esta tipología, Bolivia, Haití y Guatemala se encuentran en una transición moderada; mientras que Ecuador, El Salvador, Panamá, Perú, República Dominicana, Venezuela, Nicaragua, Honduras y Paraguay se encuentran en transición plena. Argentina, Uruguay, Chile, Brasil, Colombia, Costa Rica y México se caracterizan como de transición avanzada; y Cuba, como de transición muy avanzada. En otros estudios se refieren a las etapas de la transición demográfica como transición incipiente, transición moderada, plena transición y transición avanzada; y se clasifica a El Salvador como un país de transición moderada (Del Popolo, 2001; Viveros Maradiaga, 2001). Para los efectos de esta investigación, nos vamos a basar en la tipología y clasificación del estudio de la CEPAL (2008).

1.1.2. Tamaño y estructura poblacional

De acuerdo con la información disponible, la población en América Latina pasó de 161 millones en 1950 a aproximadamente 547 millones en 2005, y de acuerdo con las estimaciones pasaría a 763 millones en 2050. (CEPAL, 2008). Más allá de la evolución en el crecimiento del total de la población, lo que resulta de interés es la transformación que se produce en la estructura por edades de la población: “los más jóvenes aumentaron 2.5 veces entre 1950 y 2005, pero disminuirán aproximadamente un 17% entre 2005 y el final del periodo; el incremento de los adultos fue de 3,8 veces en el primer periodo y su número seguirá creciendo, pero solo un 32% a fines del periodo. El mayor protagonismo corresponderá a los adultos mayores, que aumentaron 5,4 veces entre 1950 y 2005 y prácticamente se cuadruplicarán entre 2005 y 2050, hasta superar a la población joven por un margen del 30%” (CEPAL, 2008).

Cuadro 1.3: América Latina y el Caribe. Población total y por grupos de edad de 1950, 2005 y 2050 (En miles)

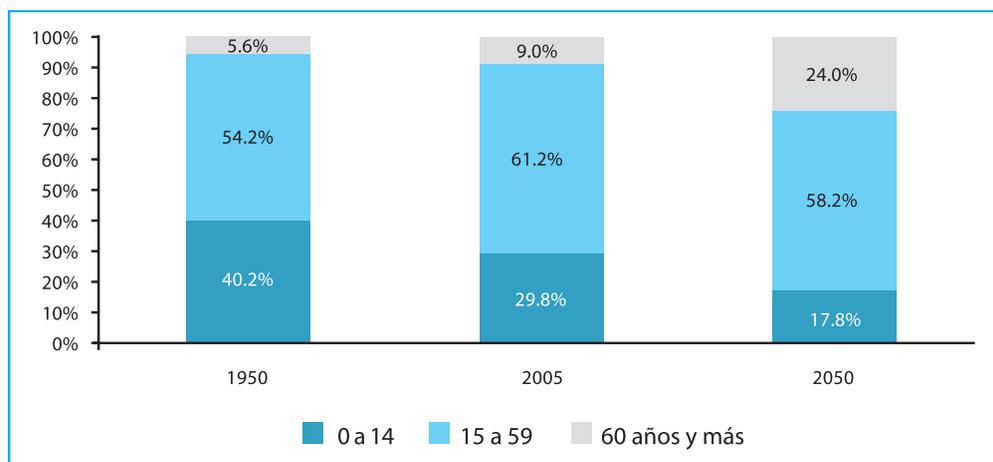
Grupos de edades	Población		
	1950	2005	2050
Total	167,626	558,818	776,631
0 a 14	67,449	166,479	138,146
15 a 59	90,843	342,111	451,764
60 años y más	9,334	50,228	186,721

Fuente: CEPAL, 2008, p 17.

El gráfico que se presenta a continuación desagrega a la población total de América Latina y El Caribe en tres puntos del tiempo, 1950, 2005 y las proyecciones de 2050. Con este gráfico es posible apreciar el proceso de

envejecimiento poblacional que se estaría desarrollando en la región, con una población adulta mayor que ha pasado del 5.6% en 1950 al 9% en 2005 y que se proyecta alcanzará el 24% en 2050.

Gráfico 1.1: América Latina y el Caribe. Estructura porcentual de la población total por grupos de edad de 1950, 2005 y 2050

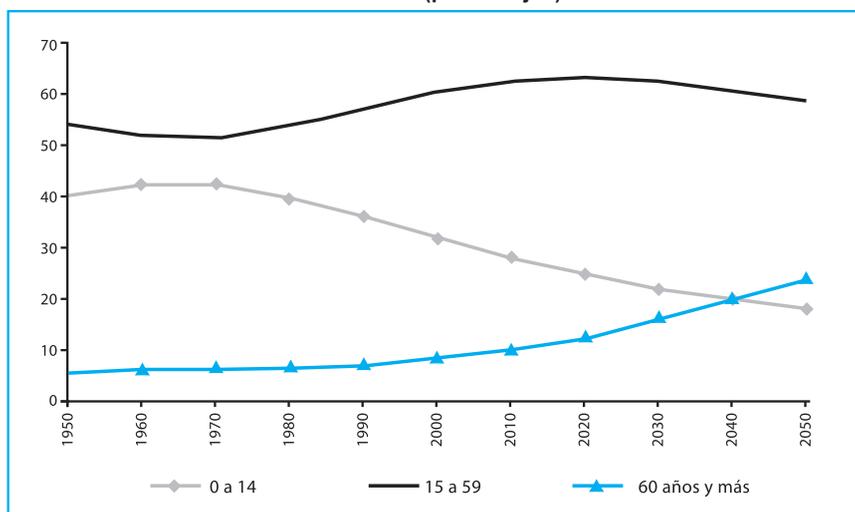


Fuente: Elaboración propia con base en CEPAL (2008).

Uno de los elementos que caracterizan esta transformación demográfica en América Latina son los cambios en las estructuras de edades de la población. Así, de acuerdo con la CEPAL, los grupos de edades extremas son los que observarán los cambios más significativos, ya que “mientras la proporción de los menores de 15 años en total irá disminuyendo, la de los adultos

mayores se incrementará gradualmente hasta que, hacia 2040, ambos grupos se equipararían en niveles del 20%. Por su parte, el segmento de edades activas es el que muestra los cambios menos notables en su peso relativo durante los 100 años considerados, ya que permanece estable en niveles cercanos al 60%” (CEPAL, 2008).

Gráfico 1.2: América Latina y el Caribe: distribución de la población por grupos de edad, 1950-2050 (porcentajes)



Fuente: CEPAL, 2008, p. 19.

En el gráfico anterior es posible identificar para el período 1950-2050 los tres rasgos comentados: una población joven que disminuye, una población en edades activas creciente y estabilizada, y una población adulta mayor que aumenta hasta el final del período. En este sentido, un rasgo que caracteriza las transformaciones demográficas de América Latina es el envejecimiento poblacional a nivel de la sociedad: “el envejecimiento de la población es el principal fenómeno demográfico de la época y que adquirirá especial relevancia en los años futuros por sus perspectivas tanto a la sociedad como un colectivo (envejecimiento poblacional), como a la situación de las personas de edad avanzada (envejecimiento individual), cuyo peso relativo y absoluto presenta un incremento mucho mayor que el de los demás grupos” (CEPAL, 2008, p. 20). Sin embargo, “las cifras actuales son engañosas si se toman

como una anticipación del futuro, ya que el desenlace del proceso vendrá con mayor velocidad que en el pasado y el número de personas cuyas necesidades deberán ser satisfechas —para lo cual la sociedad no se encuentra preparada— sobrepasará todas las expectativas. En efecto, entre 1950 y 2000 la población de 60 años y más subió del 5,5% al 8,8% mientras que en los siguientes 50 años aumentará de 8,8% a 23,6%; en números absolutos, esto significa que el incremento será, aproximadamente, de 9 millones a 180 millones en el lapso de un siglo” (CEPAL, 2008, p. 21). Aunque, desde luego, el crecimiento de la PAM no tiene las mismas características ni tendrá el mismo efecto en todos los países.

1.1.3. El índice de envejecimiento de la población

Un indicador relevante utilizado es el índice de envejecimiento, el cual “expresa la forma

en que varía el crecimiento de la población adulta mayor con respecto a la más joven y se calcula como la relación entre las personas de 60 años y más y las menores de 15 años” (CEPAL, 2008, p. 33).

Cuadro 1.4: Países de América Latina y el Caribe. Índice de envejecimiento según etapas de la transición demográfica de 1980, 2005, 2025, 2050, 2075 y 2100

Etapa transición demográfica	Países	Índice de envejecimiento						Porcentaje de aumento				
		1980	2005	2025	2050	2075	2100	1980-2005	2005-2025	2025-2050	2050-2075	2075-2100
Muy avanzada	Cuba	33,8	80,9	184,6	298,6	359,4	420,3	139,3	128,2	61,7	20,4	16,9
	Uruguay	54,5	74,2	106,3	155,7	193,1	199,2	36,1	43,3	46,4	24,0	3,2
	Chile	24,7	46,1	103,1	170,0	197,3	202,6	86,6	123,6	64,9	16,1	2,7
Avanzada	Argentina	39,0	52,2	77,0	138,6	181,3	192,0	33,8	47,5	80,0	30,8	5,9
	Brasil	17,1	31,3	68,6	138,7	182,5	194,8	83,0	119,1	102,2	31,6	6,7
	Colombia	14,2	24,6	65,4	134,7	181,2	191,1	73,2	165,9	106,0	34,5	5,5
	Costa Rica	18,8	28,8	75,5	158,4	202,7	207,6	53,2	162,2	109,8	28,0	2,4
	México	12,1	27,1	69,4	160,4	201,4	200,4	124,0	156,1	131,1	25,6	-0,5
	Perú	13,3	25,2	51,0	117,5	167,4	185,4	89,5	102,4	130,4	42,5	10,8
Plena	Panamá	16,5	28,5	58,7	120,5	173,1	195,8	72,7	106,0	105,3	43,7	13,1
	Ecuador	13,8	25,1	53,8	118,2	178,3	198,6	81,9	114,3	119,8	50,8	13,1
	Venezuela	12,4	23,7	53,6	116,4	170,8	192,5	91,1	126,2	117,2	46,7	12,7
	Rep. Dominicana	11,2	23,7	45,6	96,1	152,4	179,3	111,6	92,4	110,7	58,6	17,7
	El Salvador	11,4	22,1	39,9	103,1	159,3	184,6	93,9	80,5	158,4	54,5	15,9
Moderada	Paraguay	13,6	19,2	39,4	87,7	117,9	138,7	41,2	105,2	122,6	96,5	17,6
	Nicaragua	9,1	14,8	34,9	99,2	160,9	188,8	62,6	135,8	184,1	62,2	17,4
	Honduras	10,1	14,5	29,1	86,3	142,0	159,5	43,6	100,7	196,6	61,9	12,3
	Haití	15,3	16,6	27,3	70,6	153,6	183,8	8,5	64,5	158,6	87,1	19,7
	Guatemala	10,2	14,0	20,8	57,5	133,5	183,6	37,3	48,5	176,7	132,1	37,5
	Bolivia	12,9	17,2	31,0	82,1	162,6	195,3	33,3	80,2	164,8	88,4	20,1

Fuente: CEPAL, 2008, p. 34.

En el cuadro anterior se puede observar la evolución del índice para los países de América Latina, de acuerdo con las etapas de transición demográfica y los diferentes períodos. Aunque se observa una tendencia incremental en el índice de envejecimiento, se pueden identificar claras diferencias entre los países, tanto en su nivel actual como en sus proyecciones futuras.

Recapitulando, “el reto más novedoso de los cambios demográficos que se han producido en los últimos años ha sido el envejecimiento creciente de la población provocado por el descenso de la fecundidad y acentuado por el incremento de la esperanza de vida de las personas de 60 años y más. La población de 60 años y más tiende a aumentar a un ritmo cada vez mayor, conformando un estrato progresivamente numeroso de personas envejecidas con nuevas y crecientes demandas en materia de seguridad social, salud, trabajo, educación, participación social y política y otros” (CEPAL, 2008, p 104).

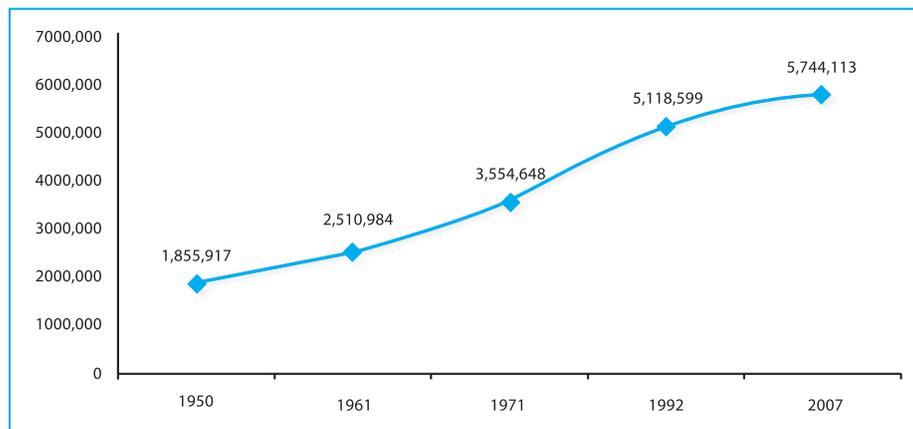
1.2. La transformación demográfica en El Salvador

Para el análisis de las tendencias demográficas de la población de El Salvador,

se analizan cinco aspectos. En la sección 1.2.1, se presenta el análisis de la evolución de la población de acuerdo con los censos de población para el período 1950-2007; en la sección 1.2.2, se abordan los principales cambios en los indicadores demográficos que ayudan a explicar el proceso de transformación demográfica que ha ocurrido en el país en las últimas décadas; en la sección 1.2.3, se abordan los cambios en las estructuras de edad; en la sección 1.2.4, se presentan las pirámides de población, tanto de los censos como de las proyecciones; y finalmente, en la sección 1.2.5, se presentan las proyecciones de población para el período 2010-2050.

1.2.1. Evolución de la población para el período 1950-2007

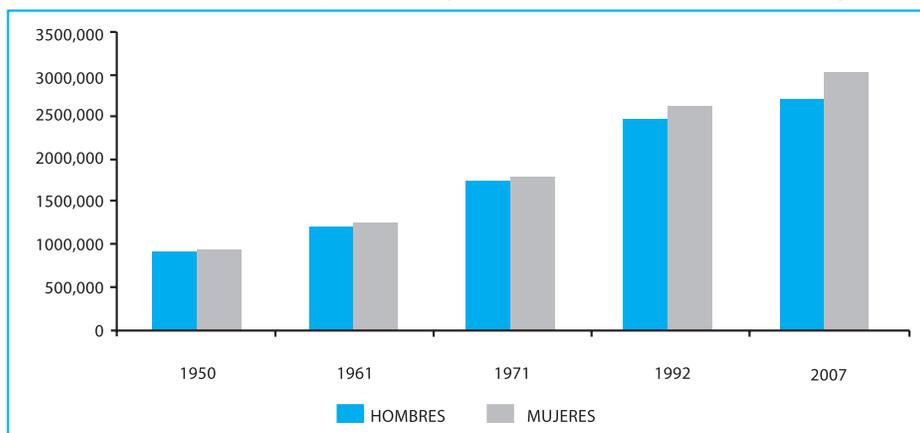
Como se puede apreciar en el Gráfico 1.3, hacia el año 1950, la población censada que se registró en El Salvador fue de 1,855,917 habitantes, número que para 1961 aumenta a 2,510,984; luego se incrementa a 3,554,648 para 1971, a 5,118,599 en 1992 y alcanza los 5,774,113 en el censo de 2007.

Gráfico 1.3: Población total según censos de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007

Fuente: Elaboración propia con base en los Censos de Población y Vivienda de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007.

La composición de la población por sexo a través de los cinco puntos censales, se muestra en el Gráfico 1.4, en el que se observa una modificación sustancial básicamente en las últimas décadas. En 1950, esta composición constaba de un 49.5% de población masculina (918,469) y un 50.5% de población femenina (937,448). La relación se mantuvo muy similar en 1961, con un 49.3% masculino y un 50.7%

femenino, y en 1971, con un 49.4% masculino y un 50.6% femenino. Sin embargo, el censo de 1992 registró un cambio en la composición de la población por sexo, al ampliarse la diferencia entre la población masculina y femenina, 48.6% y 51.4%, respectivamente. En el censo de 2007, dicha brecha se profundiza, al registrar un 47.3% de hombres y un 52.7% de mujeres.

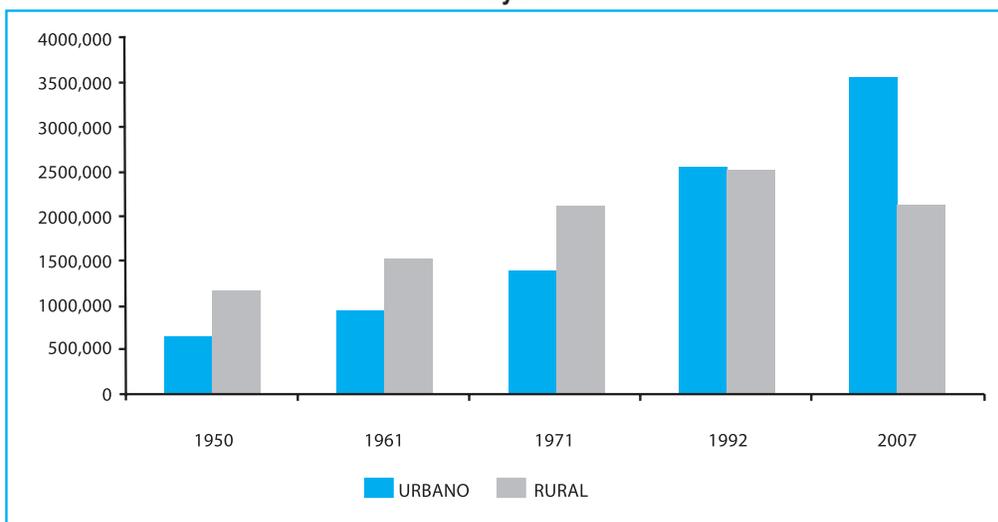
Gráfico 1.4: Población total por sexo según censos de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007

Fuente: Elaboración propia con base en los Censos de Población y Vivienda de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007.

En el Gráfico 1.5 se presenta la distribución de la población en términos del área de residencia geográfica (urbano-rural), de acuerdo con los cinco censos de población. En 1950, la población que residía en el área rural predominaba en número con respecto a la que residía en el área urbana, abarcando la primera al 63.6% de población del país. En 1961 y 1971, esta proporción se conservó de forma similar, promediando en ambos años el 61.0% en el área rural y el restante 39.0% en el área urbana. El censo de 1992 registra una modificación significativa: un 50.4% (2,581,834) de la población reside en el área

urbana y un 49.6% (2,536,765) en el área rural; y esta diferencia se acentúa más en el censo de 2007, cuando un 62.7% reside en el área urbana (3,598,836) y un 37.3% en el área rural (2,141,277). A manera de resumen, se tiene que de acuerdo con los censos de 1950, 1961 y 1971, predominaba la población que residía en el área rural; y a partir del censo de 1992, se observa un crecimiento significativo de la población que reside en el área urbana, es decir, en las últimas décadas, como consecuencia de un proceso acelerado de urbanización, se ha revertido la relación entre la población urbana y rural.

Gráfico 1.5: Población total por área de residencia geográfica según censos de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007



Fuente: Elaboración propia con base en los Censos de Población y Vivienda de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007.

Recapitulando, tenemos que mientras en el período 1950-1971 la población era predominantemente rural, como consecuencia del fenómeno migratorio y de las transformaciones socioeconómicas que

han ocurrido en el país, incluyendo un proceso de urbanización, se revierte esta tendencia, y a partir del censo de 1992 y sobre todo para el censo de 2007, El Salvador pasa a ser un país predominante urbano. El

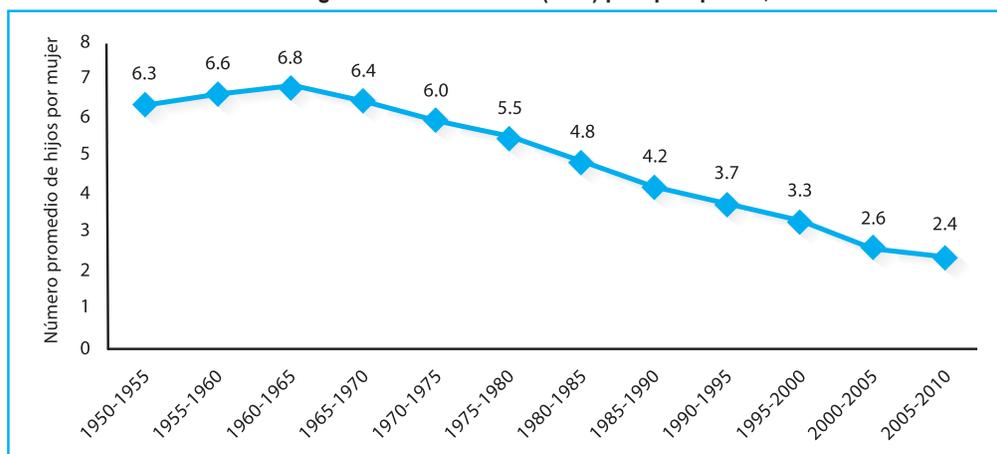
otro cambio importante es la transición de una población equilibrada entre el número de hombres y mujeres (para los censos de 1950, 1961 y 1971), y a partir del censo de 1992 se reporta una ampliación en la brecha entre hombres y mujeres, y para el censo de 2007, dicha brecha se profundiza, al registrar un 47.3% de hombres y un 52.7% de mujeres.

1.2.2. Principales cambios en los indicadores demográficos que ayudan a explicar la transformación demográfica

La evolución que ha tenido la población para el período 1950-2007, y que se ha presentado en el apartado anterior, puede ser explicada principalmente a partir del comportamiento que en este período han tenido tres indicadores demográficos claves: la tasa global de fecundidad (TGF), la tasa bruta de mortalidad (TBM), y la tasa neta de migración (TNM).

En un estudio reciente para América Latina, se ha señalado que “pese a la impresionante reducción de la mortalidad, el protagonista del gran cambio demográfico ha sido el descenso de la fecundidad, por ser esta la variable que más ha incidido en la estructura por edades de la población de los países” (CEPAL, 2008, p. 11). La TGF representa “el número de hijos que en promedio tendría una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad del período en estudio (...)” (CELADE, 1998). En el caso de El Salvador, en el Gráfico 1.6, se presenta la evolución de la TGF para el período 1950-2010, y en el mismo se puede observar que entre 1950-1975 osciló entre un promedio de 6.8 y 6.0 hijos(as) por mujer, para luego irse reduciendo de una manera sostenida a lo largo del período: 5.5, 4.8, 4.2, 3.7, 3.3, 2.6 y ubicarse en 2.4 para el quinquenio 2005-2010.

Gráfico 1.6: Tasa global de fecundidad (TGF) por quinquenio, 1950-2010

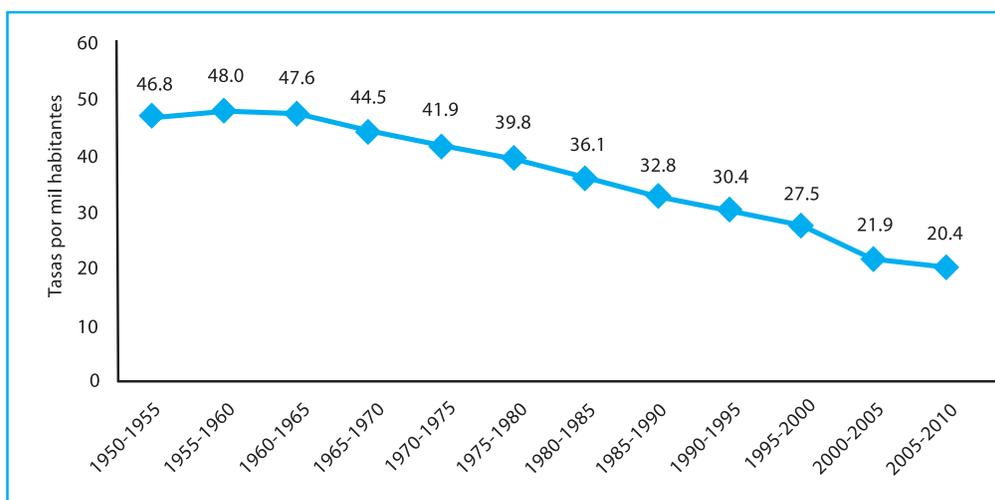


Fuente: Elaboración propia con base en DIGESTYC, UNFPA, CELADE (2009). Estimaciones y Proyecciones de la Población 1950-2050.

Vinculado al comportamiento de la TGF, se tiene la evolución de la tasa bruta de natalidad (TBN), la cual se define como “el cociente entre el número medio anual de nacimientos ocurridos durante un período determinado y la población media del

período” (CELADE, 1998). En El Salvador, la TBN oscila entre 48 y 41.9 para el período 1950-1975, y luego se reduce de manera sostenida a lo largo del período: 39.8, 36.1, 32.8, 30.4, 27.5, 21.9 y 20.4 para el quinquenio 2005-2010.

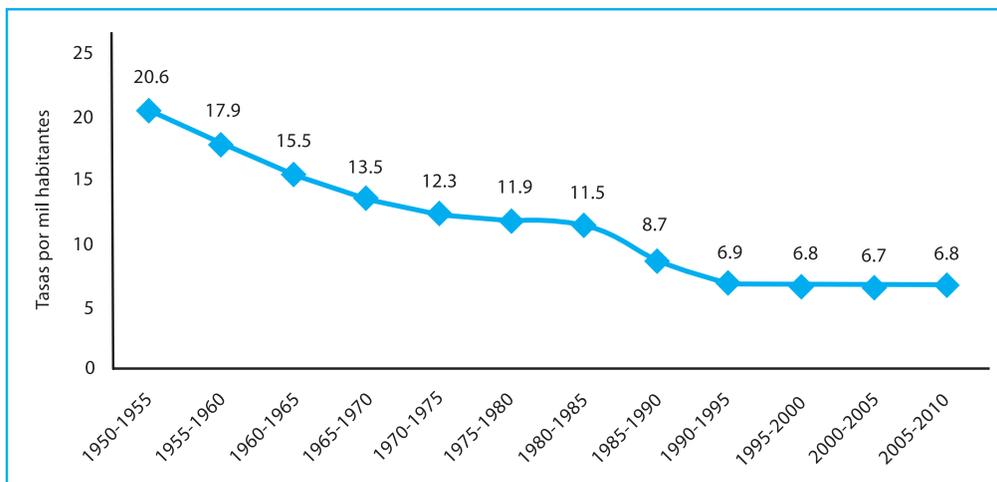
Gráfico 1.7: Tasas brutas de natalidad (TBN) por quinquenio, 1950-2010



Fuente: Elaboración propia con base en DIGESTYC, UNFPA, CELADE (2009). Estimaciones y Proyecciones de la Población 1950-2050.

El segundo indicador es la TBM, que se refiere a la frecuencia con que ocurren las defunciones en una población dada y se calcula como “el cociente entre el número medio anual de defunciones ocurridas durante un período determinado y la población media del período” (CELADE,

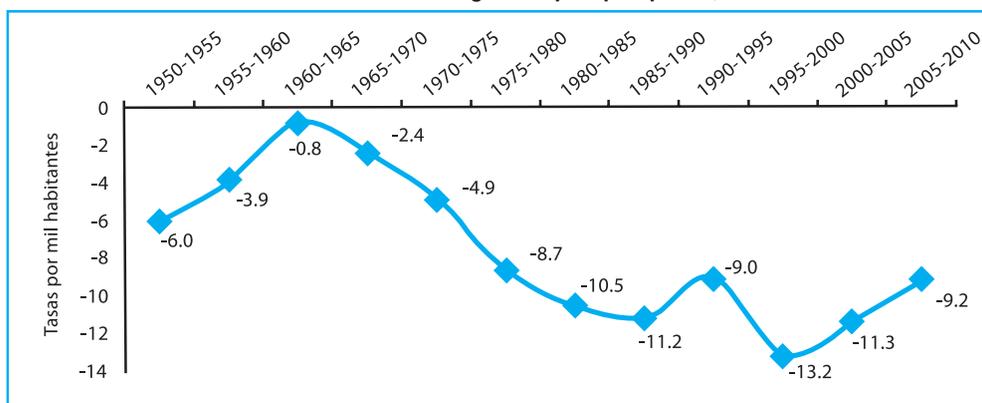
1998). En el Gráfico 1.8, se presenta la TBM para el período 1950-2010, y en este caso se puede observar una sostenida reducción que pasa de 20.6 en 1950-1955, a 11.9 para 1975-1980, y se reduce a 6.8 para el quinquenio 2005-2010.

Gráfico 1.8: Tasas brutas de mortalidad por quinquenio, 1950-2010

Fuente: Elaboración propia con base en DIGESTYC, UNFPA, CELADE (2009). Estimaciones y Proyecciones de la Población 1950-2050.

El tercer indicador es la tasa neta de migración (TNM), que se refiere al “cociente entre el saldo neto migratorio anual ocurrido durante un período determinado y la población media del mismo período” (CELADE, 1998). Este es el indicador más difícil de estimar, debido a la complejidad para obtener datos confiables con respecto al

fenómeno migratorio. En el Gráfico 1.9, se reportan los datos estimados por DIGESTYC, UNFPA y CELADE, y en términos generales se puede observar una tendencia negativa para todo el período, alcanzando su punto más bajo en el quinquenio 1995-2000, y exhibiendo una ligera recuperación para los últimos dos quinquenios.

Gráfico 1.9: Tasas netas de migración por quinquenio, 1950-2010

Fuente: Elaboración propia con base en DIGESTYC, UNFPA, CELADE (2009). Estimaciones y Proyecciones de la Población 1950-2050.

En la esperanza de vida⁴, se refleja el efecto combinado de los cambios en los tres indicadores comentados anteriormente. En el Cuadro 1.5, se muestran las estimaciones y proyecciones de la esperanza de vida para el período 1950-2010, las cuales se presentan desagregadas para hombres y mujeres; además, se ha calculado la esperanza de vida para ambos sexos. Es claro el aumento sostenido de la esperanza de vida para todo el período, comenzando para ambos sexos

en 45.1 en el quinquenio 1950-1955, y alcanzando los 71.1 para el quinquenio 2005-2010.

La esperanza de vida de las mujeres en 1950-1955 era de 46.8 y pasa a 75.9 en 2005-2010; mientras que la de los hombres pasa de 43.4 en 1950-1955 a 66.5 en 2005-2010. En las últimas décadas, se ha incrementado la brecha en la esperanza de vida entre hombres y mujeres.

Cuadro 1.5: Estimaciones y proyecciones de esperanza de vida al nacer por sexo según quinquenio, 1950-2010

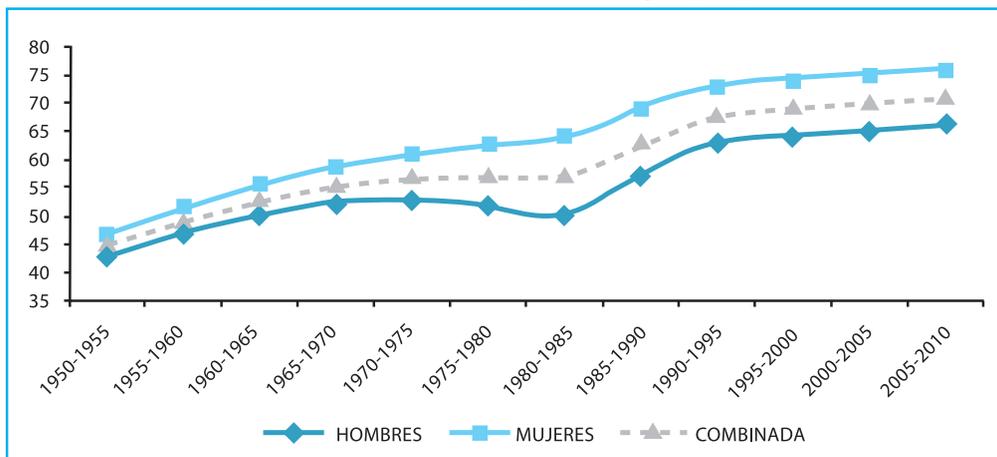
Quinquenio	Esperanza de vida al nacer (años de vida)		
	Hombres	Mujeres	Esperanza de vida combinada ⁵
1950-1955	43.4	46.8	45.1
1955-1960	47.2	51.5	49.3
1960-1965	50.5	55.7	53.0
1965-1970	52.6	58.9	55.6
1970-1975	53.2	61.2	57.1
1975-1980	51.9	62.7	57.2
1980-1985	50.6	64.2	57.2
1985-1990	57.4	69.1	63.1
1990-1995	63.3	72.9	67.9
1995-2000	64.4	73.9	69.0
2000-2005	65.4	74.9	70.1
2005-2010	66.5	75.9	71.1

Fuente: Elaboración propia con base en DIGESTYC, UNFPA, CELADE (2009). Estimaciones y Proyecciones de la Población 1950-2050.

4 La esperanza de vida al nacer se define como "la duración media de la vida de los individuos de una cohorte hipotética de nacimientos, sometidos en todas las edades a la mortalidad del período en estudio", (CELADE, 1998).

5 Tomado de DIGESTYC, UNFPA, CELADE (2009), Estimaciones y Proyecciones de la Población 1950-2050.

En el siguiente gráfico, se puede observar de manera más clara la evolución de la esperanza de vida para hombres y mujeres y, además, una esperanza de vida combinada para el período 1950-2010.

Gráfico 1.10: Esperanza de vida al nacer por sexo según quinquenio, 1950-2010

Fuente: Elaboración propia con base en DIGESTYC, UNFPA, CELADE (2009). Estimaciones y Proyecciones de la Población 1950-2050.

1.2.3. Los cambios en las estructuras de edades de la población

Desde un enfoque sociodemográfico, más allá de analizar la evolución en el crecimiento del total de la población de un país —como se ha hecho en la primera sección—, resulta de interés el analizar la transformación que se produce en el peso relativo y el número absoluto de los distintos grupos etarios, y en particular para los propósitos de este estudio, en el segmento de las personas adultas mayores. En esta sección, se abordan cuatro aspectos: (a) los cambios en las estructuras de edades, (b) el envejecimiento de la población, (c) la relación de dependencia y (d) el bono demográfico.

(a) Los cambios en las estructuras de edades

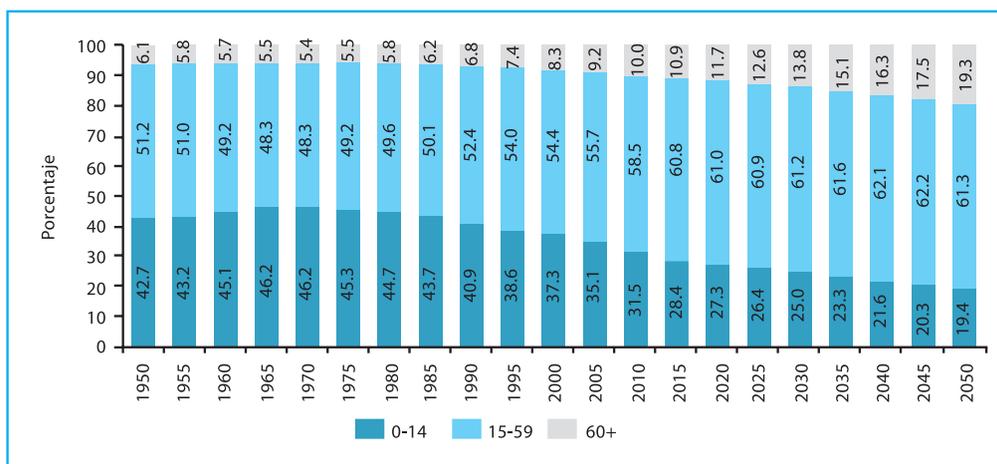
Como se ha comentado anteriormente para América Latina, los grupos de edades

extremas son los que observarán los cambios más significativos. Nótese en el gráfico siguiente que la composición de la población en El Salvador se ha transformado significativamente. En primer lugar, se observa a lo largo del período (1950-2050) el hecho que desde 1950 a 1965 se muestra un incremento del porcentaje de las personas menores de 15 años (pasando de 42.7% en 1950 a 46.2% en 1965/1970). Sin embargo, a partir de 1970 se registra una caída leve hasta 1990 (40.9%), y luego se observa una reducción más acelerada, para alcanzar 35.1% en 1995 y se proyecta en 26.4% para 2025 y 19.4% en 2050. Por otro lado, se muestra una tendencia creciente de la población de 60 años y más, pasando de 6.1% en 1950 a 9.2% en 2005, y proyectándose para 19.3% en 2050. Finalmente, se observa una ligera reducción de la población potencialmente activa (1950-1970), para posteriormente empezar

a ampliarse (1970-2045) y pasar de 48.3% en 1970 a 62.2% en 2045. En otras palabras, en el 2050, 19 de cada 100 salvadoreños tendrán edades inferiores a los 15 años, y

también 19 tendrán edades de 60 años en adelante, mientras que 61 serán potencialmente activos.

Gráfico 1.11: Distribución porcentual de la población por grupos etarios, 1950-2050



Fuente: Elaboración propia con base en DIGESTYC, UNFPA, CELADE (2009). Estimaciones y proyecciones de la población 1950-2050.

(b) El envejecimiento de la población

En el gráfico anterior es posible identificar como tendencia una PAM que después de haber permanecido estable alrededor del 5.4%-6%, a partir del periodo 1975-1980 aumenta hasta alcanzar el 19.3% al final del período.

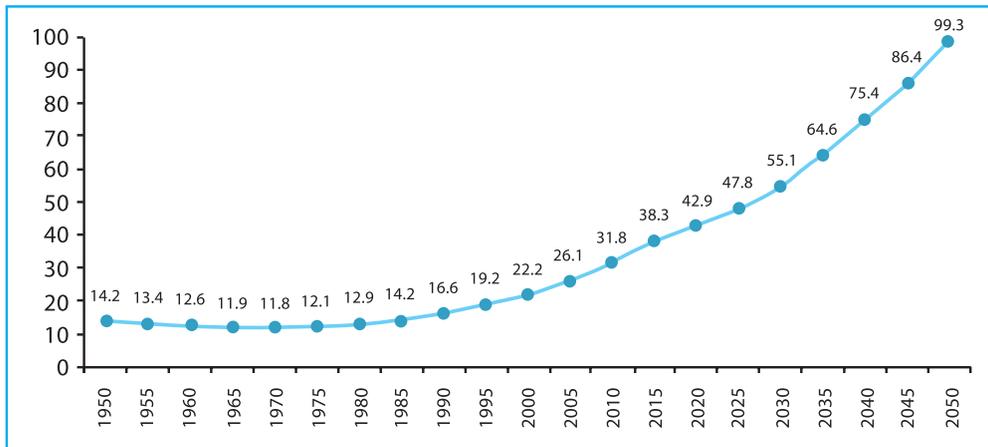
La evolución del IEP⁶ para el caso de El Salvador se presenta en el gráfico siguiente, con el fin de entender de mejor manera la transformación en las estructuras de edades. Se logra visualizar que, a partir de 1975, este

indicador ha mostrado un alza sostenida, hasta alcanzar un valor de 99.3 en el año 2050 —acorde con las proyecciones de población—; es decir que para ese año por cada 100 niños, niñas y adolescentes entre los 0 y los 14 años de edad, en la sociedad salvadoreña, se tendrá a 99 habitantes que sean personas adultas mayores.

Este crecimiento sostenido muestra que, a comienzos del período de estudio, el número de menores de 15 años era muy superior al de adultos mayores, pero que a partir de 1975 dicha diferencia numérica se ha venido reduciendo, como lo indica el siguiente gráfico.

6 Indicador calculado como la razón de la PAM y la población menor de 15 años, multiplicado por 100.

Gráfico 1.12: Índice de envejecimiento de El Salvador, 1950-2050



Fuente: Elaboración propia con base en DIGESTYC, UNFPA, CELADE (2009). Estimaciones y Proyecciones de la Población 1950-2050.

(c) La relación de dependencia

Para analizar los cambios en la estructura etaria de la población, se utiliza como indicador la relación de dependencia, que vincula “a la población en edades potencialmente inactivas (menores de 15 años y personas de 60 años y más, en el numerador) con la población en edades potencialmente activas (entre 15 y 59 años, en el denominador)” (CEPAL, 2008, p. 36). Es importante advertir dos limitaciones de este indicador: (i) no todas las personas dejan de ser económicamente activas de manera automática a los 60 años, y (ii) no todas las personas entre 15 y 59 años de edad son económicamente activas. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, se utilizará la relación de dependencia, por ser un indicador convencionalmente aceptado y utilizado.

En relación con el indicador de relación de dependencia, se consideran tres tipos de indicadores: (i) la relación de dependencia

joven, que considera el número de jóvenes entre 0 y 14 años con respecto al de personas entre 15 y 59 años; (ii) la relación de dependencia entre edades avanzadas, que considera el número de personas de 60 años y más con respecto al de personas entre 15 y 59 años; y (iii) la relación de dependencia total, que es la suma de las dos dependencias (joven y avanzada) en relación con la población en edad activa (15-59 años). Esta relación de dependencia se expresa en términos del número de personas jóvenes o de personas mayores, por cada 100 personas entre 15 y 59 años (CEPAL, 2008, p. 37).

En el caso de El Salvador, el cuadro y gráfico siguiente permiten apreciar cómo a partir de 1965 el índice de dependencia de los menores de 15 años ha mostrado una caída constante, ello principalmente como producto del descenso en las tasas de fecundidad. Este indicador ha pasado de 83.4 en 1950 a 63.1 en 2005 y pasará a 31.7 en el

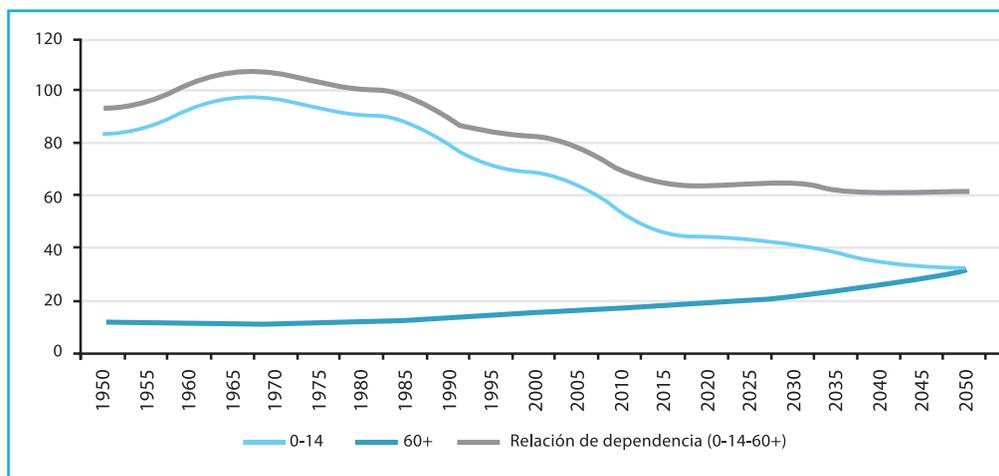
2050. Ello significa que en 1950 por cada 100 personas en edades activas (de trabajar), 83 eran dependientes menores de 15 años, mientras que en 2005 se reducen a 63, y en el 2050, este indicador caería a 32. En el caso de la relación de dependencia proveniente de la población de 60 años y más, este se ha incrementado de 12 dependientes por cada 100 en edad activa en 1950, a 17 en 2005 y se estima en 32 para 2050. La razón de

dependencia total mostró una leve alza en el período 1950-1965, pasando de 95.2 a 107.2, para luego disminuir levemente hasta 99.7 en 1985, y luego reducirse hasta 60.8 en 2045. En 2050, se ha estimado que la relación de dependencia empezará a mostrar un repunte, lo cual estaría indicando el final del período considerado como del bono demográfico, aspecto que analizamos en el siguiente apartado.

Cuadro 1.6: Relaciones de dependencia demográfica

Años	0-14	60+	Relación de dependencia total (0-14 y 60+)
1950	83.4	11.8	95.2
1955	84.8	11.4	96.2
1960	91.5	11.5	103.1
1965	95.8	11.4	107.2
1970	95.7	11.3	107.0
1975	92.1	11.2	103.3
1980	90.2	11.6	101.8
1985	87.3	12.4	99.7
1990	78.0	12.9	90.9
1995	71.4	13.7	85.1
2000	68.6	15.2	83.9
2005	63.1	16.5	79.6
2010	53.9	17.1	71.0
2015	46.7	17.9	64.6
2020	44.7	19.1	63.8
2025	43.4	20.7	64.1
2030	40.9	22.6	63.5
2035	37.9	24.5	62.4
2040	34.7	26.2	60.9
2045	32.6	28.2	60.8
2050	31.7	31.5	63.2

Fuente: Elaboración propia con base en DIGESTYC, UNFPA, CELADE (2009). Estimaciones y Proyecciones de la Población 1950-2050.

Gráfico 1.13: Relación de dependencia demográfica, 1950-2050

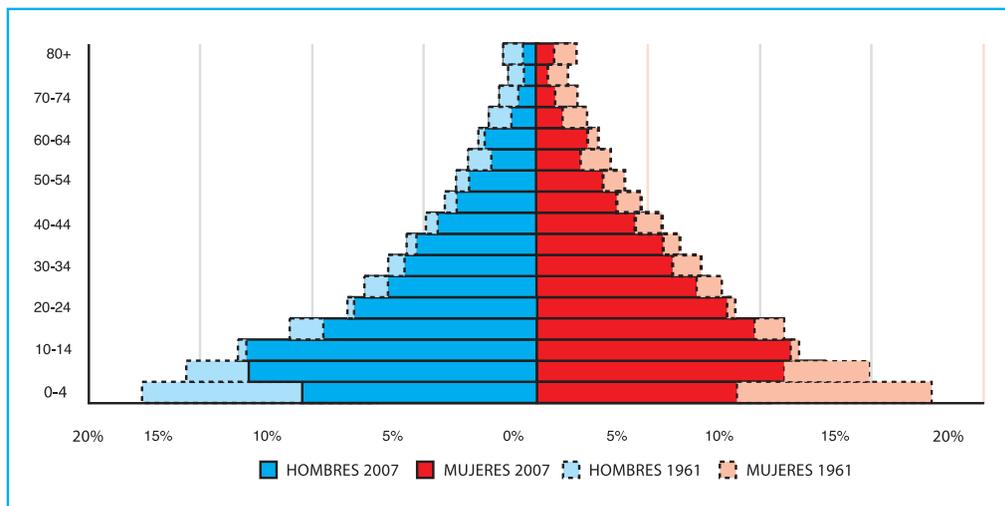
Fuente: Elaboración propia con base en DIGESTYC, UNFPA, CELADE (2009). Estimaciones y proyecciones de la población 1950-2050.

Asimismo, el Gráfico 1.14 presenta otra forma de reconocer la transformación en términos de las estructuras etarias. Se presentan el contraste de dos pirámides poblacionales clave: la primera es la obtenida a partir de los datos del Censo de Población y Vivienda de 1961 (en línea discontinua)⁷, y la segunda que se presenta es la derivada de los registros del Censo de

Población y Vivienda de 2007 (línea sólida). Se aprecia la transición entre la reducción de los pesos relativos de los grupos más jóvenes y el aumento de los grupos de las edades avanzadas que, como ya se ha mencionado previamente, son resultado de la reducción de las variables de la natalidad y de la mortalidad.

⁷ Para el contraste se utiliza información del CPV de 1961 debido a que este es el período en que las tasas de natalidad se incrementaron más fuertemente, y producto de ello es que se presenta una base mas amplia.

Gráfico 1.14: Pirámides poblacionales de El Salvador de 1961 y 2007



Fuente: Elaboración propia con base en Censos de Población y Vivienda 1961 y 2007, a partir de una sugerencia de Manuel Rincón.

(d) El bono demográfico

El **bono demográfico** es explicado en los siguientes términos: “Durante la transición demográfica hay un período en que la proporción de personas en edades potencialmente productivas crece de manera sostenida en relación con la de personas en edades potencialmente inactivas. En este período, durante el cual la relación de dependencia desciende a valores nunca observados, se genera una situación particularmente favorable para el desarrollo, ya que aumentan las posibilidades de ahorro y de inversión en el crecimiento económico, en tanto que, al mismo tiempo, disminuye la presión sobre el presupuesto en educación. Para describir este período se han creado diversos términos, como por ejemplo “bono demográfico” o “ventana demográfica

de oportunidades”, que hacen referencia a las posibilidades que dicho periodo ofrece para elevar las tasas de crecimiento económico per cápita y los niveles de bienestar de la población” (CEPAL, 2008, p. 37).

El proceso de transición demográfica previamente mencionado se traduce en la existencia de un período en que la relación de dependencia tiende a descender a medida que aumenta el peso relativo de la población en edad potencialmente productiva (15-59 años) y disminuye el de las personas en edades potencialmente inactivas. En este período se crea un contexto favorable para el desarrollo, ello debido a que aumenta la capacidad de ahorro y la oportunidad de invertir en el crecimiento económico, al mismo tiempo que se reduce la demanda de

recursos para la educación básica, entre otros.

Los cambios en la estructura de edades en una sociedad tienden a producir un impacto importante en el proceso de desarrollo económico. La existencia de una elevada proporción de personas dependientes (niños y/o personas adultas mayores) suele limitar el crecimiento económico, debido a que una parte importante de los recursos se destina a satisfacer sus necesidades. En esta perspectiva, una elevada proporción de personas en edad de trabajar permite fomentar el crecimiento económico mediante el incremento de los ingresos y la más acelerada acumulación del capital, resultante de la mayor proporción de trabajadores y de la reducción del gasto en personas dependientes.⁸

Sin embargo, aunque el **bono demográfico** representa una ventana de oportunidad para acelerar el desarrollo y mejorar las condiciones de vida de la población, no implica una garantía automática, y más bien aprovechar su potencialidad dependerá de una adecuada gestión de las políticas públicas. En la literatura se señalan mínimamente tres aspectos a ser considerados:

(a) “la adopción de políticas macro-económicas que incentiven la inversión productiva, aumenten las oportunidades de empleo y promuevan un ambiente social y económico estable, propicio al logro de un desarrollo sostenido” (CEPAL, 2008, p. 37).

(b) “Para que se traduzca en ventajas reales para la sociedad es preciso realizar considerables inversiones en capital humano, sobre todo en los jóvenes; además se requerirá dar respuesta, en particular, a ‘la oferta laboral de una población activa creciente y simultáneamente, disminuir la inseguridad, la precariedad y la informalidad típicas del mercado laboral’” (CEPAL, 2008, p. 37).

(c) Por “la condición de actividad efectiva que puedan llegar a tener las personas que integran la PET”, a efectos de constituirse en económicamente activo (PEA) o no económicamente activo (PEI); “por las condiciones de ocupación que logren en la vida real las personas”, es decir, que estén ocupados o desocupados; y “por el tipo de vinculación que logren los ocupados, dentro del mercado laboral”, es decir, contar con un empleo formal o informal. “Es claro, en todo caso que este Bono Demográfico solo será de beneficio para un país cuando las políticas, en este caso las relativas al empleo, permitan que todas las personas que se encuentran en edad de trabajar (la PET) puedan ser integrados al mercado laboral con un empleo formal que les garantice un salario y los beneficios relativos a la salud, seguridad social y pensiones. (...) El Bono Demográfico implica (...) la necesidad de hacer esfuerzos muy grandes para incorporar al mercado laboral los crecientes y sostenidos incrementos de la población en edad de trabajar” (Rincón, 2010).

8 Véase CEPAL, 2008.

Para que el bono demográfico “no resulte un mero espejismo, será necesario elevar la calificación de los recursos humanos, mejorando sistemáticamente la calidad de la educación y la capacitación laboral, y ampliando la capacidad de los sectores productivos de utilizar efectivamente estos recursos.

Una parte de los dividendos del ‘bono’ no está garantizada, pues depende de la capacidad de las economías para generar empleo mientras éste ocurre. De lo contrario, el ‘bono’ se puede convertir en una carga adicional para los países, que se expresaría en una fuerte presión de la población que busca trabajo, en un contexto poco propicio para generar más empleo.

El bono está acotado temporalmente, y con el envejecimiento de la población la relación de dependencia se elevará nuevamente, generando otras demandas de atención de salud y seguridad económica, por lo que los países deberán redoblar sus esfuerzos para aprovechar a tiempo la oportunidad de crecer en desarrollo y ampliar las oportunidades de protección durante toda la vida” (CELADE, CEPAL y UNFPA, 2007, p. 5).

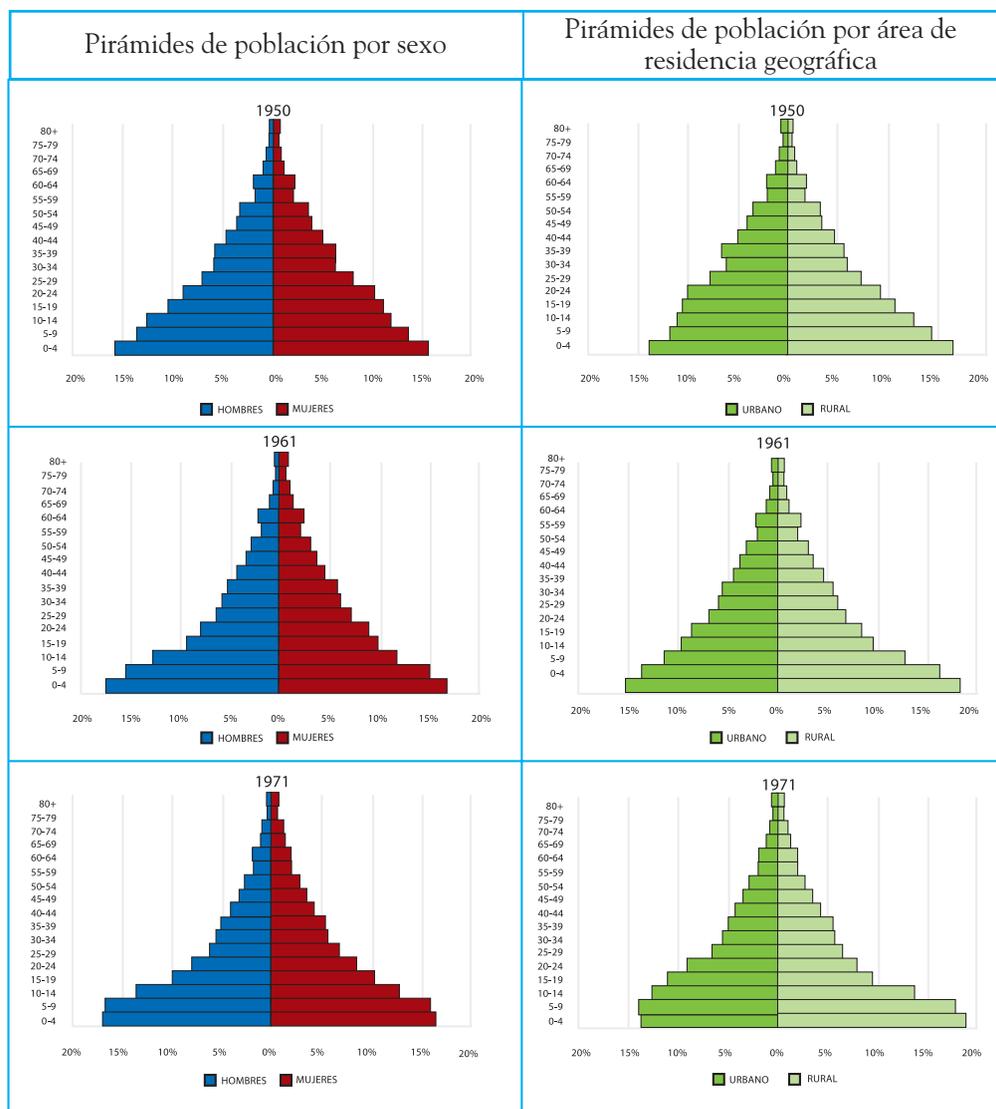
El bono demográfico tiene ese gran potencial, pero tienen que desarrollarse o gestarse ciertas condiciones e impulsarse cierto tipo de políticas públicas, para poder aprovecharlo. De lo contrario, se corre el riesgo de solo verlo pasar, sin tomar ventaja del potencial que ofrece.

1.2.4. La estructura por edades de la población

La estructura de edad de la población es la distribución porcentual de personas que hay en cada grupo de edad en un determinado momento del tiempo, y se representa de manera gráfica por medio de la pirámide poblacional o pirámides etarias.⁹ En el Gráfico 1.15, se muestran las pirámides de población por sexo y residencia geográfica que corresponden a los censos de 1950, 1961 y 1971. En ellas, se observa una predominancia de la población joven, a la base de la pirámide, así como una mayor concentración en el área rural. Ya en el censo de 1971, se observa una leve disminución en el grupo etario de 0 a 4 años.

⁹ Convencionalmente se presentan en formato de grupos quinquenales.

Gráfico 1.15: Pirámides de población por sexo y por área de residencia geográfica según censos de 1950, 1961 y 1971



Fuente: Elaboración propia con base en los Censos de Población y Vivienda de 1950, 1961 y 1971.

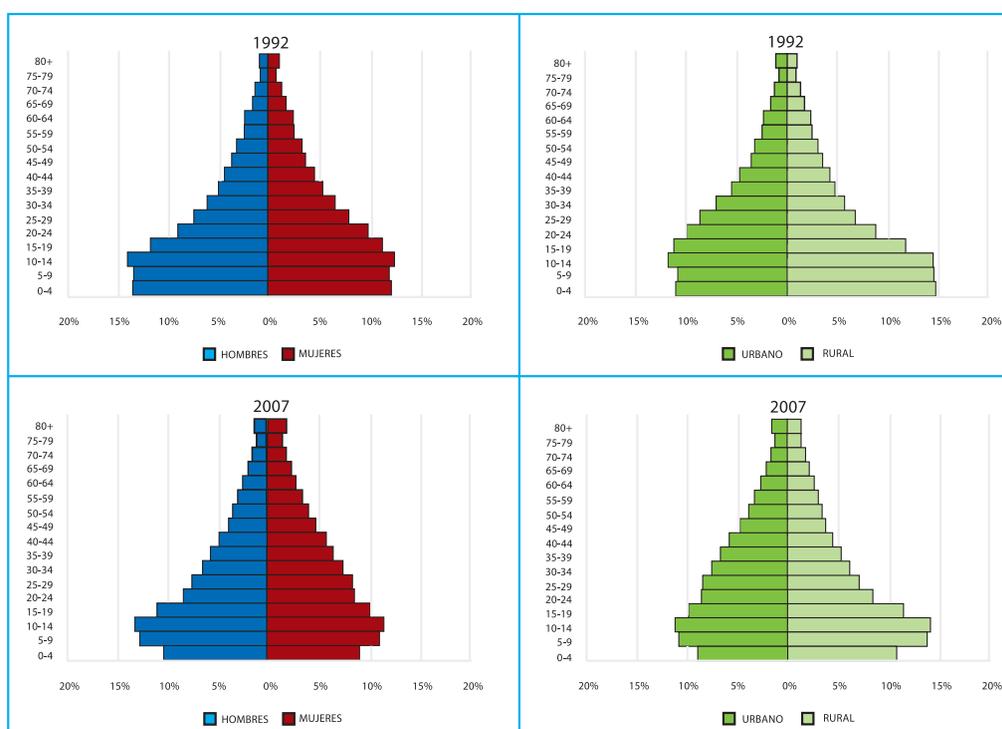
Ya anteriormente se ha señalado que a partir del censo de 1992 se observan los principales cambios demográficos que han ocurrido en el país: el incremento en la población femenina, y un incremento más acelerado en la población urbana (ver Gráfico 1.5).

Por esta razón es que hemos querido separar y presentar en un gráfico aparte las pirámides de población más recientes, correspondientes a los censos de 1992 y 2007. En el Gráfico 1.16, se pueden observar dos cambios relevantes. Por un lado, un

achatación de la base de la pirámide: el grupo de 0 a 4 años pasa de un 17.1% de la población masculina y 16.6% de la femenina en 1971, a 13.5% y 12.3%, respectivamente, en 1992, y a un 10.4% del total masculino y un 9.0% del total femenino en 2007; y el grupo de 5 a 9 años pasa de 16.8% del total

masculino y 15.9% del femenino en 1971, a 13.3% y a 12.0%, respectivamente, para 1992 y a 12.8% del total masculino y 11.1% del total femenino en 2007. Por el otro, un incremento en la PAM. Este segundo aspecto se aborda en el apartado 1.3.

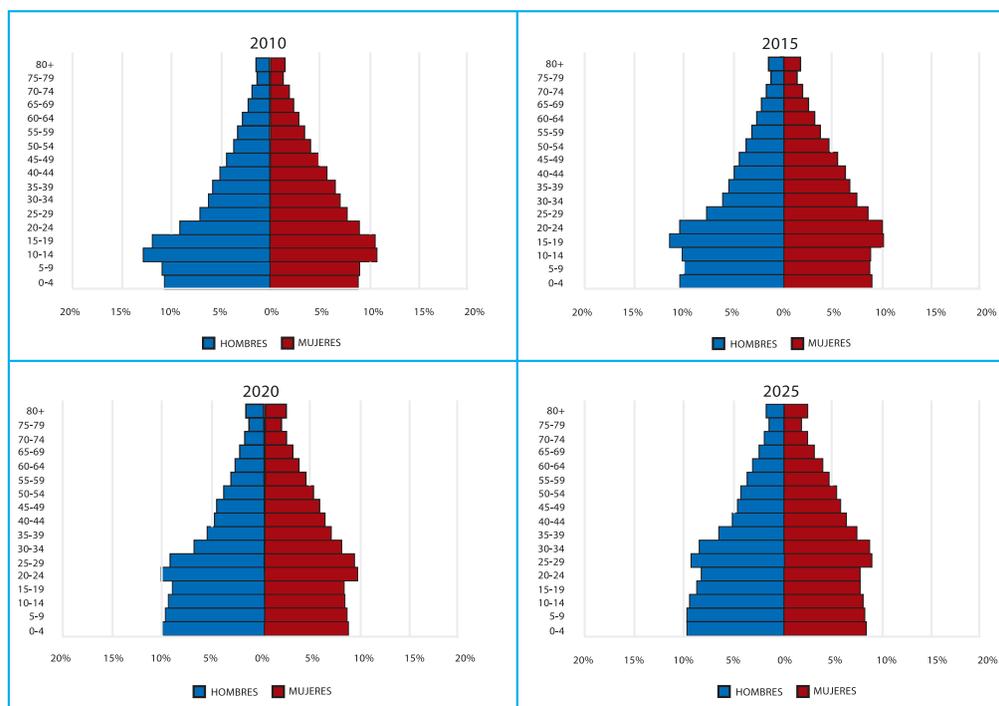
Gráfico 1.16: Pirámides de población por sexo y por área de ubicación geográfica, de acuerdo con los censos de población de 1992 y 2007



Fuente: Elaboración propia con base en Censos de Población y Vivienda de 1992 y 2007.

A continuación, se presentan las pirámides etarias por sexo, de acuerdo con las proyecciones de población elaboradas por la DIGESTYC-UNFPA-CELADE, para el período 2010-2025. En el Gráfico 1.17, se puede observar cómo se profundizan los dos rasgos comentados anteriormente: la

disminución de la población joven, que implica un achatamiento de la base de la pirámide, y un mayor envejecimiento de la población, que se refleja en un leve ensanchamiento de los grupos etarios en la parte superior de la pirámide.

Gráfico 1.17: Pirámides de población por sexo según proyecciones de población, 2010-2025

Fuente: Elaboración propia con base en DIGESTYC, UNFPA, CELADE (2009). Estimaciones y Proyecciones de la Población 1950-2050.

1.2.5. Proyecciones de población para el período 2010-2050

En el siguiente cuadro, se presentan las proyecciones de población elaboradas por DIGESTYC-UNFPA-CELADE (2009) para el período 2010-2050.¹⁰ Para el año 2010, se proyecta una población total de 6,183,002

habitantes, los cuales se distribuirían en 2,913,743 hombres (47.1%) y 3,269,259 mujeres (52.9%). Hacia 2015 se incorporarían 186,222 habitantes, llegando a 6,369,224. La relación de predominancia en número de mujeres sobre hombres se mantiene en cuanto se expresa dicha relación en un 46.8% masculino y un 53.2% femenino. En esta línea de análisis, se aprecia que hacia el 2025 el número de habitantes ascendería a 6,876,814, distribuyéndose en un 46.6% masculino y un 53.4% femenino. Además se proyecta que la relación entre hombres y mujeres en

¹⁰ En el Anexo 1.1, se presentan los aspectos metodológicos de la elaboración de las estimaciones y proyecciones de población de El Salvador. Las proyecciones se basan en un conjunto de supuestos, y si alguno de estos supuestos se modifica –y algunos se irán modificando en el tiempo–, esto tendrá un impacto sobre la evolución de la población.

el período 2030-2050 se mantendrá similar a la del período 2010-2025, siendo 47.0% el porcentaje de hombres y 53.0% el de mujeres para el año 2050. Para este mismo año, se proyecta que El Salvador tendrá una población de 8,076,089 habitantes.

Cuadro 1.7: Proyecciones de población por sexo, 2010-2050

Años	Hombres	Mujeres	Total
2010	2,913,743	3,269,259	6,183,002
2015	2,983,568	3,385,656	6,369,224
2020	3,080,833	3,520,578	6,601,411
2025	3,205,097	3,671,717	6,876,814
2030	3,335,150	3,818,178	7,153,328
2035	3,463,123	3,955,172	7,418,295
2040	3,583,990	4,077,769	7,661,759
2045	3,695,631	4,184,932	7,880,563
2050	3,798,798	4,277,291	8,076,089

Fuente: Elaboración propia con base en DIGESTYC, UNFPA, CELADE (2009). Estimaciones y Proyecciones de la Población 1950-2050.

1.3. Evolución de la población adulta mayor para el período 1950-2050

En este apartado se analiza la evolución del segmento de población de la PAM¹¹ durante el período de 1950 a 2050. En la sección 1.3.1, se analiza la evolución de la PAM con base en los censos de población para el período 1950-2007; en la sección 1.3.2, se examina a este segmento poblacional según las proyecciones de población para el período 2010-2050; y finalmente, en la sección 1.2.3, se aborda la distribución de la PAM a nivel departamental.

1.3.1. La población adulta mayor según los censos de población 1950-2007

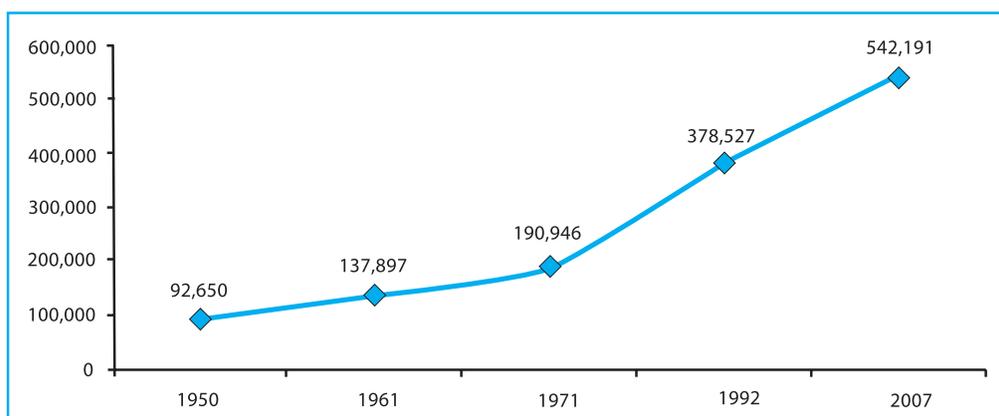
En el Cuadro 1.8 y en el Gráfico 1.18, se muestra la evolución de la PAM de acuerdo con los censos de población y vivienda, observándose que esta pasó de 92,650 habitantes en 1950 a 137,897 en 1961; aumentó a 190,946 en 1971, a 378,527 en 1992, y se incrementó a 542,191 en 2007.

¹¹ Como se ha señalado anteriormente, la Población Adulta Mayor (PAM) se define como aquella de 60 años y más.

Cuadro 1.8: Población adulta mayor según los censos de población de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007

Año	Población de 60 años y más	Población total	Porcentaje de la población de 60 años y más/población total
1950	92,650	1,854,711	5.0
1961	137,897	2,510,204	5.5
1971	190,946	3,554,648	5.4
1992	378,527	5,118,599	7.4
2007	542,191	5,744,113	9.4

Fuente: Elaboración propia con base en los Censos de Población y Vivienda de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007.

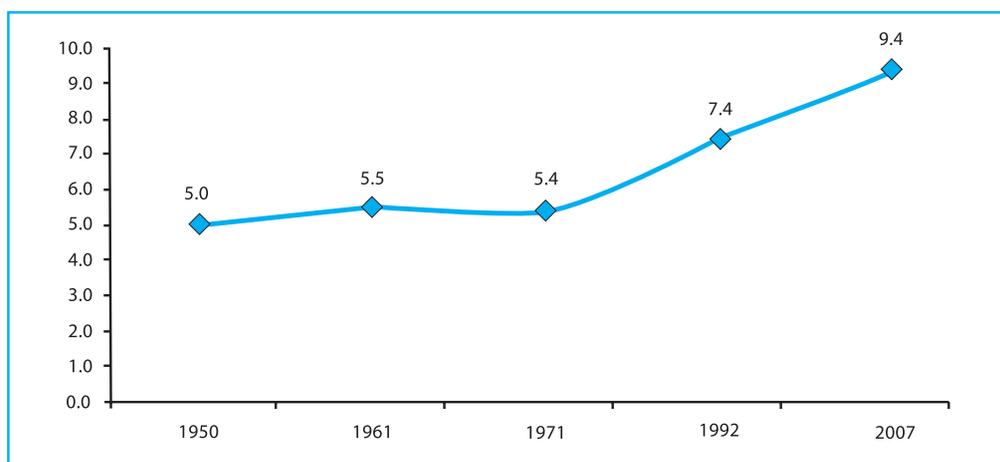
Gráfico 1.18: Población adulta mayor según los censos de población de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007

Fuente: Elaboración propia con base en los Censos de Población y Vivienda de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007.

Debido a que la población total del país también se ha incrementado, es importante presentar la evolución del porcentaje de la población de 60 años y más en relación con la población total, que pasa del 5.0% en 1950 al 5.5% en 1961, al 5.4% en 1971, para aumentar al 7.4% en 1992 e incrementarse

al 9.4% para 2007. Mientras que entre 1950 y 1971 giró de forma estable entre el 5.0% y el 5.5% de la población, entre 1971 y 2007 prácticamente se ha duplicado, evidenciando que el proceso de mayor envejecimiento de la población ha ocurrido principalmente en las últimas décadas.

Gráfico 1.19: Porcentaje de la población adulta mayor con respecto a la población total según los censos de población de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007

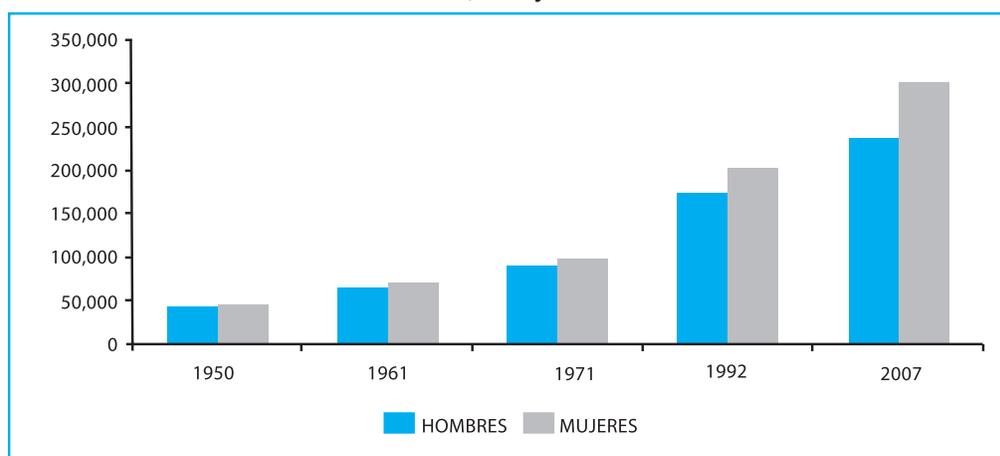


Fuente: Elaboración propia con base en los Censos de Población y Vivienda de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007.

En el Gráfico 1.20, se muestra la PAM por sexo, pudiéndose apreciar que la relación del número de hombres y de mujeres en los censos de 1950, 1960 y 1971 era muy similar. Sin embargo, a partir de 1992, se observa un incremento significativo en el número

de mujeres en comparación con el número de hombres, y se amplía la brecha para el 2007, año en el que el 44.3% de las personas adultas mayores era del sexo masculino y el 55.7%, del sexo femenino.

Gráfico 1.20: Población adulta mayor por sexo según los censos de población de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007

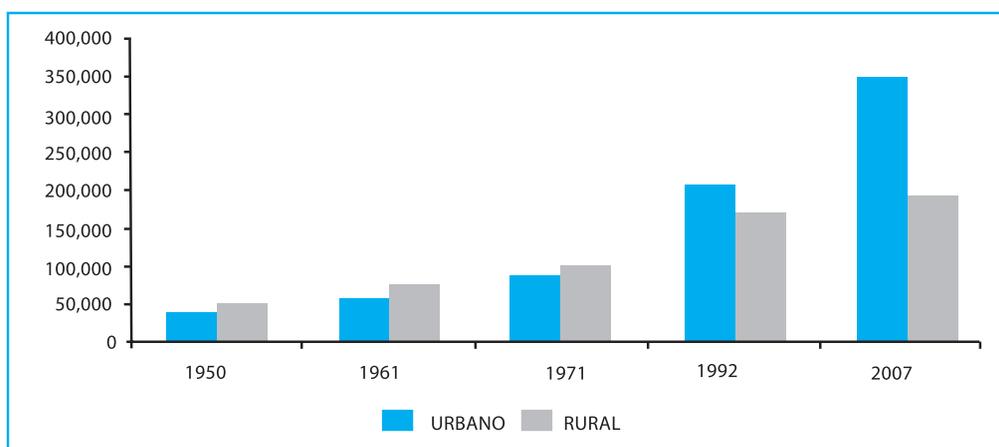


Fuente: Elaboración propia con base en los Censos de Población y Vivienda de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007.

En el Gráfico 1.21, se presenta la distribución de la PAM por área de residencia geográfica. En los censos de 1950, 1961 y 1971, el número de habitantes de 60 años y más que residía en el área rural era levemente mayor que el número de personas mayores que residían en el área urbana. Sin embargo, en

el año de 1992 se alteró esta relación, al superar el número de habitantes del área urbana a los del área rural (207,074 y 171,453, respectivamente). Para el censo de 2007 se profundiza esta diferencia, al representar la PAM urbana el 64.2% (347,870) y la PAM rural el 35.8% (194,321).

Gráfico 1.21: Población adulta mayor por área de residencia geográfica según los censos de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007

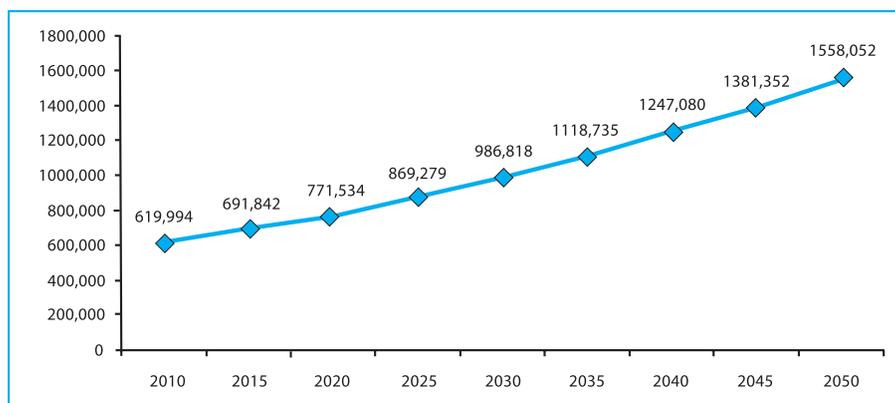


Fuente: Elaboración propia con base en los Censos de Población y Vivienda de 1950, 1961, 1971, 1992 y 2007.

1.3.2. Población adulta mayor: proyecciones para el período 2010-2050

El Gráfico 1.22 muestra la proyección de la población adulta mayor para el período 2010-2050. A través de dicha ilustración es posible apreciar que en 2010 el total de habitantes de 60 años y más sería de 619,944, llegando a representar aproximadamente el 10.0% de la población total. Para 2015, las proyecciones señalan una PAM que rondaría los 691,842 habitantes, cifra que

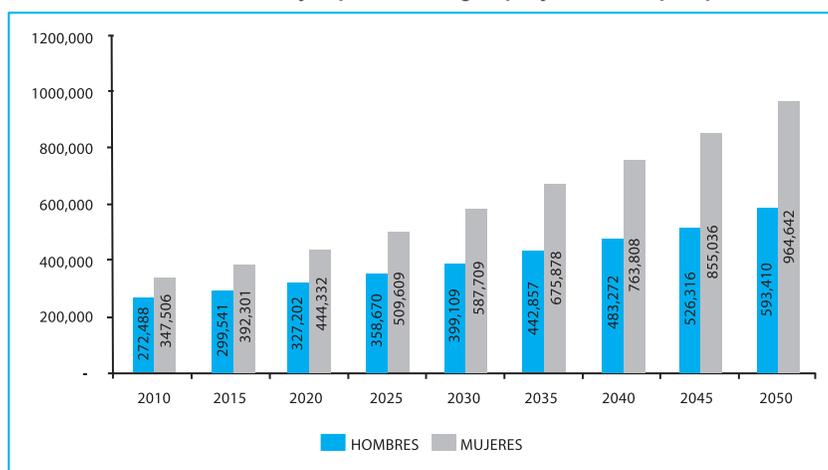
representaría cerca del 10.9% de la población total. Además, en 2020, los 771,534 adultos y adultas mayores que se proyectan ocuparían aproximadamente el 11.7% de la población total, en 2025 el número de personas de 60 años y más ascendería a 869,279, es decir, a un 12.6% de la población a nivel de país. Para 2050, el número de personas de 60 años y más alcanzaría la cifra de 1,558,052, que representaría el 19.3% de la población total del país.

Gráfico 1.22: Población adulta mayor, proyecciones quinquenales, 2010-2050

Fuente: Elaboración propia con base en DIGESTYC, UNFPA, CELADE (2009). Estimaciones y Proyecciones de la Población 1950-2050.

Adicionalmente, en el Gráfico 1.23, se pueden encontrar las proyecciones quinquenales de la PAM por sexo para el período 2010-2050. En esta ilustración, se aprecia que la brecha entre el número de mujeres y hombres se incrementaría progresivamente a medida se transcurre hacia el 2025. En dicho año, se contaría con un total de 359,670 hombres adultos

mayores (41.4%) y 509,609 mujeres adultas mayores (58.6%). Para el año 2050, el país contaría con un total de 539,410 hombres adultos mayores (38.1%) y 964,642 mujeres adultas mayores (61.9%). Esta tendencia hacia el predominio de las mujeres dentro de la PAM tiene implicaciones que deben ser consideradas para la formulación de políticas públicas orientadas hacia ella.

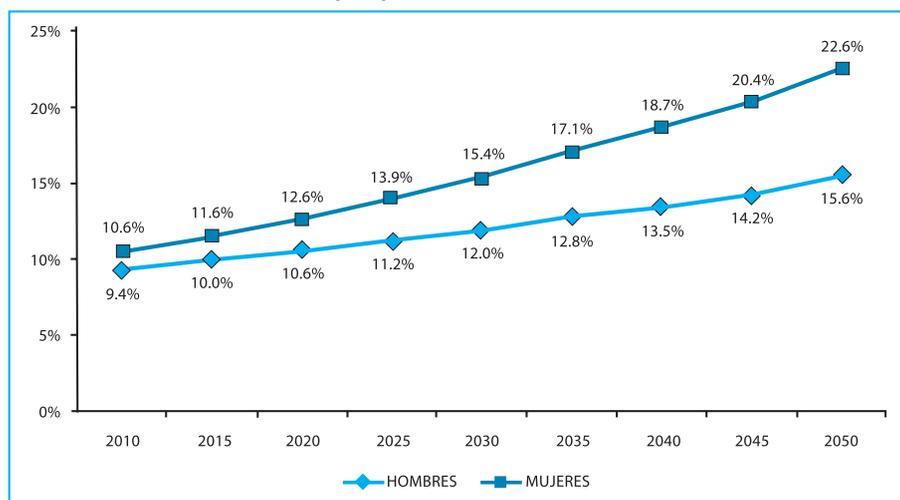
Gráfico 1.23: Población adulta mayor por sexo según proyecciones quinquenales, 2010-2050

Fuente: Elaboración propia con base en DIGESTYC, UNFPA, CELADE (2009). Estimaciones y Proyecciones de la Población 1950-2050.

El Gráfico 1.24 muestra las proyecciones de la PAM por sexo como porcentaje de la población total para el período 2010-2050, en las cuales se puede observar un incremento en la brecha entre el número de mujeres y hombres. DIGESTYC-UNFPA-CELADE han proyectado que para

el año 2025 el porcentaje de mujeres de 60 años y más representaría un 13.9% en relación con la población total y el de los hombres sería de 11.2%; mientras que para 2050 las mujeres de 60 años y más representarían el 22.6% y los hombres, el 15.6% de la población total.

Gráfico 1.24: Población adulta mayor como porcentaje de la población total según proyecciones quinquenales, 2010-2050



Fuente: Elaboración propia con base en DIGESTYC, UNFPA, CELADE (2009). Estimaciones y Proyecciones de la Población 1950-2050.

1.3.3. Población total y población adulta mayor por departamento

Es importante analizar la distribución espacial de la población adulta mayor, debido a que su evolución y proyecciones se expresan de distinta manera en el territorio nacional. Este apartado se enfoca en estudiar brevemente la distribución de la PAM en los 14 departamentos del país.

El Cuadro 1.9 muestra a nivel departamental la población total, la PAM y el porcentaje de la PAM en relación con la población total, de acuerdo con los censos de población

para el período 1971-2007. En ese sentido, se señala que la PAM pasó de 190,946 habitantes en 1971 a 542,191 en 2007, representando el 5.4% y el 9.4%, respectivamente.

De acuerdo con el censo de 1971, los departamentos que presentan una mayor concentración de PAM son: San Vicente con un 5.9%, Santa Ana 5.8%, Cuscatlán y La Paz con 5.7%, y San Salvador con 5.6%. En el otro extremo, encontramos los departamentos con menor concentración de PAM: Sonsonate con 5.0%, Morazán con

4.9%, Ahuachapán con 4.8% y, finalmente, La Unión con 4.5%.

En el año 1992, según los registros censales, los departamentos con mayor densidad de adultos y adultas mayores son: San Vicente con 8.3%, La Paz con 8.1%, Santa Ana y San Miguel con 8.0%, Usulután con 7.8%, La Unión con un 7.6% y, finalmente, Cuscatlán con un 7.5%. Por otro lado, aquellos departamentos que disponen de las menores densidades poblacionales son: San Salvador con 7.2%, Sonsonate, La Libertad

y Cabañas con 6.9% y por último encontramos a Ahuachapán con 6.7%.¹²

Finalmente, el censo de 2007, refleja algunos cambios en la distribución de la PAM en los departamentos, distribuyéndose de la siguiente manera: La Unión con 11.3%, Usulután con 10.5%, Morazán con un 10.4%, Chalatenango, San Vicente y San Miguel con 10.2%, Santa Ana con 10.0% y finalmente Cabañas con un 9.5%. Los departamentos restantes, se ubican debajo del porcentaje de adultos y adultas mayores a nivel nacional con respecto a la población total (9.4%).

Cuadro 1.9: Población adulta mayor y población total por departamentos según los censos de 1971, 1992 y 2007

Departamento	1971			1992			2007		
	Población de 60 años y más	Población total	Porcentaje de la población de 60 años y más	Población de 60 años y más	Población total	Porcentaje de la población de 60 años y más	Población de 60 años y más	Población total	Porcentaje de la población de 60 años y más
Total	190,946	3,554,648	5.4	378,527	5,118,599	7.4	542,191	5,744,113	9.4
Ahuachapán	8,622	178,472	4.8	17,589	261,188	6.7	26,880	319,503	8.4
Santa Ana	19,568	335,853	5.8	36,886	458,587	8.0	52,604	523,655	10.0
Sonsonate	11,907	237,059	5.0	24,878	360,183	6.9	36,915	438,960	8.4
Chalatenango	9,376	172,845	5.4	13,087	177,320	7.4	19,619	192,788	10.2
La Libertad	15,517	285,575	5.4	35,512	513,866	6.9	56,693	660,652	8.6
San Salvador	40,817	733,445	5.6	108,492	1,512,125	7.2	144,529	1,567,156	9.2
Cuscatlán	8,649	152,825	5.7	13,350	178,502	7.5	20,660	231,480	8.9
La Paz	10,345	181,929	5.7	19,829	245,915	8.1	28,138	308,087	9.1
Cabañas	6,670	131,081	5.1	9,570	138,426	6.9	14,176	149,326	9.5
San Vicente	8,992	153,398	5.9	11,855	143,003	8.3	16,465	161,645	10.2
Usulután	16,000	294,49	5.4	24,159	310,362	7.8	36,153	344,235	10.5
San Miguel	16,807	320,602	5.2	32,119	403,411	8.0	44,224	434,003	10.2
Morazán	7,663	156,052	4.9	11,827	160,146	7.4	18,139	174,406	0.4
La Unión	10,013	221,015	4.5	19,374	255,565	7.6	6,996	238,217	11.3

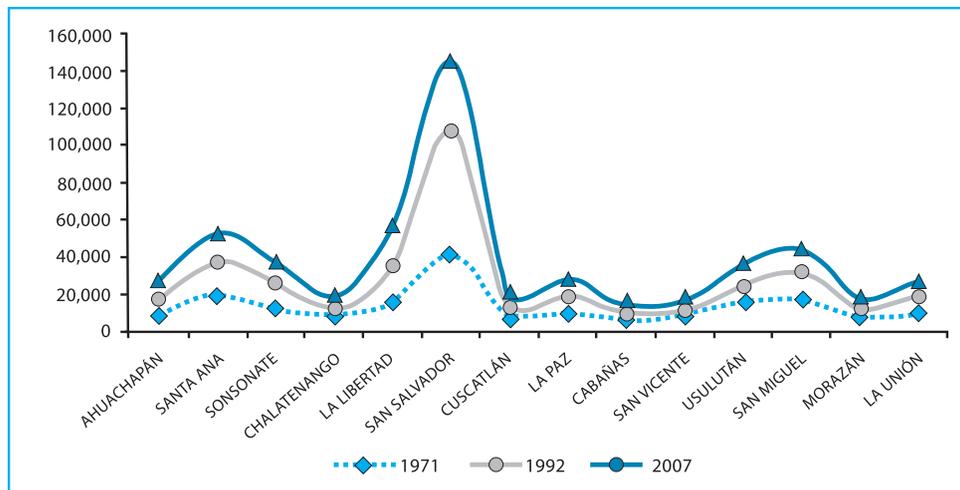
Fuente: Elaboración propia con base en los Censos de Población y Vivienda de 1971, 1992 y 2007.

¹² Para la clasificación, se utilizó el porcentaje de población adulta mayor a escala nacional. Es decir, entonces, que aquellos departamentos ubicados por encima del porcentaje a nivel de

país se consideran de alta densidad adulta mayor, mientras que aquellos por debajo del nivel nacional se consideran de baja densidad poblacional adulta mayor.

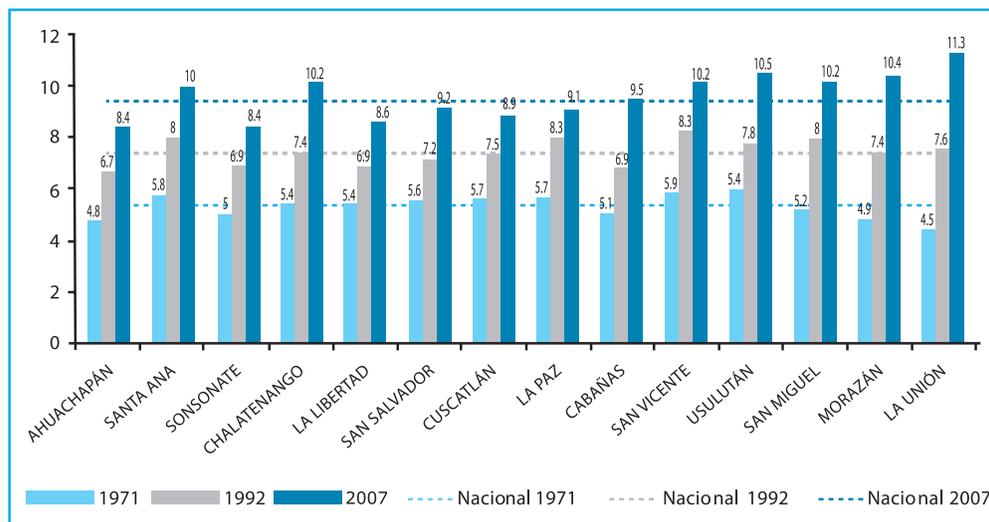
Lo anterior se puede apreciar de forma más clara en los Gráficos 1.25 y 1.26.

Gráfico 1.25: Población adulta mayor por departamentos según los censos de 1971, 1992 y 2007



Fuente: Elaboración propia con base en los Censos de Población y Vivienda de 1971, 1992 y 2007.

Gráfico 1.26: Porcentaje de la población adulta mayor con respecto a la población total por departamento según los censos de 1971, 1992 y 2007



Fuente: Elaboración propia con base en los Censos de Población y Vivienda de 1971, 1992 y 2007.

En los Cuadros 1.10 y 1.11, se presentan las proyecciones de la PAM por departamento según quinquenios para el período 2010-

2020. DIGESTYC, UNFPA y CELADE han proyectado que la PAM alcanzaría los 619,994 habitantes en 2010 y pasaría a

691,842 en 2015, para luego ubicarse en 771,534 hacia 2020; estas cifras representan el 10.0%, el 10.9% y el 11.7% de la población total, respectivamente.¹³

Al hacer el análisis departamental del segmento en estudio, se puede ver que el departamento que poseería el mayor número de personas adultas mayores es San Salvador

(con 182,116 en 2010, 206,175 en 2015 y 234,957 en 2020), pues mostraría una diferencia significativa en relación con el resto de departamentos. En contraste a San Salvador se encuentra Cabañas, departamento con el menor número de personas adultas mayores (15,297 en 2010, 16,262 en 2015 y 17,130 en 2020).

Cuadro 1.10: Proyecciones quinquenales de la población adulta mayor según departamentos, 2010-2020

Departamento	2010	2015	2020
Total	619,994	691,842	771,534
Ahuachapán	27,919	31,637	35,908
Santa Ana	56,663	63,660	71,498
Sonsonate	45,849	50,947	56,256
Chalatenango	22,976	24,266	25,126
La Libertad	71,059	81,916	94,377
San Salvador	182,116	206,175	234,957
Cuscatlán	19,619	22,225	25,534
La Paz	31,172	34,016	37,469
Cabañas	15,297	16,262	17,130
San Vicente	18,342	20,151	21,930
Usulután	35,425	38,852	42,636
San Miguel	47,385	51,874	56,117
Morazán	19,664	21,707	23,350
La Unión	26,508	28,154	29,246

Fuente: Elaboración propia con base en DIGESTYC, UNFPA y CELADE. El Salvador (2009). República de El Salvador: Estimaciones y Proyecciones de la Población por Departamento para el período 1995-2020.

En el Cuadro 1.11, se presentan los porcentajes de las personas adultas mayores

con respecto a la población total por departamento para los años 2010, 2015 y 2020. En 2010, los departamentos con mayor porcentaje de personas de 60 años y más son: Chalatenango 11.4%, San Vicente 10.8%, San Salvador 10.5%, La Unión

¹³ En el Anexo 1.2, se presentan las proyecciones de población a escala departamental, para la población adulta mayor y la población total, para el período 2010-2020.

10.2%, Santa Ana 10.1%, y San Miguel 10.1%. En tanto que hacia el año 2020, los departamentos con mayor porcentaje de personas adultas mayores son: San Salvador 13.3%, Chalatenango y Sonsonate 11.8%.

Cuadro 1.11: Proyecciones del porcentaje de la población adulta mayor en relación con la población total según departamento por quinquenios, 2010-2020

Departamento	2010	2015	2020
Total	10.0	10.9	11.7
Ahuachapán	8.6	9.3	10.1
Santa Ana	10.1	10.9	11.6
Sonsonate	10.0	10.9	11.8
Chalatenango	11.4	11.7	11.8
La Libertad	9.8	10.7	11.7
San Salvador	10.5	11.8	13.3
Cuscatlán	8.1	8.5	8.9
La Paz	9.7	10.2	10.6
Cabañas	9.4	9.8	10.0
San Vicente	10.8	11.4	11.5
Usulután	9.9	10.4	11.0
San Miguel	10.1	10.7	11.2
Morazán	10.0	10.7	11.1
La Unión	10.2	10.7	10.9

Fuente: Elaboración propia con base en DIGESTYC, UNFPA y CELADE. El Salvador (2009). República de El Salvador: Estimaciones y Proyecciones de la Población por Departamento para el período 1995-2020.

A manera de síntesis, se observa que el proceso de envejecimiento de la población en El Salvador se distribuye con diferencias entre los 14 departamentos, resaltando que este envejecimiento para el año 2020 será más pronunciado en San

Salvador, Chalatenango y Sonsonate —por encima del porcentaje nacional de personas adultas mayores—; mientras que los departamentos de Ahuachapán, Cuscatlán, Cabañas y La Unión serán los más bajos.

Conclusiones

El análisis de la sección 1.1 muestra el proceso de transición demográfica que se ha venido desarrollando en América Latina y el Caribe. A partir de la evolución de los indicadores de TBN y TMB, se clasifica a los países en diferentes etapas de transición demográfica (moderada, plena, avanzada y muy avanzada) (CEPAL, 2008); El Salvador se ubica en una etapa demográfica de transición plena.

En la sección 1.2, se ha analizado la transformación demográfica que ha ocurrido en El Salvador. La población salvadoreña pasó de 1,855,917 habitantes en 1950 a 2,510,984 para 1961, incrementándose a 3,554,648 para 1971, a 5,118,599 en 1992 y alcanzando los 5,744,113 en el censo de 2007. En términos de la composición de la población por sexo, es posible observar una modificación sustancial en las últimas décadas. Entre 1950 y 1971, se tuvo una distribución bastante pareja entre el número de hombres y de mujeres. Sin embargo, el censo de 1992 registró un cambio en la composición de la población por sexo, al ampliarse la diferencia entre la población masculina y femenina y, en el censo de 2007, esta brecha se profundiza al registrarse un 47.3% de hombres y un 52.7% de mujeres. Por otra parte, la distribución de la población de acuerdo con el área de residencia geográfica (urbano-rural) muestra que entre 1950 y 1971 predominó la población que residía en el área rural (con un promedio para 1961 y 1971 del 61.0%

en el área rural y el restante 39.0% en el área urbana). El censo de 1992 registra una modificación significativa: un 50.4% de la población reside en el área urbana y un 49.6%, en el área rural; y esta diferencia se acentúa más en el censo de 2007, con un 62.7% que reside en el área urbana y un 37.3%, en el área rural.

Además, se han identificado los principales cambios en los indicadores demográficos: descenso sostenido de los indicadores de TGF, TBM, y TNM. Hay un aumento en la esperanza de vida que refleja los efectos combinados de los cambios en los tres indicadores demográficos. La esperanza de vida combinada pasa de 45.1 años para el quinquenio 1950-1955 a 71.1 para el quinquenio 2005-2010.

A lo largo del período de 1950 a 2050, se habría producido una importante transformación en las estructuras de edades, tanto en el peso relativo y en el número absoluto en los distintos grupos etarios. Se ha identificado una caída en el peso relativo de la población menor de 15 años y un aumento en el peso relativo de la población adulta mayor. A partir de la información presentada, se puede señalar que en 1950 de cada 100 habitantes, 43 eran personas menores de 15 años, 51 personas contaban con edades entre los 15 y los 59 años y únicamente 6 eran personas adultas mayores. Esta misma relación indica que para el 2050, 19 serán menores de 15 años, 61 tendrá entre 15 y 59 años, y 19 serán personas de 60 años de edad y más.

Estos cambios en la estructura de edades plantean diferentes tipos de necesidades y demandas, que van a requerir de ciertas respuestas en términos de políticas públicas. El indicador de la relación de dependencia total muestra una leve alza en el período 1950-1965, pasando de 95.2 a 107.2, para luego disminuir levemente hasta 99.7 en 1985, y luego reducirse hasta 60.8 en 2045. En el año 2050, se ha estimado que la relación de dependencia empezará a mostrar un repunte, lo cual estaría indicando el final del periodo considerado como del bono demográfico.

El proceso de transición demográfica, que se caracteriza por la tendencia a la reducción en la relación de dependencia (aumenta el peso relativo de la población en edad potencialmente productiva y disminuye el de las personas en edades potencialmente inactivas), representa teóricamente una ventana de oportunidad para la sociedad salvadoreña para alcanzar mayores niveles de producción, ahorro y de inversión, debido al menor número de dependientes en relación con el número de personas en edades activas. Sin embargo, para poder aprovechar este potencial se requiere de políticas públicas orientadas a mejorar el funcionamiento y la capacidad de absorción en el mercado laboral de los crecientes incrementos de la población en edad de trabajar, y en la calidad del empleo, de manera que permita un salario y los beneficios relativos a la seguridad social, así como invertir en capital humano, y particularmente en los jóvenes.

Los datos analizados en la sección 1.3 muestran que en El Salvador se ha estado produciendo un proceso de envejecimiento de la población, el cual se va a profundizar en las siguientes décadas. Se ha tenido un rápido crecimiento en el segmento de población de las personas de 60 años y más, al punto de casi duplicar su peso relativo en el transcurso de 57 años, pasando de un 5.0% en 1950 a un 9.0% en el 2007. Asimismo, se aprecia que para el segmento de PAM existe un proceso de feminización y urbanización. El primero ocurre incluso de forma más acentuada que para el total de la población; ello en gran medida como producto de la mayor longevidad femenina. Las proyecciones de población indican que, para el año 2050, la PAM femenina representaría el 22.6% de la población total.

Este proceso de envejecimiento tendrá dos dimensiones: (a) el importante de crecimiento de las personas mayores en términos relativos y absolutos, como se ha señalado en la relación de dependencia y el índice de envejecimiento de la población; y (b) un aumento de la esperanza de vida, es decir, las personas viven en promedio más años que antes. Es decir, ha habido un importante crecimiento en el número (relativo y absoluto) de las personas adultas mayores, además de que las personas hoy en día viven más años que antes.¹⁴

14 A propósito de la distinción de estas dos dimensiones, Chackiel (2000) plantea: "Estos dos aspectos constituyen conceptos diferentes aunque relacionados. El primero es la prolongación de la vida de los individuos; el segundo corresponde al envejecimiento de las poblaciones, que generalmente se expresa en un aumento en la proporción de personas mayores".

La importancia que han adquirido (y que van a tener en el futuro) las personas adultas mayores, y teniendo en consideración el aumento de la esperanza de vida, es decir que además vivirán durante mayor número de años, plantea dos grandes desafíos para los países latinoamericanos: “Por una parte, crear condiciones de vida adecuadas para la supervivencia de la población de edad avanzada, sea mediante la transferencia de ingresos a través de la seguridad social universal contributiva o no contributiva o la absorción de estas personas en ocupaciones remuneradas, además de favorecer su inclusión en la sociedad. Por otra, dado que un número creciente de ellas podrá desempeñar actividades con pleno dominio de sus capacidades físicas e intelectuales, el reto consiste en ser capaces de aprovechar sus potencialidades para promover el desarrollo, generar mayor riqueza y fomentar las relaciones entre las distintas generaciones” (CEPAL, 2008, p. 104).

Las transformaciones demográficas que ha tenido la sociedad salvadoreña en las últimas décadas, particularmente en lo referido al tamaño, la distribución en el territorio y los cambios en la estructura por edad y por sexo tiene impactos sobre “el volumen y la composición de la demanda de servicios de salud, impacta sobre las condiciones de prestación de servicios y con efectos importantes sobre los sistemas de pensiones entre muchas otras cosas. Los cambios tienen impactos sobre el sistema escolar, el mercado laboral, la participación de las mujeres y con todo ello sobre las condiciones de vida de los hogares” (Rincón, 2010). Partiendo de esta situación, es importante que los formuladores de políticas públicas y los tomadores de decisiones interesados en atender a la población adulta mayor, tomen en consideración la evolución y proyecciones de la población, así como su distribución geográfica y por sexo. En el capítulo 3, se analizan algunas implicaciones que la evolución de la PAM tiene y tendrá sobre las políticas públicas vinculadas con la seguridad social.





CAPÍTULO 2

CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES Y VIVIENDAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

Este capítulo aborda las características de la población adulta mayor (PAM) en lo referente a los hogares y viviendas en que este grupo poblacional convive y habita. El capítulo está estructurado en cinco apartados. En el primero, se presentan algunas características sociodemográficas de la PAM. En el segundo, se analizan ciertas características importantes de las jefaturas de hogar de la PAM. El tercero se dedica al estudio de condiciones de actividad económica de las personas adultas mayores; en el cuarto, se analizan algunas características de las condiciones de vida de la PAM en cuanto a la cobertura de servicios

básicos en las viviendas. Finalmente, en el quinto, se abordan las condiciones de pobreza de la PAM.

2.1. Características de la población adulta mayor

En este primer apartado, se describen algunas características sociodemográficas de la PAM. En el Cuadro 2.1, se desglosa la PAM según grupos etarios, por sexo. A partir de ello, se puede observar una considerable predominancia en el número de mujeres sobre hombres, al igual que la población total. De acuerdo con los datos del censo de población de 2007, el 55.7% corresponde al

sexo femenino, y el 44.3% corresponde al sexo masculino.

Además, el grupo etario en que la diferencia entre ambos sexos es más pequeña es aquel de los 60 a los 64 años de edad, con una diferencia de 10.2% a favor de las mujeres. Esta diferencia aumenta para los siguientes grupos etarios: 10.8% para los grupos de 65 a 69 y de 70 a 74 años, 11.4% para el grupo

de 75 a 79 años, y alcanza el 15.2% para el grupo de 80 años y más. Este continuo crecimiento de la diferencia en los porcentajes de población masculina y femenina a través de los rangos de edades también se puede observar en una disminución del índice de masculinidad, que pasa de 82 para el grupo de 60 a 64 años a 74 para el grupo de 80 años y más.

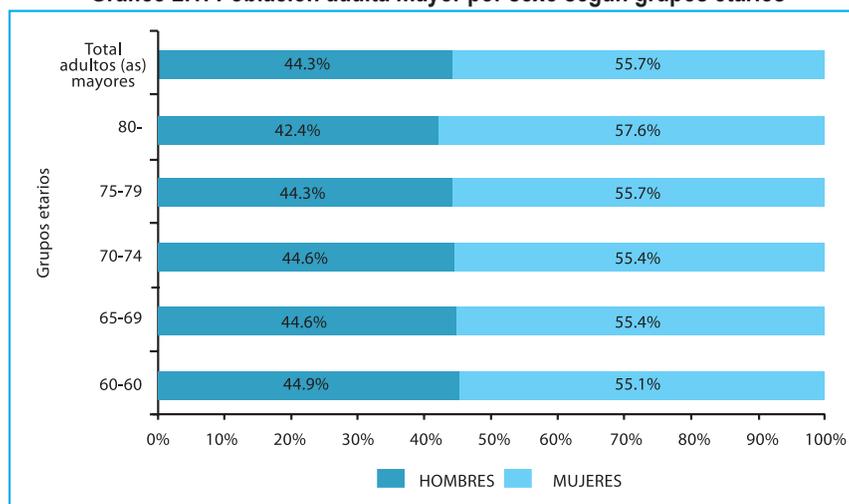
Cuadro 2.1: Población adulta mayor por sexo según grupos etarios e índice de masculinidad

Grupos etarios	Total	Hombre	Mujer	Hombre %	Mujer %	Índice de masculinidad
60-64	151,864	68,207	83,657	44.9%	55.1%	82
65-69	125,157	55,781	69,376	44.6%	55.4%	80
70-74	97,457	43,449	54,008	44.6%	55.4%	80
75-79	75,984	33,658	42,326	44.3%	55.7%	80
80+	91,729	38,901	52,828	42.4%	57.6%	74
Total	542,191	239,996	302,195	44.3%	55.7%	79

Fuente: Elaboración propia con base en el Censo de Población y Vivienda 2007.

Como complemento al Cuadro 2.1, se presenta el Gráfico 2.1, para visualizar la

Gráfico 2.1: Población adulta mayor por sexo según grupos etarios



Fuente: Elaboración propia con base en el Censo de Población y Vivienda 2007.

En el Cuadro 2.2, se presenta la distribución de la PAM según área de residencia geográfica (urbano-rural) por sexo. Tómese en cuenta que 347,870 personas adultas mayores (es decir, el 64.2% de estas) residen en el área urbana y 194,321 (el 35.8%), en

el área rural. En esta última, el porcentaje de hombres y de mujeres es de 49.1% y 50.9%, respectivamente, mientras que en el área urbana la diferencia es mayor, con un 41.6% de población masculina y un 58.4% de población femenina.

Cuadro 2.2: Población adulta mayor por sexo según área de residencia geográfica

Área de residencia geográfica	Total	Hombre	Mujer	Total %	Hombre %	Mujer %
Urbano	347,870	144,589	203,281	64.2%	41.6%	58.4%
Rural	194,321	95,407	98,914	35.8%	49.1%	50.9%
Total	542,191	239,996	302,195	100.0%	44.3%	55.7%

Fuente: Elaboración propia con base en el Censo de Población y Vivienda 2007.

Con el propósito de contribuir a entender el papel que las personas adultas mayores ocupan como parte de los hogares, en el Cuadro 2.3, se presenta la distribución de roles de la PAM en relación con la jefatura de hogar. De las 542,191 personas adultas mayores reportadas por el censo de población de 2007, 328,023 desempeñan el cargo de jefe o jefa de hogar. En el documento de resultados definitivos del Censo 2007, se identifica a la “jefatura de hogar” como “la persona que es considerada como tal por los restantes miembros del hogar” (DIGESTYC, 2008, p. 22). Sin embargo, en este razonamiento no se define con precisión si la jefatura de hogar es adjudicada por la edad del adulto, el aporte económico, la tenencia de la vivienda misma o una combinación de varios de estos elementos. Esta falta de precisión hace que el reconocimiento de la jefatura hogar quede al criterio del empadronador, a lo que si se

agregan los factores socioculturales que hacen que el encuestador busque primariamente a un hombre en la jefatura de hogar, conduce a pensar que podrían existir algunos sesgos en dicho proceso de empadronamiento censal que contribuyen a generar brechas de género en la captura de la información estadística. En este sentido, en relación con los futuros censos de población y vivienda (CPV), se recomienda lo siguiente: (i) Mejorar la identificación de las jefaturas de hogar. El criterio de jefatura de hogar que se utiliza en los censos de población y vivienda es bastante ambiguo, por lo que debe precisarse si el razonamiento para adjudicarla estará en función de la edad del adulto, el aporte económico que realiza, la tenencia de la vivienda misma, o una combinación de estos elementos. (ii) Capacitar a los encuestadores con un enfoque de género para que al momento de identificar a la jefatura de hogar

se aplique el criterio científico y, por tanto, se evite la introducción del sesgo que alimenta dichas brechas de género.

Los cambios demográficos, aunados a otros procesos de cambios socioeconómicos y culturales, han propiciado la transformación de la estructura y tamaño de las familias. En un estudio reciente para América Latina, se señala: “Los cambios que se han constatado en la estructura y tamaño de las familias se relaciona con el hecho de que estas son más reducidas, menos estables y adoptan nuevas formas. Como consecuencia de esto hay menos personas disponibles para atender y brindar cuidados a los miembros de la familia, sean estos niños o personas de avanzada edad y con discapacidades. Asimismo, el nuevo rol de la mujer en la sociedad promueve su participación en la fuerza laboral y en la vida política, social y cultural, lo que la retiene más tiempo fuera del hogar y genera cambios en su entorno familiar derivados del tiempo de que dispone para cumplir funciones domésticas”; y, además, se señala que “el modelo de familia nuclear con padre proveedor, madre ama de casa e hijos ya no es el mayoritario en la región”, lo cual apunta al hecho de que el modelo de familia estaría cambiando (CEPAL, 2008, pp. 91-92). En el caso de El Salvador, hace falta un estudio que aborde las transformaciones que ha tenido la familia en las últimas décadas, y que sería de utilidad para entender las dinámicas intergeneracionales que en la actualidad se desarrollan en las familias salvadoreñas. En

este sentido, se recomienda la elaboración de un estudio sobre la evolución de la familia salvadoreña, enfocado a la participación de los adultos mayores en las mismas.

Tomando estos aspectos en consideración, se señala que 100,257 personas adultas mayores fungen como cónyuges de alguna jefatura de hogar. En perspectiva, esto quiere decir que 111,886 adultos mayores (dejando de lado a aquellos que habitan en vivienda colectiva, y acumulan un total de 2,025) tienen un rol de “dependencia”.¹⁵

Adicionalmente, llama la atención que del total de personas adultas mayores, el 60.5% se desempeña como jefatura de hogar. Es decir, esto hace pensar que dichas personas, al haber concluido su vida laboral, aún continúan al frente de las responsabilidades del hogar, aunque en rigor no se defina de esta forma en los documentos de los registros censales (como se ha comentado anteriormente). En todo caso, por la relevancia del tema, este es un aspecto que debería profundizarse en futuros estudios.

15 Se entenderá como dependientes a aquellas personas diferentes al jefe o jefa de hogar y a los cónyuges de las jefaturas de hogar que habitan en vivienda que no es de tipo colectiva.

Cuadro 2.3: Personas adultas mayores por sexo según su rol dentro del hogar en relación con la jefatura de hogar

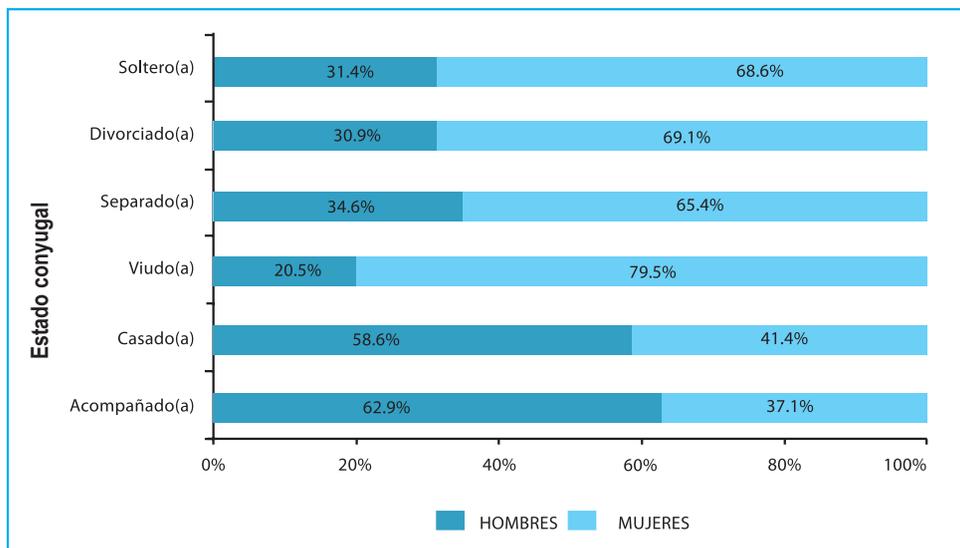
Relación con la jefatura de hogar	Total	Hombre	Mujer	Hombre %	Mujer %
Jefe(a) de la familia	328,023	191,457	136,566	58.4%	41.6%
Esposo(a)/compañero(a)	100,257	15,979	84,278	15.9%	84.1%
Hijo(a)	3,309	1,320	1,989	39.9%	60.1%
Yerno/nuera	831	447	384	53.8%	46.2%
Nieto(a) o bisnieto(a)	12	6	6	50.0%	50.0%
Hermano(a)	10,554	4,612	5,942	43.7%	56.3%
Sobrino(a)	621	279	342	44.9%	55.1%
Padre/madre	55,441	12,760	42,681	23.0%	77.0%
Suegro(a)	17,571	4,323	13,248	24.6%	75.4%
Otro pariente	16,732	5,213	11,519	31.2%	68.8%
Doméstico(a)	1,067	178	889	16.7%	83.3%
Otro no pariente	5,748	2,409	3,339	41.9%	58.1%
Persona en vivienda colectiva	1,889	910	979	48.2%	51.8%
Persona sin vivienda	136	103	33	75.7%	24.3%
Total	542,191	239,996	302,195	44.3%	55.7%

Fuente: Elaboración propia con base en el Censo de Población y Vivienda 2007.

El Gráfico 2.2 muestra a la PAM por sexo según su estado civil, siendo necesario señalar que del total de adultos mayores, 6,675 no reportan estado conyugal, por lo que al momento de estudiar dicha característica, solo el 98.8% (535,516) de las personas adultas mayores es analizado.¹⁶ En los estados conyugales que exhiben compañía de pareja, como lo son “acompañado” y “casado”, son significativamente mayores el número de hombres que de mujeres (aunque ciertamente en mayor medida para

acompañado que para casado); mientras que se observa un predominio del porcentaje de mujeres en el resto de estados conyugales —viudo(a), separado(a), divorciado(a), soltero(a)—. Debido a la mayor sobrevivencia femenina, la viudez en la PAM es predominantemente femenina: del total de personas mayores en estado de viudez, el 20.5% son hombres, mientras que el 79.5% son mujeres. La elevada proporción de mujeres en condiciones de viudez, divorcio y soltería debe ser un aspecto a tomarse en consideración en la formulación de políticas públicas orientadas a garantizar el bienestar de las personas mayores.

¹⁶ En el Anexo 2.1, se presenta la PAM por sexo según estado conyugal.

Gráfico 2.2: Adultos mayores por sexo según estado conyugal

Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

Otra característica que resulta importante destacar es la condición de alfabetismo de la PAM. En el Cuadro 2.4, se reporta que un 44.1% de los adultos mayores son analfabetas, cifra que es significativamente elevada, al contrastarla con el analfabetismo a nivel nacional.¹⁷ Además, tenemos que la proporción de mujeres adultas mayores que no saben leer ni escribir es mayor que la de

los hombres: en las mujeres alcanza el 49.3%, mientras que en los hombres el 37.4%. La elevada tasa de analfabetismo de la PAM — la cual es más acentuada para las mujeres— es un factor de vulnerabilidad que limita sus oportunidades¹⁸ y, por lo tanto, debe ser un aspecto a tomarse en consideración en la formulación de políticas públicas orientadas a garantizar el bienestar de la PAM.

Cuadro 2.4: Condición de alfabetismo de la población adulta mayor

¿Sabe leer y escribir?	Total	Hombre	Mujer	Total %	Hombre %	Mujer %
Sí	303,332	150,250	153,082	55.9%	62.6%	50.7%
No	238,859	89,746	149,113	44.1%	37.4%	49.3%
Total	542,191	239,996	302,195	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

17 A escala nacional, según los datos del Censo de Población y Vivienda 2007, el analfabetismo es de 18.9%.

18 “El nivel educativo de las personas tiene directa incidencia sobre la calidad de vida de las mismas (...). Además, en el caso de los adultos mayores la lectura constituye una actividad propicia

para el uso del tiempo libre y tiene efectos positivos sobre la salud. Las actividades intelectuales disminuyen la posibilidad de sufrir enfermedades mentales (...). La educación asimismo influye sobre la plena integración en sociedad de los adultos mayores” (Peláez, 2008, pp. 83-84).

Recapitulando sobre los aspectos básicos del apartado, en la composición de la PAM se puede observar una considerable predominancia en el número de mujeres sobre hombres, representando el 55.7% y el 44.3%, respectivamente. El índice de masculinidad es de 79, que significa que por cada 100 mujeres adultas mayores, hay un total de 79 hombres mayores.

En cuanto al total de personas adultas mayores (542,191 personas) reportadas en el censo de población, 328,023 son jefe o jefa de la familia, 100,257 son esposo(a)/compañero(a), 55,441 padre/madre, 17,571 suegro(a), 16,732 otro pariente, 10,554 hermano(a), y 13,613 en el resto de categorías. De este total, el 60.5% se desempeña como jefatura de hogar, mientras que 100,257 son cónyuges, y 111,886 adultos mayores tienen un rol de dependencia.

2.2. Jefaturas de hogar de la población adulta mayor

En este apartado se aborda el tema de las jefaturas de hogar de adultos mayores por medio de un doble análisis: (a) de tipo comparativo entre jefaturas de la PAM y aquellas conformadas por personas menores de 60 años; (b) así como identificando ciertos rasgos solo para las jefaturas de la PAM. Este apartado está estructurado en dos secciones. La sección 2.2.1 contiene las características generales de la jefatura de hogar para la PAM; y la sección 2.2.2 centra su atención en la dependencia hacia las jefaturas de personas adultas mayores y los tipos de hogares que estas conforman, según el número de miembros que integran el hogar.

2.2.1. Características de la jefatura de hogar

Antes de entrar en detalle en el análisis, es conveniente exponer lo que en el documento de resultados definitivos del Censo de Población y Vivienda 2007 se define como hogar, siendo este aquel que “comprende a todas las personas que habitan en la misma vivienda y comparten un mismo gasto para la comida (olla común)” (DIGESTYC, 2008, p. 21). Teniendo esto presente, en los registros censales del año 2007, se contabilizó un total de 1,406,485 hogares; los cuales, para fines comparativos, han sido agrupados en dos categorías: aquellos a cargo de personas adultas mayores y los que están a cargo de personas menores de 60 años. Los hogares que poseen jefatura de hogar de personas menores de 60 años son 1,078,462 —que representa el 76.7% del total de hogares—; mientras que son 328,023 hogares con jefatura PAM, lo que representa el 23.3% del total de hogares.¹⁹

En lo referente a la distribución de estas jefaturas de hogar por sexo, en el Cuadro 2.5, se puede observar la diferencia entre el número de hogares con jefatura masculina y femenina para la población de 60 años y más, así como para la menor de 60 años. Las jefaturas de hogar, tanto de un segmento de población como del otro, son numéricamente de predominancia masculina. Sin embargo, esta predominancia se observa más acotada para la PAM (58.4%) en

¹⁹ En el Anexo 2.2, se presenta las jefaturas de hogar de la población adulta mayor por sexo según grupos etarios.

relación con la menor de 60 años (67.2%). Lo anterior podría ser explicado por mayores niveles de sobrevivencia femenina para la población de 60 años y más.

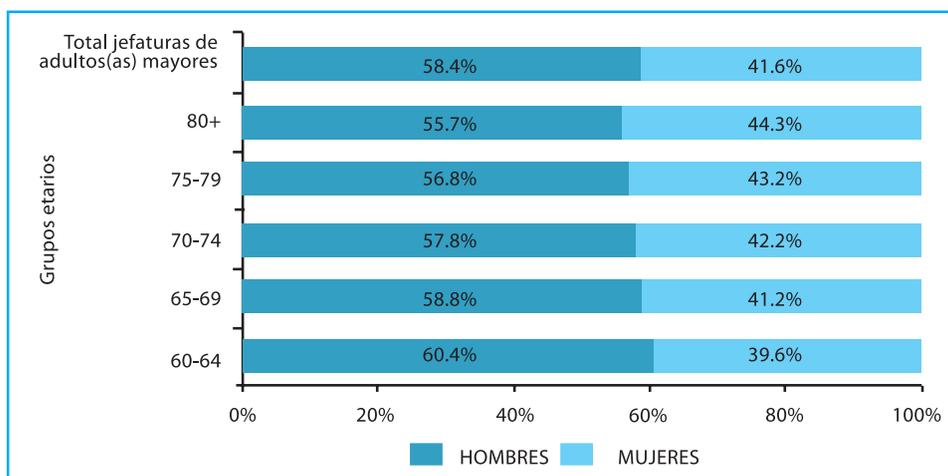
Cuadro 2.5: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor y población menor de 60 años por sexo

Jefatura de hogar	Total	Hombre	Mujer	Hombre %	Mujer %
Menor de 60 años	1,078,462	724,643	353,819	67.2%	32.8%
De 60 años y más	328,023	191,457	136,566	58.4%	41.6%
Total	1,406,485	916,100	490,385	65.1%	34.9%

Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

En el Gráfico 2.3, se presenta la distribución de las jefaturas de hogar de la PAM por sexo según grupos etarios. Si bien la predominancia numérica de jefaturas masculinas de PAM está presente en los cinco grupos etarios, se aprecia que esta se reduce progresivamente en la medida en que se escala en cada grupo etario.

Gráfico 2.3: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor por sexo según grupos etarios



Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

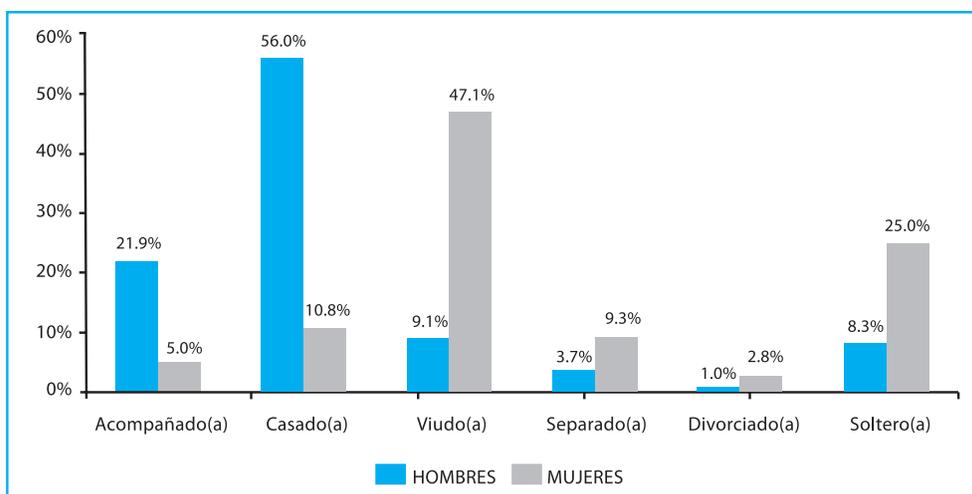
La comparación de jefaturas de hogar masculinas y femeninas por estado conyugal se muestra en el Gráfico 2.4, en donde se puede observar cómo las jefaturas de hogar masculinas se distribuyen en aproximadamente un 77.9% en los dos grupos con unión conyugal (21.9% acompañado y 56% casado), y con solo el 22.1% en alguno de los estados conyugales que se encuentran sin pareja. En cuanto a las mujeres con

jefatura de hogar, se observa que solo el 15.8% de estas se ubica en los grupos con unión conyugal y, por consiguiente, el 84.2% se encuentra en grupos conyugales sin relación de pareja.

Más en detalle, es posible apreciar que un poco más de la mitad de los hombres con jefatura de hogar se encuentran casados y

que, además, dos de cada diez hombres se encuentran acompañados, casi uno de cada diez se encuentra en estado de viudez y casi uno de cada diez estará soltero. Por el lado de las mujeres con jefatura de hogar, cerca de la mitad están en condición de viudez, la cuarta parte en soltería, y el restante se encuentra en condición de casadas, separadas, acompañadas o divorciadas.

Gráfico 2.4: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor por estado conyugal según sexo



Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

2.2.2. Dependencia hacia las jefaturas de personas adultas mayores y tipos de hogares

Aunque como se ha comentado anteriormente, en el censo de población no se define con precisión si la jefatura de hogar es adjudicada por la edad del adulto o adulta mayor, el aporte económico, la tenencia de la vivienda misma o una combinación de estos elementos, es interesante identificar las relaciones de dependencia que toman lugar

dentro de los hogares en donde la jefatura de hogar está en manos de una persona mayor. De esa forma, encontramos en el Cuadro 2.6 que en las 328,023 jefaturas de hogar del segmento de personas mayores, viven además 868,655 personas —de diversas edades— como dependientes.

Entre las distintas relaciones de dependencia con la jefatura de hogar, la más frecuente es la de hijos(as), con 39.0%; le sigue nietos(as) o bisnietos(as) con 33.2%; y en tercer lugar

en importancia el esposo(a)/compañero(a) con 17.5%. Desafortunadamente, no se cuenta con estudios sobre la dinámica de evolución de la composición de las familias y de los hogares, pero una transformación importante a señalar “son los cambios en la fecundidad, su impacto en el tamaño y la composición de los hogares y en este aspecto lo que ha significado la reducción en el número de hijos por mujer y por lo mismo un menor número de menores por hogar. Estos cambios tienen sin duda impactos importantes en la vida de los hogares y de las mujeres en particular” (Rincón, 2010).

En el Cuadro 2.6, se muestra que hay importantes diferencias en el tipo de dependiente en relación con la jefatura masculina o femenina. En el caso de las jefaturas masculinas, el mayor número de dependientes lo componen los hijos(as) con 39.8%, seguido por los nietos(as)/

bisnietos(as) con 26.2%, y esposas/compañeras con 25.3%; mientras que en el caso de las jefaturas femeninas, el mayor número de dependientes son nietos(as) o bisnietos(as) con 45.6%, seguido por hijos(as) con 37.7% y en tercer lugar el yerno o nuera con 4.4%, mientras que el esposo/compañero únicamente representa el 3.8%.

Refiriéndose siempre a la dependencia hacia las jefaturas de hogar de personas adultas mayores, calculamos un índice de dependencia de jefatura de hogar (IDJH)²⁰ para hombres y para mujeres, que resulta para los primeros de 289 y de 230 para las segundas. Esto quiere decir que por cada 100 jefaturas de hogar de hombres adultos mayores, 289 personas son dependientes, mientras que para las jefaturas de hogar de mujeres adultas mayores es menor, dado que su IDJH es de 230 personas dependientes por cada 100 jefaturas de hogar.

Cuadro 2.6: Dependencia hacia las jefaturas de hogar de la población adulta mayor por sexo

Relación con la jefatura de hogar	Total	Jefatura masculina	Jefatura femenina	Jefatura masculina %	Jefatura femenina %
Esposo(a)/compañero(a)	152,125	140,068	12,057	25.3%	3.8%
Hijo(a)	339,041	220,337	118,704	39.8%	37.7%
Yerno o nuera	31,693	17,748	13,945	3.2%	4.4%
Nieto(a) o bisnieto(a)	288,462	144,957	143,505	26.2%	45.6%
Hermano o hermana	12,281	5,237	7,044	0.9%	2.2%
Sobrina o sobrino	13,743	6,558	7,185	1.2%	2.3%
Padre o madre	5,385	2,595	2,790	0.5%	0.9%
Suegro o suegra	2,706	2,537	169	0.5%	0.1%
Otros parientes	12,333	7,563	4,770	1.4%	1.5%
Otra no pariente	10,886	6,282	4,604	1.1%	1.5%
Total	868,655	553,882	314,773	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

20 IDJH= $\frac{\text{Dependientes en hogar}}{\text{jefatura de hogar de población adulta mayor}} * 100$, que

indica el número de personas dependientes por cada 100 personas adultas mayores en jefatura de hogar.

Adicionalmente, es de interés examinar, de acuerdo con el número de personas que conforman los hogares, la distribución de la jefatura de personas adultas mayores, para lo cual se han clasificado los hogares en tres tipos: con un único miembro —en ese caso, el jefe o jefa de hogar—, hogares con dos personas, y hogares con más de dos personas. En el Cuadro 2.7, se puede apreciar que las mujeres, en mayor medida que los hombres, conforman solas hogares (unipersonales) (21.3% contra 13.4%). La distribución de los hogares bipersonales es levemente menor

para los hombres comparado con las mujeres (20.7% contra 23.3%). Un dato relevante de señalar es que la mayoría de jefaturas de hogar de PAM son de tipo multipersonales (61.5%), de lo cual se puede pensar que dichos hogares son abiertos a dinámicas intergeneracionales, aspecto que por cierto ha sido muy poco investigado en el país. Finalmente, nótese la existencia de un porcentaje mayor de hogares multipersonales en las jefaturas masculinas que en las femeninas (65.9% y 55.4%, respectivamente).

Cuadro 2.7: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor por sexo según el tipo de hogar

Tipo de hogar	Total	Hombre	Mujer	Total %	Hombre %	Mujer %
Unipersonal	54,644	25,577	29,067	16.7%	13.4%	21.3%
Bipersonal	71,501	39,615	31,886	21.8%	20.7%	23.3%
Multipersonal	201,878	126,265	75,613	61.5%	65.9%	55.4%
Total	328,023	191,457	136,566	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: Hogares unipersonales son aquellos que se componen de un único miembro (y que, por consecuencia, este se denomina como jefe o jefa de hogar); los hogares bipersonales se componen de la jefatura y de otro miembro y, finalmente, los hogares multipersonales son aquellos que se componen de más de dos miembros, entre los cuales se encuentra la persona adjudicada con la jefatura.

Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

El Cuadro 2.8 presenta el total de hogares en que existen jefaturas de hogar de personas de 60 años y más, que tienen a su cargo a nietos(as) o bisnietos(as) y cuyo padre o madre no se encuentra presente en el hogar. Del total de hogares con jefatura de personas mayores (328,023), el 11.5% cumple con la condición de dependencia mencionada. Esta relación de dependencia corresponde al 8.8% en las jefaturas masculinas, y al 15.4% en las jefaturas femeninas. Es decir, las

mujeres adultas mayores en jefatura de hogar son más propensas a contar con nietos(as) o bisnietos(as) en el hogar, con la ausencia de los padres o madres. Esta situación debe ser motivo de reflexión, pues al haber concluido su vida laboral, el 11.5% de las jefaturas de hogar PAM todavía están asumiendo responsabilidades del cuidado de nietos o bisnietos sin que los padres se encuentren presentes en el hogar.

Cuadro 2.8: Hogares con jefatura de personas adultas mayores que tienen a su cargo a nietos o bisnietos sin la presencia de los padres

Jefatura de hogar	Jefatura de personas adultas mayores con nietos o bisnietos a su cargo	Jefatura de personas adultas mayor	Porcentaje del total de hogares
Total	37,844	328,023	11.5%
Hombres	16,801	191,457	8.8%
Mujeres	21,043	136,566	15.4%

Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

El análisis de los datos de esta sección permite identificar mayores condiciones de vulnerabilidad para las jefaturas de hogar de personas adultas mayores del segmento femenino. Por un lado, al analizar el estado conyugal se encuentra que las mujeres adultas mayores en jefatura de hogar están en proporción más alta que los hombres sin pareja (78.7% viudez, 68.4% solteras, 66.3% divorciadas, y 64.1% separadas). Por el otro, al analizar la jefatura PAM según el tipo de hogar, resalta que las personas del segmento femenino son más altas en los hogares unipersonales y más bajas en los multipersonales (en el caso de las jefaturas masculinas, el 13.4% son unipersonales, el 20.7% bipersonales y el 65.9% multipersonales; mientras que para las jefaturas femeninas, el 21.3% son unipersonales, el 23.3% bipersonales y el 55.4% multipersonales). Esto último está relacionado con el punto anterior sobre los estados conyugales: mayor número de personas masculinas con alguna compañía de pareja. A lo anterior debe agregarse que las jefaturas femeninas tienen una mayor responsabilidad de cuidado comparado con las masculinas: mientras que el 8.8% de los hogares con jefatura PAM masculina tienen

a su cargo nietos(as) o bisnietos(as) sin la presencia de los padres de estos últimos, en las jefaturas femeninas es prácticamente el doble (el 15.4%).

2.3. Actividad económica de la población adulta mayor

En este apartado se abordan las condiciones de actividad económica de la población adulta mayor, explorando la forma en que estas personas mayores obtienen los ingresos para la cobertura de sus necesidades básicas. Para ello, se realiza un doble análisis: (a) de tipo comparativo entre jefaturas de la PAM y aquellas conformadas por personas menores de 60 años; (b) así como identificando ciertos rasgos solo para las jefaturas de la PAM por sexo.

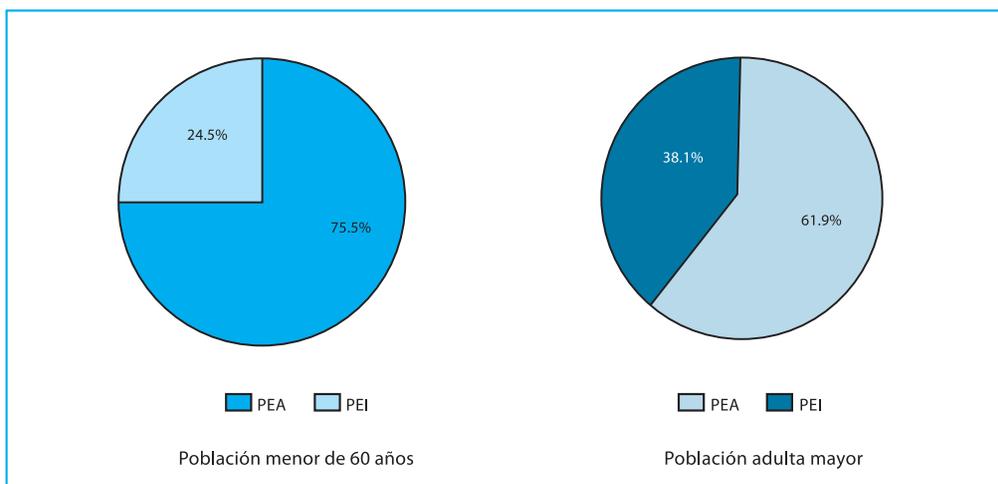
Previo a iniciar el análisis de las condiciones de actividad económica de la PAM, es necesario explicar qué se entiende por población económicamente activa (PEA) y población económicamente inactiva (PEI). La primera consisten en aquellas personas de 10 años y más, vinculadas a la actividad económica que conforman la fuerza de trabajo; ya sea que se encuentren ocupados, desocupados pero buscando activamente

trabajo remunerado, o que buscan trabajo por primera vez (aspirantes). Mientras la PEI se refiere a las personas que no trabajaron la semana anterior al día de inicio del censo, no pertenecen a la fuerza de trabajo y no realizan ninguna actividad económica remunerada en dinero o especie.

En el Gráfico 2.5, se presenta a las jefaturas de hogar de ambos segmentos de población en su distribución como PEA y PEI. Se puede identificar un elemento que no es sorpresa. En el segmento de las jefaturas de personas menores a los 60 años, el 75.5% se

encuentra ubicado en la PEA, es decir, son personas que ya sea se encuentran trabajando de forma remunerada o buscan activamente un empleo; mientras que el 24.5% se ubica en la PEI. Por el lado de las jefaturas de personas adultas mayores, el 38.1% de estas se ubican en la PEA y el 61.9% en la PEI. Este porcentaje de PAM en la PEA no es un valor despreciable, cuando se piensa que estas personas mayores se encuentran en edades de retiro y que, por tanto, deberían ubicarse en el segmento de la PEI, como pensionado.

Gráfico 2.5: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor y de la población menor de 60 años por distribución PEA y PEI



Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

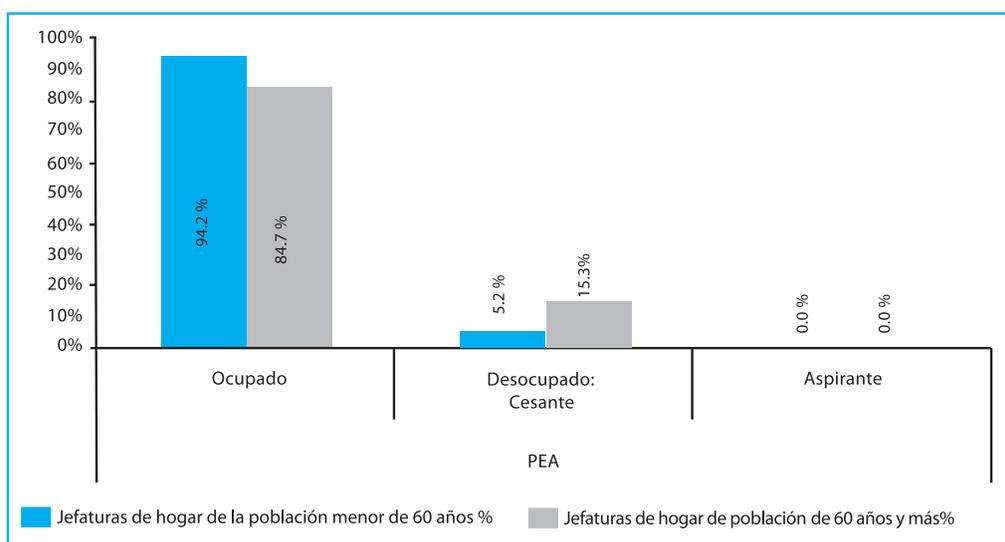
En el Gráfico 2.6, se presenta la clasificación en las distintas categorías de la PEA para las jefaturas de hogar de personas de menores de 60 años y de personas de 60 años y más. Se puede observar que el 84.7% de las jefaturas de hogar PAM sí se encuentra

ocupada, es decir que son personas que la semana anterior al primer día del censo trabajaron al menos una hora por un pago en dinero, o en especie²¹, mientras que para las jefaturas de hogar de personas menores de 60 años es mayor (94.2%). Es preciso

señalar que el grupo de los desocupados es relativamente alto para las jefaturas de hogar de la PAM (15.3%). Es decir, son personas que han realizado trabajo productivo previamente y que ahora se encuentran activamente en la búsqueda de una ocupación remunerada. Los datos

presentados sugieren que las personas adultas mayores se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad cuando se trata de una inserción al mercado laboral, ello posiblemente tiene que ver con la preferencia por la mano de obra de personas jóvenes.

Gráfico 2.6: Clasificación de población económicamente activa de jefaturas de hogar de la población adulta mayor y de la población menor de 60 años



Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

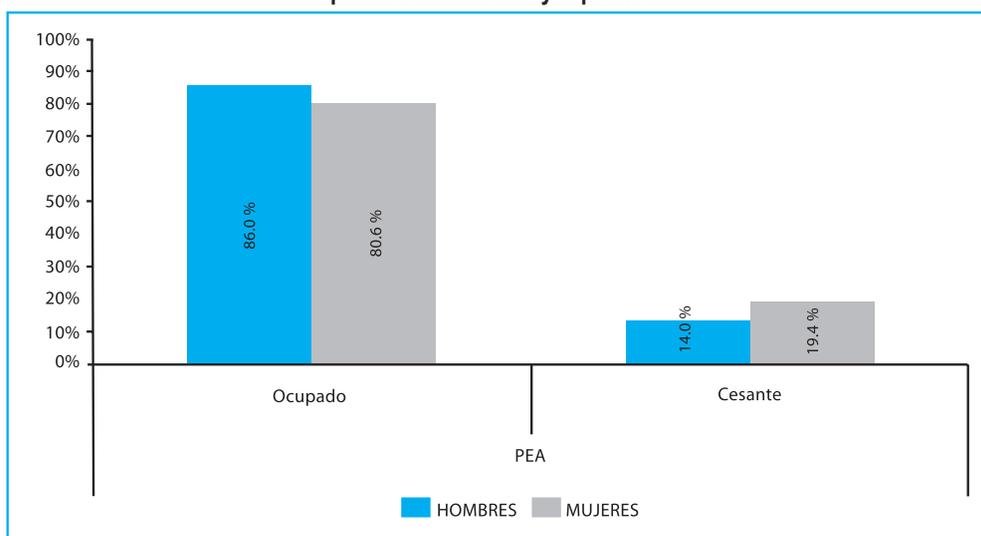
En el gráfico siguiente, se logra apreciar el detalle de la condición de actividad económica de la PEA para las jefaturas de hogar de la PAM por sexo. Las jefaturas de hogar de hombres se encuentran en condición de ocupados en una leve mayor proporción que las mujeres (86.0%

masculino y 80.6% femenino). Sin embargo, esta ligera distancia esconde el problema de las formas diferenciadas de inserción al mercado de trabajo. Según el PNUD: “Las mujeres representan una alta proporción del empleo precario informal y el subempleo. Están sobre representadas en los trabajos de peor calidad, como trabajos por cuenta propia y el empleo doméstico” (PNUD, 2008, p. 246). Es decir, de acuerdo con los

datos del censo, las mujeres se encuentran en una condición relativamente similar de ocupadas que los hombres; sin embargo, las mujeres en mayor medida realizan su inserción en el mercado de trabajo informal,

lo que les conduce a gozar de menores salarios, prestaciones y, por consiguiente, lidiar con desventajosas condiciones de calidad de vida en relación con la de los hombres.²²

Gráfico 2.7: Clasificación de población económicamente activa de jefaturas de hogar de la población adulta mayor por sexo



Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

Al enfocarnos en la población económicamente inactiva —segmento de población que encontrándose en edad de trabajar no trabajó la semana anterior al día del inicio del censo, no pertenece a la fuerza de trabajo, no busca empleo activamente y no realiza ninguna actividad económica remunerada en dinero o especie—, se tiene que principalmente se dedica al trabajo doméstico, y esta categoría es más común en el caso de las jefaturas de hogar de las personas menores de 60 años (83.2%) que de la PAM (59.7%).

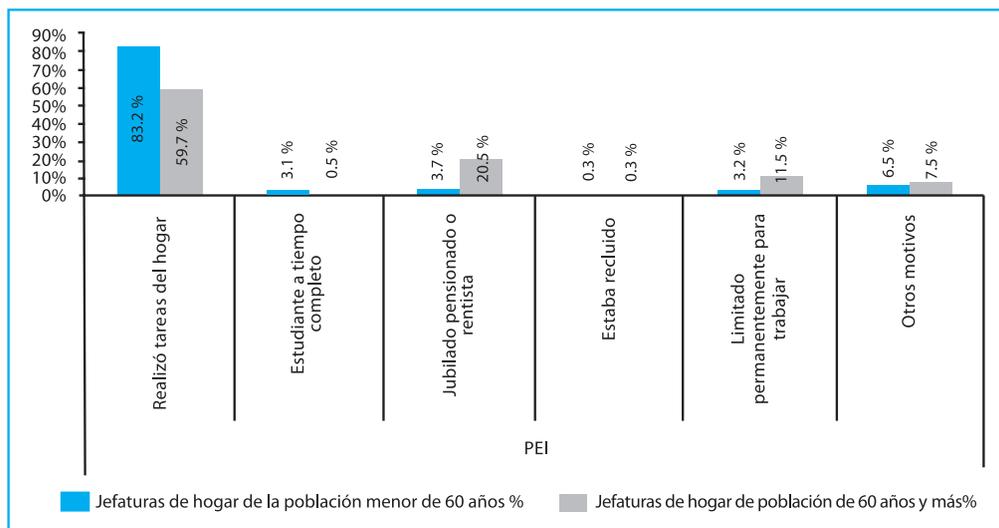
Si se utiliza como un proxy de la cobertura de los sistemas de pensiones, la categoría de no busca trabajo por ser jubilado, pensionado o rentista,²³ tenemos que solamente el 20.5% de la PAM no se encuentra trabajando ni buscando un empleo activamente debido a que goza de

22 Al respecto, véase PNUD, 2009.

23 Desde luego que esta categoría no es útil para evaluar la cobertura del sistema de pensiones: primero, porque agrupa tres diferentes categorías; segundo, porque la pregunta es únicamente dirigida a aquellas personas que no realizan trabajo productivo y que no buscan activamente insertarse al mercado de trabajo; es decir, está dirigido solo a la población económicamente activa.

una pensión. Este dato nos permite señalar que se tiene una baja cobertura de personas mayores pensionadas, es decir, que una importante parte de las personas mayores no logran acceder a recibir una pensión en sus respectivas edades de retiro.

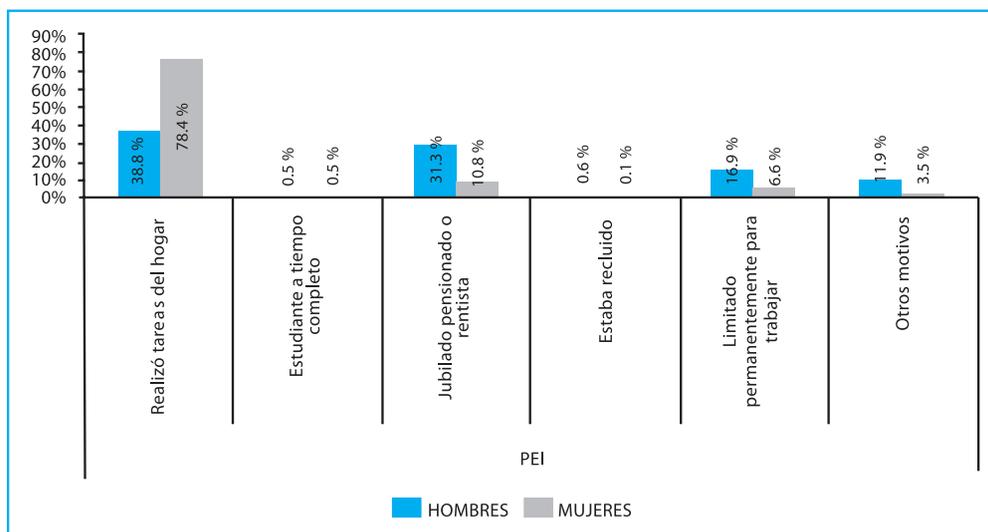
Gráfico 2.8: Clasificación de población económicamente inactiva de jefaturas de hogar de la población adulta mayor y de la población menor de 60 años



Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

El siguiente gráfico presenta la información sobre las jefaturas de hogar de la PAM de acuerdo con la clasificación de la PEI por sexo. Se destacan dos hallazgos. En primer lugar, nótese la importante brecha existente entre hombres y mujeres en el trabajo doméstico, la proporción de trabajo femenino en tareas del hogar es prácticamente el doble que la masculina. Estas asignaciones disparejas del trabajo reproductivo son principalmente resultado de construcciones sociales que asignan roles

diferentes a hombres y mujeres, que llevan a las mujeres a desempeñarse mayoritariamente en el trabajo reproductivo. En segundo lugar, en la categoría de jubilados, pensionados o rentistas, los hombres representan el 31.3% y las mujeres el 10.8%, lo que refleja en alguna medida el menor acceso que las mujeres han tenido al mercado laboral formal y, por lo tanto, a la cotización de un fondo de ahorro de pensiones.

Gráfico 2.9: Clasificación de población económicamente inactiva de jefaturas de hogar de la población adulta mayor por sexo

Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

En el Gráfico 2.10, se puede observar que del total de personas dependientes (868,655 personas)²⁴ hacia las jefaturas de hogar de personas de 60 años y más, únicamente el 29.4% realiza trabajo remunerado, donde se destacan las relaciones de hijo e hija, yerno o nuera, con un 42.2% y un 43.2% de trabajo remunerado, respectivamente; mientras que respecto del esposo o esposa únicamente el 17.1% realiza trabajo remunerado. Recapitulando brevemente, tenemos que en las 328,023 jefaturas de hogar PAM son hogares en los que además habitaban 868,655 personas dependientes (Cuadro 2.6), de las cuales —al momento del censo—,

como lo muestra el Gráfico 2.10, únicamente el 29.4% realizaba trabajo productivo. Esto refleja de cierta forma la carga o responsabilidad económica de la PAM como jefaturas de hogar. Sin embargo, como bien se advierte en un estudio reciente de la CEPAL: “La condición económica de las personas de edad está ligada a la trayectoria propia y a la de sus familias, así como también a las oportunidades que tengan los miembros del hogar más jóvenes y económicamente activos de acceder a un trabajo relativamente estable, a un ingreso adecuado, a la educación, a la salud y a la vivienda, entre otros apoyos. En efecto, las personas de edad no constituyen un estamento separado de la sociedad, sino que su situación es el resultado, por una parte, de su propia historia pasada y de cuáles y

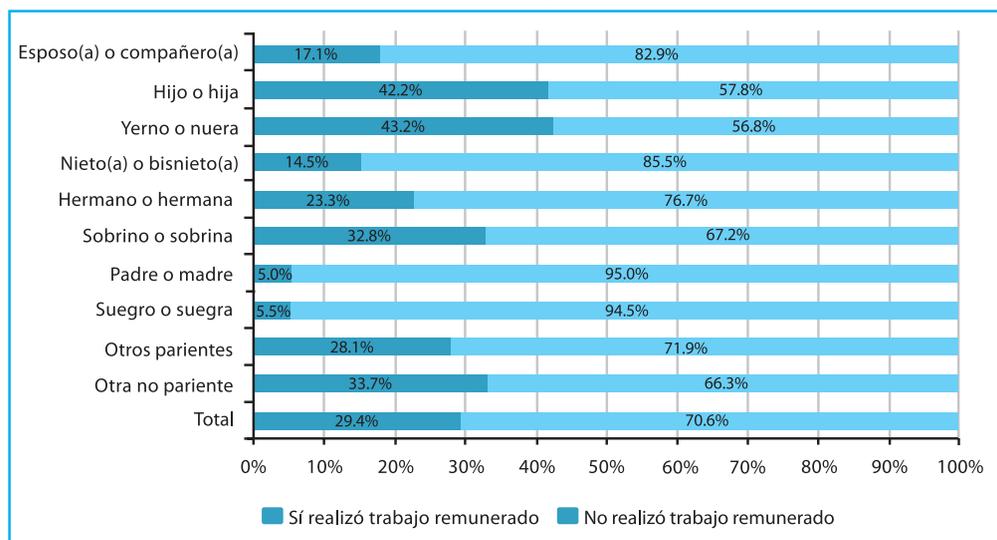
24 En este gráfico sólo se incluye a las personas de 10 años y más, dado que la boleta censal así lo especifica.

cuántos sean los activos que hayan logrado acumular y, por la otra, de la población económicamente activa, de la cual estas personas dependen, en mayor o menor medida, en la mayoría de los hogares” (CEPAL, 2008, p. 82). En este sentido, sería deseable que en futuros estudios se pudiera profundizar más allá de los porcentajes de personas en los hogares que acceden a una situación de trabajo remunerado, para analizar en la lógica del hogar y/o de la familia el acceso al trabajo remunerado, según tipo de empleo y salario, así como la posesión de los activos.

Además, en un estudio se señala: “En América Latina la familia continúa siendo la principal entidad responsable del cuidado y la integración de las personas de edad. Más allá de esa trayectoria histórica, el hecho obedece a la escasa cobertura de la seguridad

social y a la ausencia de una tradición institucional y comunitaria del cuidado de las personas de edad. Los datos de los países de la región muestran que lo más frecuente es que los adultos mayores vivan con familiares, pese a que aparentemente la dependencia no (es) su ‘rasgo distintivo’, sino más bien existe un esquema de interdependencia.(...) De todas maneras, es poco lo que se conoce sobre las relaciones multigeneracionales que resultan de estos arreglos de residencia” (Del Popolo, 2001, p. 12). Los datos correspondientes al caso de El Salvador presentados en este capítulo muestran que los adultos mayores también tienen dependientes a su cargo, en una proporción mayor a la que uno se podría imaginar, y en este sentido sus ingresos también podrían ser analizados como transferencias intergeneracionales.

Gráfico 2.10: Personas dependientes hacia las jefaturas de hogar de la población adulta mayor por situación de trabajo remunerado



Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

El análisis de la información presentada en la sección permite identificar condiciones de vulnerabilidad para la PAM. Por un lado, a pesar de que las personas adultas mayores han alcanzado la edad de retiro, todavía continúan activas en el mercado laboral. Así, al analizar la PEA, el 84.7% de las jefaturas de hogar de la PAM se encuentra ocupada y el 15.3%, desocupada; mientras que la desocupación en la PEA para las jefaturas de hogar de personas menores de 60 años es mayor (5.2%), lo cual probablemente tenga que ver con un mercado laboral con mayor preferencia por la mano de obra de personas jóvenes, de hecho discriminando a los adultos en general y al adulto mayor en particular. Este es un aspecto que merece profundizarse en futuros estudios, para entender mejor los factores que posibilitan y limitan el acceso y la continuidad de la PAM en el mercado laboral.²⁵ Por el otro, al enfocarnos en la PEI, se tiene que únicamente el 20.5% de la PAM no se encuentra trabajando ni buscando un empleo activamente, debido a que goza de una pensión. Los datos nos muestran una baja cobertura de las personas mayores pensionadas, es decir, una parte

importante de las personas mayores no logran acceder a una pensión en sus respectivas edades de retiro.

2.4. Características de las condiciones de vida de la población adulta mayor

En este apartado se aborda el tema de las condiciones de vida de la PAM en lo que concierne a la cobertura de servicios básicos en las viviendas, y está estructurado en dos secciones. La sección 2.4.1 contiene las características de las viviendas en que habita la PAM; y la sección 2.4.2 se enfoca en el abastecimiento de servicios básicos de que estas gozan.

2.4.1. Características de las viviendas de la población adulta mayor

En esta sección, se abordan dos características de las viviendas de las personas adultas mayores²⁶ que se consideran relevantes: primero, la forma de tenencia de la misma y, segundo, el tipo de vivienda en que estas personas habitan. El análisis que se realiza es nuevamente de tipo comparativo, que básicamente consiste en contrastar las características de las jefaturas de hogar de la población menor de 60 años con aquellas de la PAM.

a. Tenencia de la vivienda

El porcentaje de jefaturas de hogar de personas mayores que reside en una vivienda propia es relativamente alto (79.1%), sobre

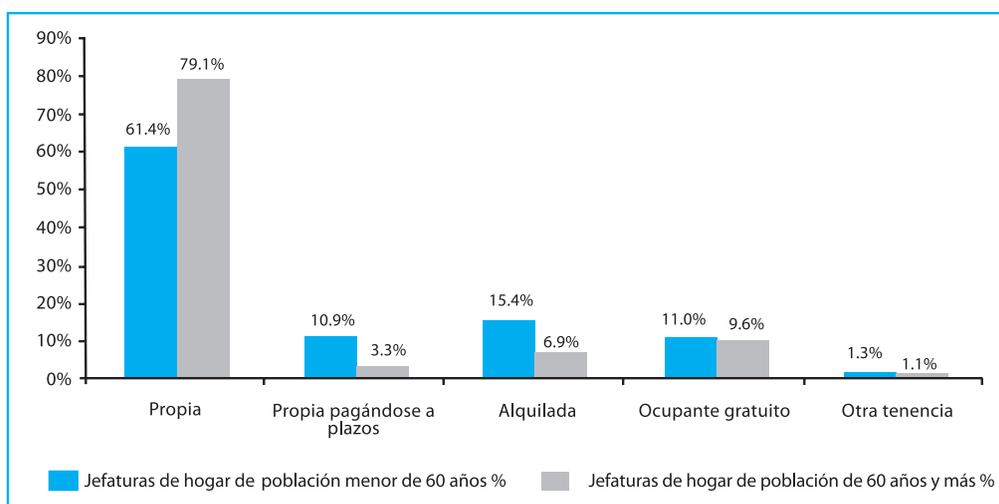
25 “Es necesario conocer en detalle cómo se insertan las personas de edad en el mundo del trabajo, por sus implicancias en la seguridad económica de estas personas (...). La edad de retiro de la actividad laboral está regida por disposiciones legales y, con variaciones según el país y el sexo, oscila entre los 60 y 65 años. Sin embargo, al llegar a esta edad hay quienes continúan trabajando (...), lo que lleva a preguntarse si ello obedece a deseos personales o a una necesidad económica; la respuesta parece ser que ambas realidades coexisten. La baja cobertura social de los sistemas provisionales y los magros montos de las jubilaciones conducen a que algunos adultos mayores se vean obligados a continuar trabajando. Además, las tasas de participación de las personas de edad son mayores en el medio rural, donde la seguridad social es escasa.” (Del Popolo, 2001, p 11).

26 El censo (CPV2007) recopila información sobre los 5.74 millones de salvadoreños que viven en 1.66 millones de viviendas. De éstos, 20,562 personas habitan en vivienda colectiva y 401 son personas sin vivienda. A propósito de estas 401 personas sin vivienda, una tercera parte (33.9%) son personas adultas mayores.

todo cuando se compara con el de la población menor de 60 años (61.4%). Además, el 10.9% de las jefaturas de hogar de la población menor de 60 años se encuentra, en la actualidad, financiando una vivienda con carácter de promesa de venta,

cifra que es más de tres veces la proporción de adultos mayores en dicha condición. Adicionalmente, el 15.4% de las jefaturas de hogar de personas menores de 60 años alquilan la vivienda, en contraposición al 6.9% de las jefaturas de la PAM.²⁷

Gráfico 2.11: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor y de la población menor de 60 años según la forma de tenencia de la vivienda



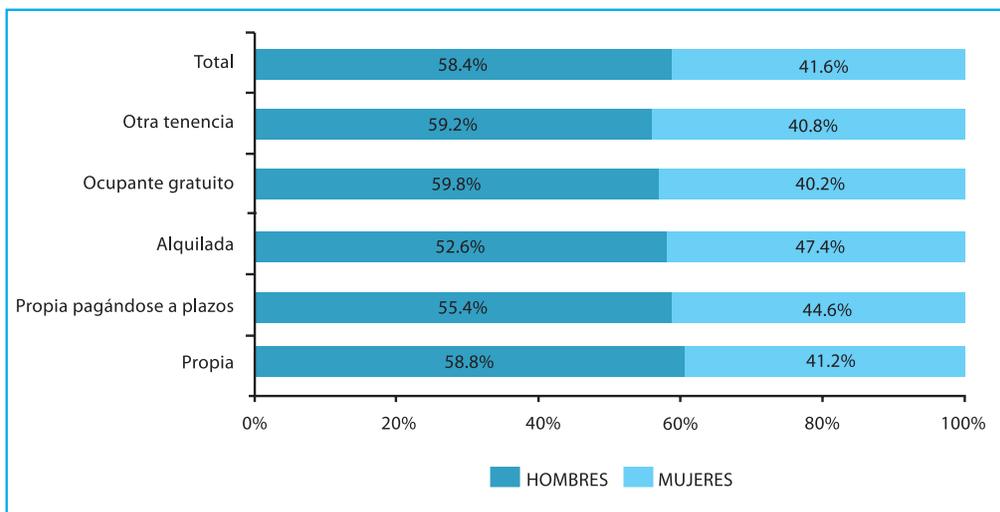
Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

Ahora bien, al enfocarse en las distintas formas de tenencia de la vivienda en las jefaturas de hogar de personas mayores por sexo, se observa una situación de desventaja

para las mujeres. Así, por ejemplo, el 58.8% de los hombres y el 41.2% de las mujeres, respectivamente, posee vivienda propia.

²⁷ En el Anexo 2.3 se presentan las jefaturas de hogar de la PAM y población menor de 60 años según la forma de tenencia de la vivienda.

Gráfico 2.12: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor según la forma de la tenencia de la vivienda por sexo

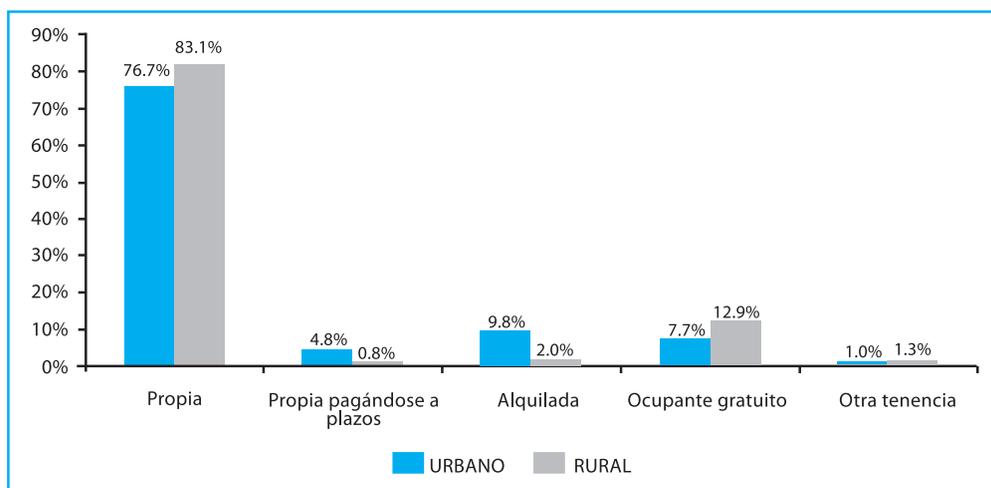


Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

En relación con la tenencia de vivienda de las jefaturas de hogar de la PAM según el área de residencia geográfica, se puede observar que la tenencia propia es más frecuente en el área rural que en el área

urbana, con 83.1% en la primera y 76.7% en la segunda. Las opciones de alquiler o propia que se paga a plazos son básicamente para el sector urbano: 9.8% y 4.8%, respectivamente.

Gráfico 2.13: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor por área de ubicación geográfica según tenencia de la vivienda



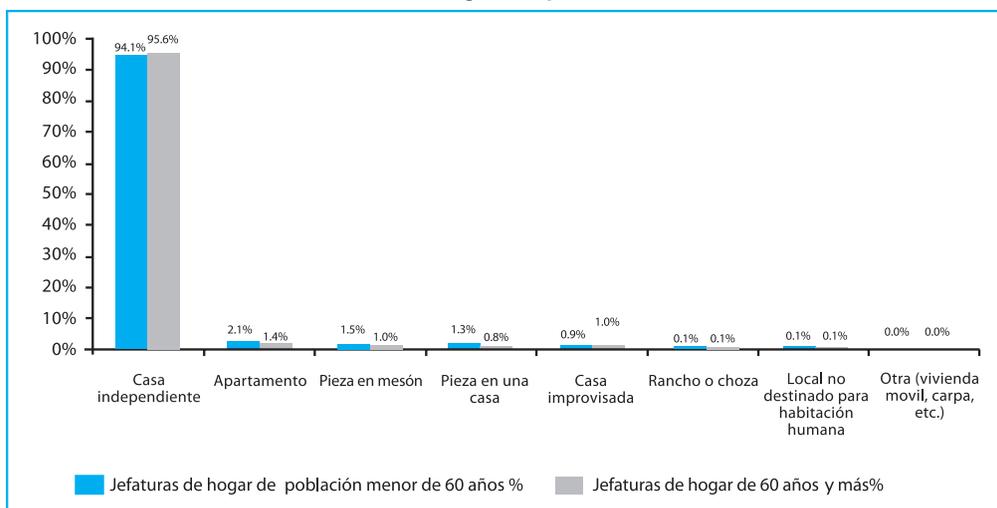
Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

b. Tipo de vivienda

En el Gráfico 2.14, es notorio el predominio de la vivienda de tipo independiente para las distintas jefaturas de hogar: 94.1% para la población menor de 60 años y 95.6% para las personas mayores. Una aclaración metodológica importante es que la

DIGESTYC (2008) identifica a las casas independientes como aquellas viviendas que cuentan con acceso directo a la calle, pasaje o camino, que han sido construidas con materiales de larga duración y que además poseen su propio servicio sanitario, baño y cocina.

Gráfico 2.14: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor y de la población menor de 60 años según el tipo de vivienda



Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

2.4.2. Servicios básicos de la vivienda

Servicios básicos como lo son el abastecimiento de agua, alumbrado y uso de servicios sanitarios constituyen elementos fundamentales de los niveles de vida de las familias, por lo que la ausencia o menor disponibilidad de estos sugiere la vulnerabilidad de ciertos segmentos de la población. Esta sección se enfoca en tres servicios básicos: el abastecimiento de agua, el alumbrado y los servicios sanitarios.

a. Abastecimiento de agua

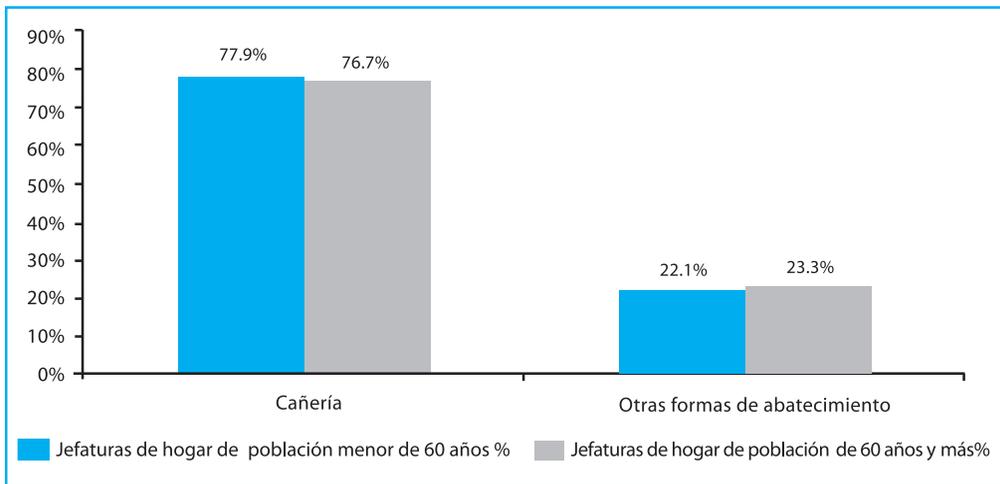
Se considera que el abastecimiento de agua más propicio para la calidad de vida es aquel que es recibido por medio de cañería, por lo que la comparación se realiza con referencia a aquellos que gozan de abastecimiento por cañería y a los que lo hacen a través de otras formas.²⁸

²⁸ Dentro de estas otras formas de abastecimiento de agua se encuentran: pila o chorro público, pozo público, pozo privado, camión, carreta o pipa, ojo de agua, río o quebrada, agua lluvia.

En el Gráfico 2.15, se puede observar que no existen diferencias significativas para ambos segmentos poblacionales: el 77.9% de las jefaturas de hogar de personas menores de 60 años recibe abastecimiento de agua por cañerías,²⁹ mientras que el 22.1% se abastece a través de otras formas; en tanto que el 76.7% de las jefaturas de hogar de

personas adultas mayores cuenta con abastecimiento por cañería, el restante 23.3% se abastece a través de otras formas. Si bien la cobertura del abastecimiento de agua por cañerías es próxima al 80% para ambos segmentos de población, el porcentaje de hogares que no es abastecido por este medio no es despreciable.

Gráfico 2.15: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor y de la población menor de 60 años según la forma de abastecimiento de agua



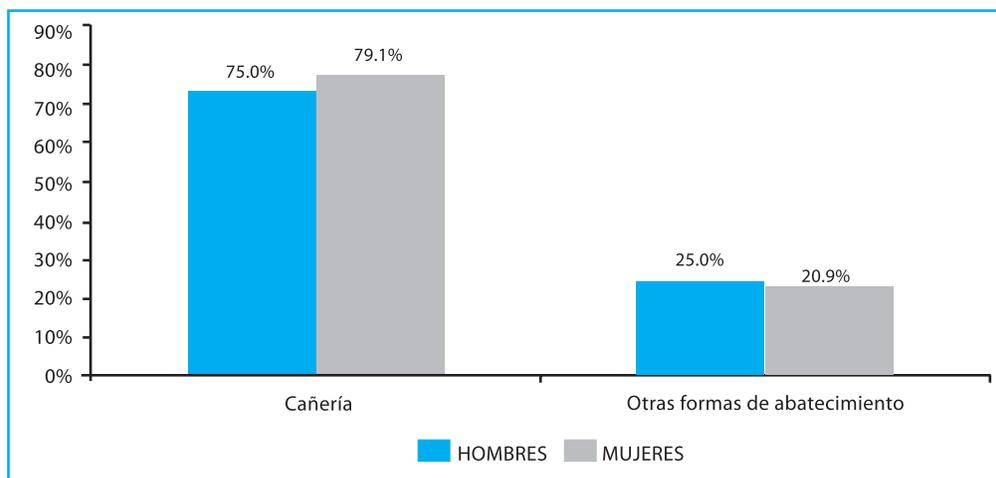
Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

En lo que se refiere a las jefaturas de hogar de la PAM, en el siguiente gráfico se aprecia la existencia de un mayor suministro de agua

por medio de cañería para el segmento de población femenina que para el masculino, con un 79.1% y un 75.0%, respectivamente.

²⁹ Que es de tipo domiciliario aunque no necesariamente se encuentre dentro de la vivienda.

Gráfico 2.16: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor por sexo según la forma de abastecimiento de agua



Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

Finalmente, para estimar la probabilidad de que las jefaturas de hogar de las personas de 60 años y más posean abastecimiento de agua por medio de cañerías, se presenta, en el Cuadro 2.9, un modelo de regresión logística, cuyo fin es determinar si características como el sexo de la jefatura de hogar, el área de residencia, el ingreso familiar, el tamaño del hogar, etc. influyen en la recepción de agua a través de las redes de cañerías.

En el Cuadro 2.9, se observa que el sexo de la jefatura de hogar es un factor que incide en la forma de abastecimiento de agua por medio de cañería; de ello resulta que los hombres son menos propensos que las mujeres de contar con este tipo de suministro. Mientras que en relación con el área de residencia, las jefaturas de hogar de personas adultas mayores que habitan en el área urbana son más propensas a contar con suministro de agua por cañería que aquellas personas de 60 años y más que residen en el

área rural. Adicionalmente, el ingreso familiar contribuye de forma positiva —con rendimientos marginales³⁰— a la propensión del abastecimiento de agua por red de alcantarillado.

De la misma forma, se aprecia que el residir en viviendas de tipo dependientes duplica la probabilidad de abastecimiento de agua por cañería, sin dejar de lado que otro factor importante para dicho abastecimiento lo constituye el número de miembros de que se compone el hogar en donde el jefe o jefa de hogar es una persona adulta mayor. Cada miembro adicional incrementa la probabilidad de contar con agua por cañería en 19.4%, recalcando que, dada la

30 Cuando se habla de rendimientos marginales decrecientes, se hace alusión a que los incrementos en la probabilidad —en este caso de abastecimiento de agua por cañería— no ocurren de forma constante, sino que más bien ocurren de forma sucesivamente menor por cada unidad incrementada. En la especificación de este modelo, los rendimientos marginales son capturados por las variables elevadas al cuadrado.

especificación del modelo, esta variable decrecientes de 1.6% por cada miembro también presenta rendimientos marginales adicionales del hogar.

Cuadro 2.9: Modelo de regresión logística para estimar el abastecimiento de agua por cañería en jefaturas de hogar de la población adulta mayor

Variables	Coefficiente	Exp(B)
Hogar y vivienda		
Hombre	-0.194**	0.823
Urbano	1.305*	3.687
Miembros	0.177*	1.194
Miembros ²	-0.016*	0.984
Ingreso familiar	0.001*	1.001
Ingreso familiar ²	-0.000*	0.999
Vivienda independiente	0.825*	2.281
Pobreza extrema	-0.458*	0.632
Pobreza relativa	-0.305*	0.737
Departamentos		
Ahuachapán	0.247	1.281
Santa Ana	0.232	1.261
Sonsonate	-0.219	0.803
Chalatenango	1.019*	2.772
La Libertad	-0.305	0.737
San Salvador	-0.979*	0.375
Cuscatlán	0.794**	2.211
La Paz	0.012	1.012
Cabañas	-0.279	0.756
San Vicente	0.331	1.393
Usulután	-0.249	0.779
San Miguel	0.377	1.459
Morazán	0.440***	1.553
Departamentos*Urbano		
Ahuachapán*Urbano	0.093	1.097
Santa Ana*Urbano	-0.716**	0.489
Sonsonate*Urbano	0.462	1.587
Chalatenango*Urbano	-0.286	0.751
La Libertad*Urbano	0.802**	2.230
San Salvador*Urbano	1.379*	3.969
Cuscatlán*Urbano	-0.069	0.934
La Paz*Urbano	-0.422	0.656
Cabañas*Urbano	1.218**	3.380
San Vicente*Urbano	-0.266	0.767
Usulután*Urbano	0.333	1.395
San Miguel*Urbano	-0.564	0.569
Morazán*Urbano	0.249	1.282
Constante	-1.427*	0.240

Hosmer-Lemeshow (p-valor) 0.829

Pseudo R² de Nagelkerke 0.279

n 4,117

* Significativo al 1%

** Significativo al 5%

*** Significativo al 10%

Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2008.

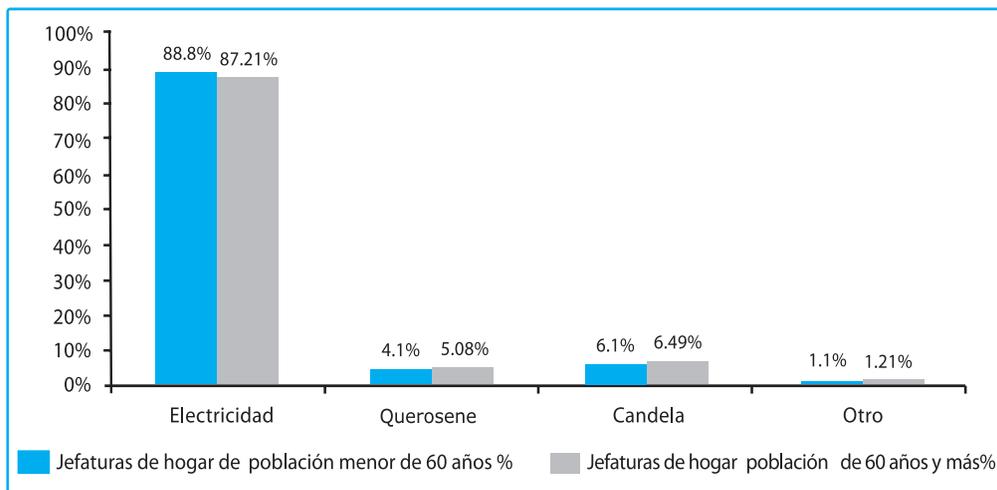
Nota: Se ha tomado como referencia a la mujer y al departamento de La Unión.

b. Alumbrado de viviendas

En el caso del alumbrado de las viviendas, la electricidad es la principal fuente, y no se observan diferencias entre los dos segmentos analizados: el 88.8% de las

jefaturas de hogar de la población menor de 60 años y el 87.2% de las jefaturas de la PAM gozan de abastecimiento de alumbrado por medio de energía eléctrica.

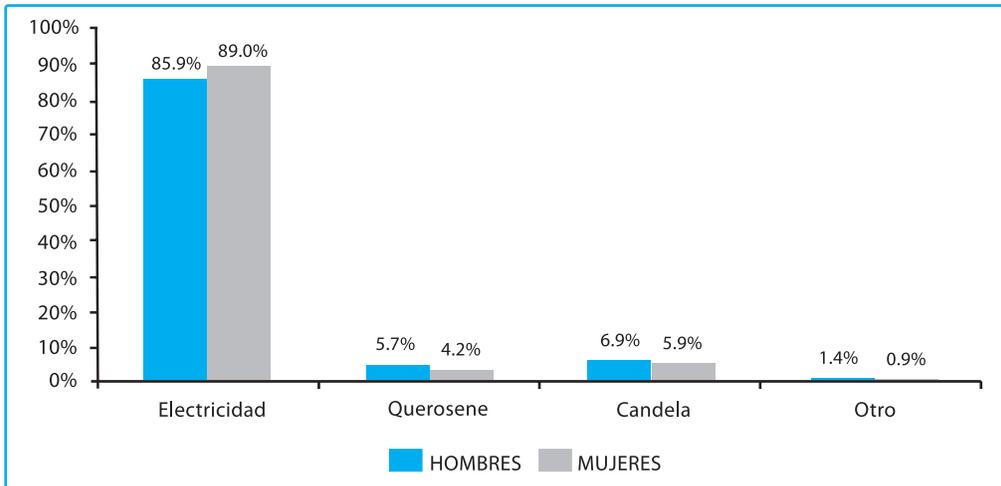
Gráfico 2.17: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor y de la población menor de 60 años según la forma de alumbrado utilizada en la vivienda



Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

Las distintas formas de alumbrado utilizadas en las viviendas en el segmento de jefaturas de hogar de la población de adultos mayores no es tan diferente para el sexo masculino o

el femenino, en la medida que se puede apreciar que el 85.9% de los hombres y el 89.0% de las mujeres utiliza electricidad para alumbrar sus viviendas.

Gráfico 2.18: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor por sexo según la forma de alumbrado utilizada en la vivienda

Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

En lo referente al alumbrado de viviendas por medio de electricidad, en el Cuadro 2.10, se presentan los resultados de un modelo de regresión para estimar la probabilidad de contar con energía eléctrica para el alumbrado de las viviendas. En este se aprecia un efecto similar al encontrado en el modelo de regresión utilizado en el análisis del abastecimiento de agua por cañería (apartado anterior). Se observa que los hombres adultos mayores en jefatura de hogar son más propensos que las mujeres a no contar con energía eléctrica para el alumbrado de sus viviendas. Asimismo, el

área de residencia urbana muestra, en comparación con el área rural, una mayor probabilidad de contar con energía eléctrica. Por su parte, cada miembro adicional en el hogar a cargo de los adultos mayores incrementa la probabilidad de contar con energía eléctrica para el alumbrado de la vivienda en aproximadamente un 27.5%. Mientras que, por otro lado, la probabilidad de contar con energía eléctrica para el alumbrado de las viviendas independientes es, en comparación con el resto de tipos de viviendas, cerca de cinco veces mayor.

Cuadro 2.10: Modelo de regresión logística para estimar el alumbrado de vivienda por electricidad en jefaturas de hogar de la población adulta mayor

Variables	Coefficiente	Exp(B)
Hogar y vivienda		
Hombre	-0.208**	0.812
Urbano	0.728***	2.072
Miembros	0.243*	1.275
Miembros ²	-0.021*	0.980
Ingreso familiar	0.002*	1.002
Ingreso familiar ²	-0.000*	0.999
Vivienda independiente	1.595*	4.928
Pobreza extrema	-0.754*	0.471
Pobreza relativa	-0.537*	0.584
Departamentos		
Ahuachapán	-0.885**	0.413
Santa Ana	-0.335	0.715
Sonsonate	-1.018*	0.361
Chalatenango	0.5	1.649
La Libertad	-0.722**	0.486
San Salvador	-0.928*	0.395
Cuscatlán	-0.509	0.601
La Paz	-0.671***	0.511
Cabañas	-1.154*	0.315
San Vicente	-0.231	0.794
Usulután	-0.591	0.554
San Miguel	-0.791**	0.453
Morazán	-0.995*	0.370
Departamentos*Urbano		
Ahuachapán*Urbano	0.510	1.666
Santa Ana*Urbano	0.018	1.018
Sonsonate*Urbano	0.366	1.441
Chalatenango*Urbano	0.485	1.624
La Libertad*Urbano	0.792	2.208
San Salvador*Urbano	1.723*	5.602
Cuscatlán*Urbano	0.281	1.325
La Paz*Urbano	1.064	2.898
Cabañas*Urbano	1.181	3.257
San Vicente*Urbano	1.21	3.354
Usulután*Urbano	1.109	3.030
San Miguel*Urbano	1.650	5.208
Morazán*Urbano	1.644*	5.176
Constante	-0.176	0.839

Hosmer-Lemeshow (p-valor) 0.297

Pseudo R² de Nagelkerke 0.303

n 4,117

* Significativo al 1%

** Significativo al 5%

*** Significativo al 10%

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2008.

Nota: Se ha tomado como referencia a la mujer y al departamento de La Unión.

c. Uso de servicios sanitarios

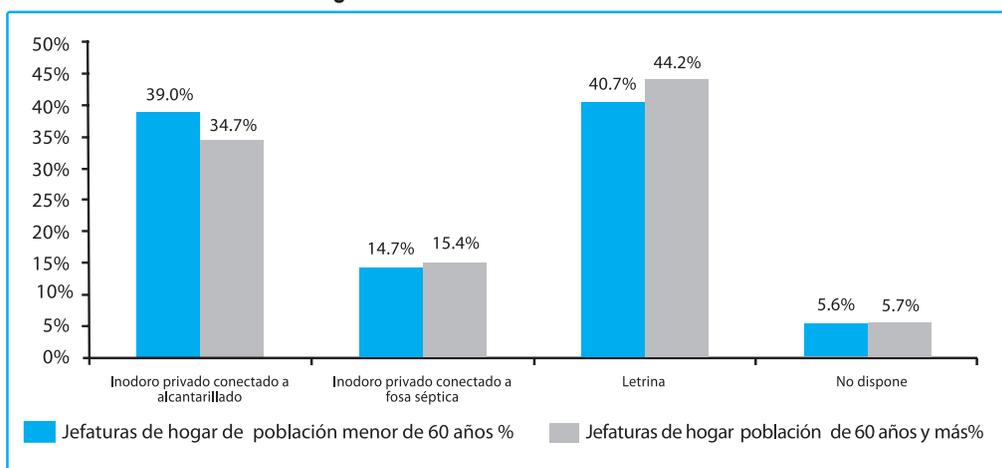
En esta subsección, se explora brevemente la utilización de los servicios sanitarios. Se comienza con el análisis comparativo entre la PAM y la población menor de 60 años, ambas en jefatura de hogar, y luego se sigue exclusivamente con la comparación por sexo para el segmento PAM.

En lo referente a la utilización de servicios sanitarios, es natural pensar que en las zonas más desarrolladas del país la solución por excelencia es la recolección de las aguas negras por medio de la red de alcantarillado y su posterior manejo en plantas de tratamiento. La población adulta menor de 60 años con jefaturas de hogar utiliza en un 39.0% el tratamiento de aguas negras por medio de alcantarillado, cifra que es relativamente mayor cuando se realiza el contraste con la PAM en jefatura de hogar, ya que esta última posee inodoros privados

con red de alcantarillado en solo 34.7% de los casos; en tanto que alrededor de un 15% de la población, tanto de un segmento como del otro, efectúa el tratamiento de aguas residuales a través del uso de inodoro privado conectado a pozos sépticos. Sin embargo, el tratamiento de aguas negras más utilizada es la letrina: el 40.7% de la población de personas adultas menores de 60 años en jefatura de hogar dispone de letrina, y para el segmento de personas de 60 años y más, aumenta al 44.2%.

Además, si ciertamente una pequeña proporción de la población no dispone de ningún tipo de servicio sanitario, y se toma en cuenta que esta distribución es muy similar para ambos segmentos de población —5.6% para personas menores de 60 años y 5.7% para personas de 60 años y más—, resulta impactante que estos hogares no cuenten con servicios apropiados de eliminación de aguas negras.

Gráfico 2.19: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor y de la población menor de 60 años según la clase de servicio sanitario utilizado

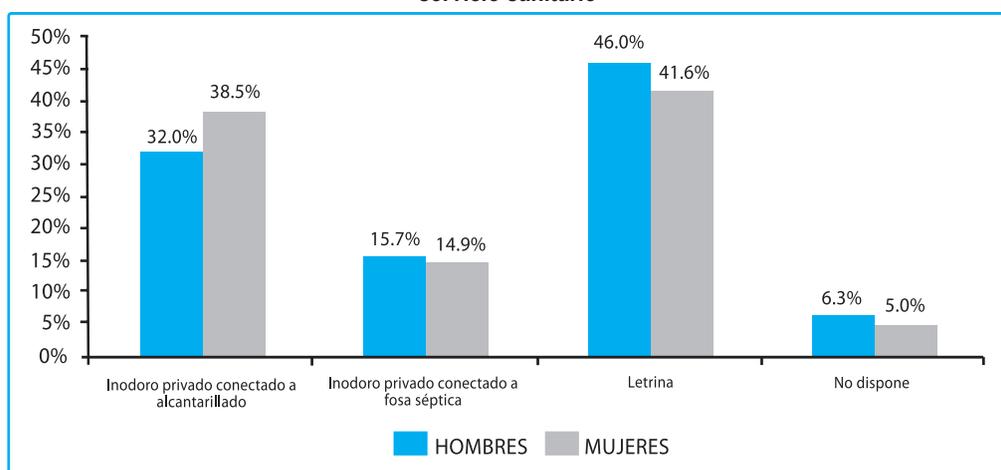


Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

En lo que concierne al tipo de sanitario utilizado por la PAM en condición de jefaturas de hogar por sexo, encontramos que un porcentaje mayor de mujeres (38.5%) que de hombres (32.0%) utilizan un método de eliminación de aguas negras basado en redes de alcantarillado. Además, en lo que concierne al uso de letrinas, se aprecia que

el uso de estas es más común en hombres que en mujeres, con un 46.0% y un 41.6%, respectivamente. De igual manera, el porcentaje de hombres de la población en estudio —adulto mayor en jefatura de hogar— que no dispone de ningún tipo de servicio sanitario es 6.3%, mientras para las mujeres es 5.0%.

Gráfico 2.20: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor por sexo según la clase de servicio sanitario



Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

El análisis sobre la cobertura de los tres servicios básicos (abastecimiento de agua, alumbrado y uso de servicios sanitarios) muestra en términos generales que no hay mayores diferencias entre las jefaturas de hogar de la PAM y la población menor de 60 años, lo cual en principio podría explicarse por el predominio de la figura de la casa independiente, y las características asociadas con la misma, de acuerdo con la definición utilizada por la DIGESTYC (2008) para el censo.

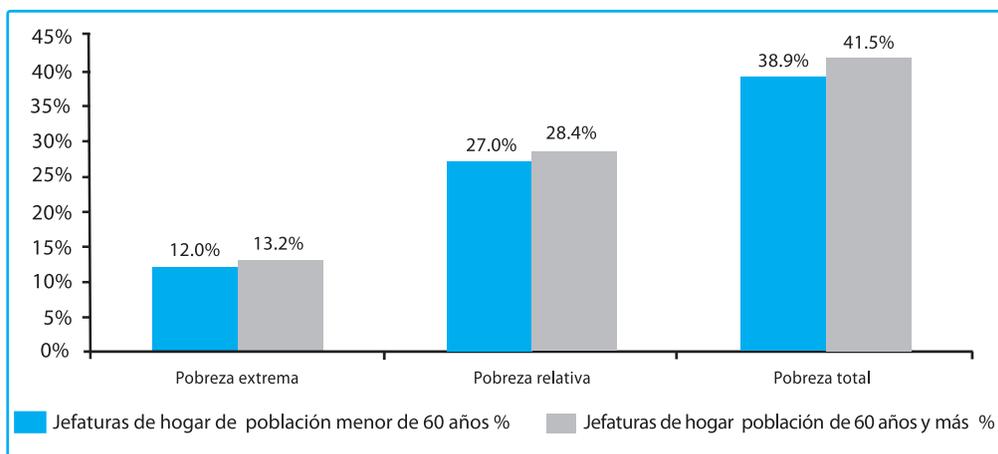
2.5. Condiciones de pobreza de la población adulta mayor

En este apartado se analiza el tema de las condiciones de pobreza para la población adulta mayor. Debido a que el Censo de Población y Vivienda de 2007 no ofrece información acerca de los montos de ingresos de las personas, es que para este apartado se utilizan los datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) correspondiente a 2008. Las líneas de pobreza definidas en dicha encuesta tienen

como referencia el valor de la canasta básica alimentaria (CBA).³¹ Con base en dicho criterio, es posible apreciar en el Gráfico 2.21 que las jefaturas de hogar de personas de 60 años y más se encuentran en ligeramente mayor situación de pobreza que las jefaturas de hogar de personas menores de 60 años, con un 41.5% y un 38.9%, respectivamente, para cada segmento de

población.³² Al desagregar los datos, se tiene que el 13.2% de las jefaturas de hogar de la PAM se encuentra en condición de pobreza extrema (cifra que es levemente superior al 12.0% correspondiente a jefaturas en manos de personas menores de 60 años), y el 28.4% en pobreza relativa (cifra ligeramente superior al 27.0% correspondiente a jefaturas en manos de personas menores de 60 años).

Gráfico 2.21: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor y de la población menor de 60 años según condición de pobreza



Nota: El parámetro de referencia de estas mediciones de pobreza es la CBA. Como lo define la DYGESTIC (2009), en pobreza extrema se ubican aquellos hogares que no cubren el valor de dicha CBA, mientras que en pobreza relativa se encuentran aquellos hogares con un ingreso per cápita inferior al costo de la CBA ampliada (es decir, dos veces el valor de la CBA). Además, la categoría de pobreza total es obtenida como la suma de las categorías de pobreza extrema y pobreza relativa.

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2008.

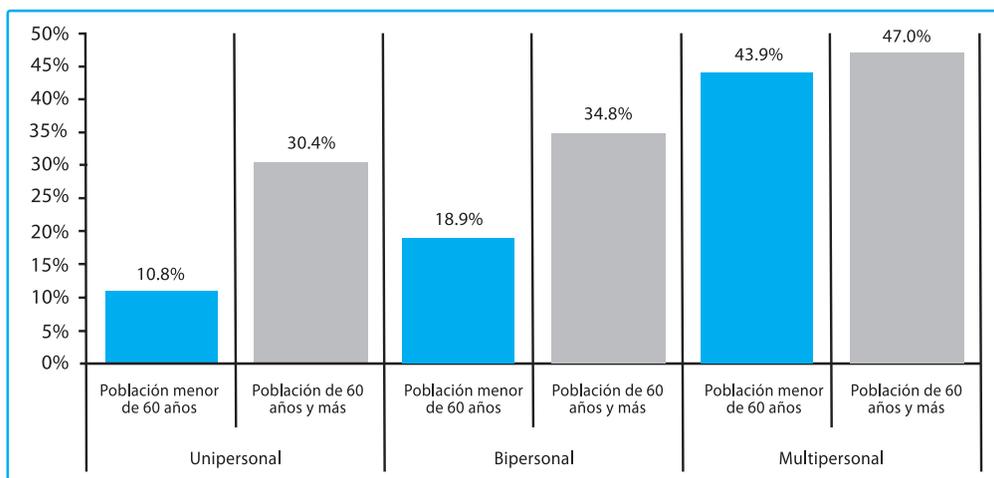
31 Según DIGESTYC (2009), el costo de la CBA per cápita en el área urbana es de \$44.81, mientras que en el área rural, el costo de ésta asciende a \$29.13.

32 Este hallazgo para el caso de El Salvador estaría contradiciendo un hallazgo reportado en otros estudios: "La medición de la pobreza a partir de la información proveniente de las encuestas de hogares de los países permite concluir que esta es menor entre las personas de edad que en el resto de la población" (CEPAL, 2008, p 82). Aunque en otros estudios se han señalado algunas excepciones a este planteamiento, entre las cuales estarían las zonas urbanas de El Salvador (véase: Aranibar, 2001, p 33).

En el Gráfico 2.22, se muestra la comparación de las condiciones de pobreza para ambos segmentos de población según el tipo de hogar, en donde se aprecia que, en hogares unipersonales, las personas de 60 años y más —en condición de jefatura— son cerca de tres veces más propensas (30.4%) a encontrarse en alguna situación de pobreza que los hogares con jefatura de personas menores de 60 años (10.8%). En el caso de

los hogares bipersonales, los niveles de pobreza son significativamente mayores para la PAM (34.8%) que para las jefaturas de hogar de personas de menos de 60 años (18.9%). Asimismo, en términos de hogares con más de dos miembros, las jefaturas de personas adultas mayores registran niveles de pobreza (47.0%) ligeramente más altos que las personas menores de 60 años (43.9%).

Gráfico 2.22: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor y de la población menor de 60 años según condición de pobreza

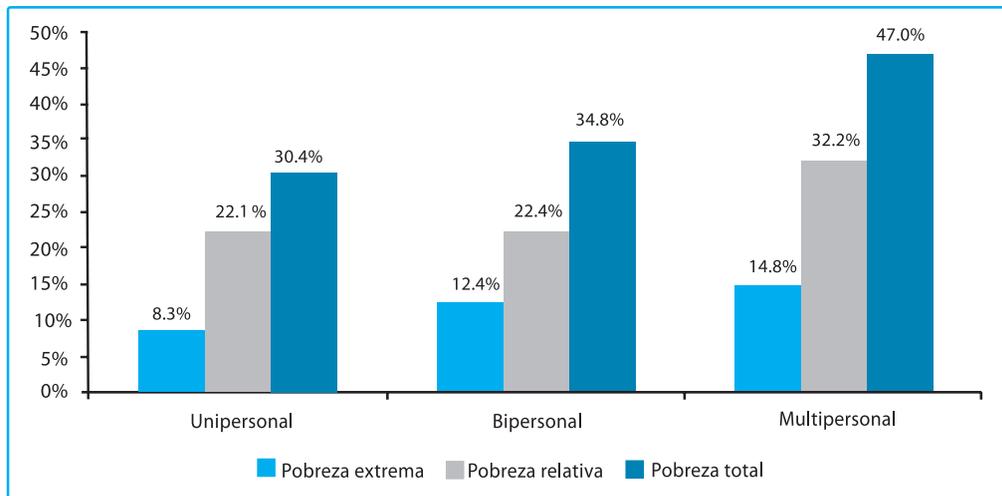


Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2008.

Profundizando en el análisis en términos del tamaño de los hogares para la PAM, se aprecia en el Gráfico 2.23 que los hogares multipersonales presentan cifras mayores de pobreza, con un total de 47.0% (32.2% relativa y 14.8% extrema); seguido por los bipersonales, con 34.8% (22.4% relativa y 12.4% extrema), y con niveles más bajos los unipersonales, con 30.4% (22.1% relativa y

8.3% extrema). Debido a la importancia que se ha identificado que tiene el tamaño de los hogares en función del número que lo integran (unipersonales, bipersonales y multipersonales), se recomienda que en futuros estudios sobre la PAM se profundice en las características y dinámicas que se generan en los distintos tipos de hogares.

Gráfico 2.23: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor según número de miembros del hogar por categoría de pobreza

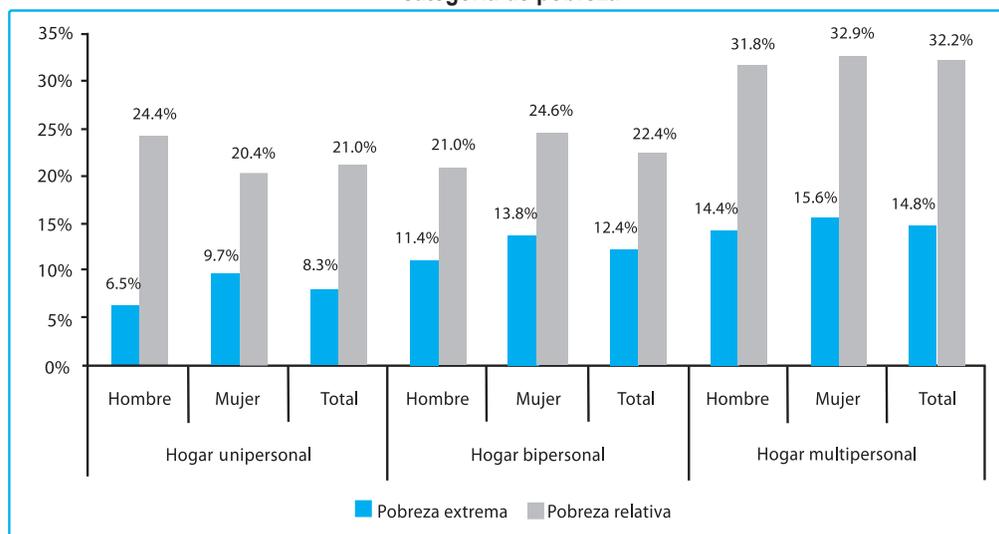


Nota: Hogares unipersonales son aquellos que se componen de un único miembro (y que, por consecuencia, este se denomina como jefe o jefa de hogar); los hogares bipersonales se componen de la jefatura y de otro miembro y, finalmente, los hogares multipersonales son aquellos que se componen de más de dos miembros, entre los cuales se encuentra la persona a quien se le adjudica la jefatura.

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2008.

El Gráfico 2.24 sugiere la existencia de condiciones menos favorables para las mujeres adultas mayores en jefatura de hogar, principalmente por encontrarse estas en mayor proporción que los hombres en condición de pobreza extrema. En los hogares unipersonales, los hombres registran un 6.5% en condiciones de pobreza extrema, mientras que las mujeres el 9.7%; en los hogares bipersonales, los hombres registran un 11.4% en condiciones de pobreza

extrema, mientras que las mujeres el 13.8%; y en los hogares multipersonales, los hombres registran un 14.4% en condiciones de pobreza extrema, mientras que las mujeres el 15.6%. En lo que se refiere a la pobreza relativa, esta es mayor para las mujeres en relación con los hombres para los hogares multipersonales y bipersonales, únicamente en los hogares unipersonales la pobreza relativa de los hombres (24.4%) es mayor que las mujeres (20.4%).

Gráfico 2.24: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor por sexo según tipo de hogar por categoría de pobreza

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2008.

Recapitulando los hallazgos presentados en este apartado, las jefaturas de hogar de personas de 60 años y más se encuentran en ligeramente mayor situación de pobreza que las jefaturas de hogar de personas menores de 60 años, con un 41.5% y un 38.9%, respectivamente, para cada segmento de población. Al desagregar los datos, se tiene que el 13.2% de las jefaturas de hogar de la PAM se encuentra en condición de pobreza extrema —cifra que es levemente superior al 12.0% correspondiente a jefaturas en manos de personas menores de 60 años—, y el 28.4% en pobreza relativa —cifra ligeramente superior al 27.0% correspondiente a jefaturas de personas menores de 60 años—. A partir de lo anterior —las jefaturas de hogar correspondientes a la PAM se encuentran en ligeramente mayor situación de pobreza—, un hallazgo complementario relevante es que el número

de miembros del hogar es un factor relevante a tomar en consideración. Precisamente en el apartado 2.2, en donde se analizan ciertas características de las jefaturas de hogar de la PAM, se ha señalado que predomina el tipo de hogar multipersonal (61.5%), seguido por el bipersonal (21.8%) y en tercer lugar el unipersonal (16.7%). Además, hay una predominancia del unipersonal para las jefaturas femeninas, en tanto una predominancia del hogar multipersonal para la masculina. Ahora bien, la condición de pobreza total es mayor para los hogares multipersonales, tanto para un segmento poblacional como para el otro. Nótese, sin embargo, que la brecha de pobreza total entre grupos poblacionales es mayor para la jefatura de la PAM en los hogares bipersonales y unipersonales (30.4% contra 18.9% y 30.4% contra 10.8%, respectivamente).

Conclusiones

El análisis de los datos de la sección 2.1 muestra que del total de personas adultas mayores (542,191 personas) reportadas en el último censo de población, 328,023 son jefatura de hogar, 100,257 son esposo(a)/compañero(a), 55,441 padre/madre, 17,571 suegro(a), 16,732 otro pariente, 10,554 hermano(a), y 13,613 en el resto de categorías. El 55.7% corresponde al sexo femenino y el 44.3% al sexo masculino, y la mayor parte vive en el área urbana (64.2%). De este total, el 60.5% se desempeña como jefatura de hogar, lo cual hace pensar que dichas personas, al haber concluido su vida laboral, aún continúan al frente de las responsabilidades del hogar, aunque, como se ha comentado anteriormente, en los registros censales no se encuentra definida con precisión la categoría de la jefatura de hogar. Mientras que 100,257 son cónyuges, y 111,886 adultos mayores tienen un rol de dependencia.

El análisis de los datos de la sección 2.2 permite identificar mayores condiciones de vulnerabilidad para las jefaturas de hogar de personas adultas mayores del segmento femenino. Por un lado, al analizar el estado conyugal, se encuentra que las mujeres adultas mayores en jefatura de hogar están en proporción más alta que los hombres, sin pareja (78.7% viudez, 68.4% solteras, 66.3% divorciadas y 64.1% separadas). Por el otro, al analizar la jefatura PAM según el tipo de hogar, resalta que las del segmento femenino en comparación con el masculino son más

altas en los hogares unipersonales y bipersonales, y más bajas en los multipersonales (en el caso de las jefaturas masculinas, el 13.4% son unipersonales, el 20.7% bipersonales y el 65.9% multipersonales; mientras que para las jefaturas femeninas, el 21.3% son unipersonales, el 23.3% bipersonales y el 55.4% multipersonales). Esto último está relacionado con el punto anterior sobre los estados conyugales: mayor número de personas masculinas con alguna compañía de pareja. A lo anterior debe agregarse que las jefaturas femeninas tienen una mayor responsabilidad de cuidado de nietos y bisnietos sin presencia de los padres comparado con las masculinas: mientras que el 8.8% de los hogares con jefatura de la PAM masculina tienen a su cargo nietos o bisnietos sin la presencia de los padres de estos últimos, en las jefaturas femeninas es prácticamente el doble (el 15.4%).

Con respecto a las relaciones de dependencia dentro de los hogares en donde la jefatura de hogar está en manos de una persona mayor, se tiene que en las 328,023 jefaturas de hogar de personas mayores, viven además 868,655 personas —de diversas edades— como dependientes. Entre las distintas relaciones de dependencia con la jefatura de hogar, la más frecuente es la de hijos(as), con 39.0%; le sigue nietos(as) o bisnietos(as), con 33.2%; y, en tercer lugar en importancia, esposo(a)/compañero(a), con 17.5%. Sin embargo, hay importantes

diferencias en el tipo de dependiente en relación con el tipo de jefatura. En el caso de las jefaturas masculinas, el mayor número de dependientes lo componen hijos(as) con 39.8%, seguido por los nietos(as)/bisnietos(as) con 26.2%, y esposas/compañeras con 25.3%; mientras que en el caso de las jefaturas femeninas, el mayor número de dependientes son nietos(as) o bisnietos(as) con 45.6%, seguido por hijos(as) con 37.7% y, en tercer lugar, el yerno o nuera con 4.4%, mientras que el esposo/compañero únicamente representa el 3.8%.

Refiriéndose siempre a la dependencia hacia las jefaturas de hogar de personas adultas mayores, se ha calculado un índice de dependencia de jefatura de hogar (IDJH) para hombres y para mujeres, que es de 289 para los primeros y 230 para las segundas. Esto quiere decir que por cada 100 jefaturas de hogar de hombres adultos mayores, 289 personas son dependientes, mientras que para las jefaturas de hogar de mujeres adultas mayores es menor, dado que su IDJH es de 230 personas dependientes por cada 100 jefaturas de hogar.

El análisis de los datos de la sección 2.3 permite identificar condiciones de vulnerabilidad para la PAM, en lo concerniente a las actividades económicas. Por un lado, aun cuando las personas adultas mayores han alcanzado la edad de retiro, todavía continúan activas en el mercado laboral, así al analizar la población económicamente activa (PEA), el 84.7% de

las jefaturas de hogar de la PAM se encuentra ocupada y el 15.3%, desocupada; mientras que la desocupación en la PEA para las jefaturas de hogar de personas menores de 60 años es menor (5.2%), lo cual tiene que ver con un mercado laboral con mayor preferencia por la mano de obra de personas jóvenes, discriminando a los adultos en general y al adulto mayor en particular. Por el otro, al enfocarnos en la población económicamente inactiva (PEI), se tiene que únicamente el 20.5% de la PAM no se encuentra trabajando ni buscando un empleo activamente debido a que goza de una pensión, lo cual reflejaría una baja cobertura de las personas mayores pensionadas. Es decir, una importante parte de las personas mayores no logran acceder a una pensión en sus respectivas edades de retiro.³³

Cuando se revisan los datos acerca de las personas adultas mayores y el mercado laboral, las diferencias en los niveles de ocupación femeninos y masculinos no son tan grandes (80.6% y 86.0%, respectivamente). Sin embargo, este dato estaría ocultando importantes diferencias en el tipo de inserción que hombres y mujeres realizan en el mercado laboral, ya que las

33 En relación con algunos de los aspectos analizados en este capítulo, en un estudio reciente se señala lo siguiente: "Los problemas identificados en relación con las personas mayores tienen que ver con su relativa incapacidad de generar ingresos a partir de una actividad remunerada, la baja cobertura y calidad de las pensiones, jubilaciones, o ambas, la precariedad de los arreglos familiares y la falta de un entorno adecuado (familiar o institucional) para satisfacer sus necesidades, tanto desde el punto de vista económico como social" (CEPAL, 2008, p 104).

mujeres tienen una mayor participación en el empleo precario informal y el subempleo (PNUD, 2008). Los datos para las jefaturas de hogar de la PAM económicamente inactiva muestran importantes brechas de género en lo referente al trabajo reproductivo. La proporción de trabajo femenino en tareas del hogar es prácticamente el doble que la masculina (78.4% y 38.8%, respectivamente). Por otro lado, en la categoría de jubilados, pensionados o rentistas, al usarla como proxy de cobertura de pensiones, se tiene que los hombres representan el 31.3% y las mujeres el 10.8%, lo cual estaría reflejando en alguna medida el menor acceso que las mujeres han tenido al mercado laboral formal y, por lo tanto, a la cotización de un fondo de ahorro de pensiones.

Las 328,023 jefaturas de hogar de la PAM dirigen hogares en los que además habitaban 868,655 personas dependientes, de las cuales únicamente el 29.4% realizaba trabajo productivo. Esto refleja de cierta forma la carga o responsabilidad económica de las jefaturas de hogar de la PAM, pues menos de los dependientes que viven en el hogar están realizando un trabajo productivo.

El análisis de los datos de la sección 2.4 nos muestra que el porcentaje de jefaturas de hogar de personas mayores que reside en una vivienda propia es relativamente más alto (79.1%) que las jefaturas de personas menores de 60 años (61.4%), lo cual tiene que ver con el ciclo de la vida del ser humano. Aquí se identifica otra brecha de

género: el 58.8% de los hombres y el 41.2% de las mujeres, respectivamente, poseen vivienda propia. Para ambos segmentos, el tipo de vivienda predominante es la casa independiente, 95.6% para la jefatura de hogar de la PAM y 94.1% para la jefatura de hogar menor de 60 años.

Ahora bien, en cuanto a los servicios básicos de la vivienda analizados (abastecimiento de agua, alumbrado y servicios sanitarios), en términos generales, no hay mayores diferencias para las jefaturas de hogares de la PAM y para las jefaturas de hogar para menores de 60 años. En ese sentido, cuando se toma en consideración el acceso de estos servicios por sexo, las mujeres son más propensas a poseer en sus viviendas abastecimiento de agua por cañería, alumbrado por electricidad y además utilizar inodoros privados para la eliminación de aguas negras.

El análisis de los datos de la sección 2.5 nos muestra que las jefaturas de hogar de la PAM son más propensas a encontrarse en condiciones de pobreza que las jefaturas de hogar de las personas menores de 60 años. Así, los datos para las jefaturas de hogar PAM y población menor de 60 años son, en cuanto a pobreza extrema, 13.2% y 12%, respectivamente; en pobreza relativa, 28.4% y 27%, y en pobreza total, 41.5% y 38.9%.

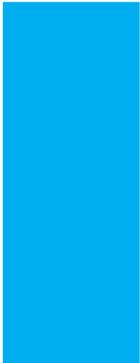
Al analizar la situación de pobreza para ambos segmentos de población según el tamaño del hogar, tenemos que las jefaturas de personas de 60 años y más son cerca de

tres veces más propensas (30.4%) a encontrarse en alguna situación de pobreza que las jefaturas de personas menores de 60 años (10.8%) en los hogares unipersonales; mientras que esta diferencia se reduce para los hogares bipersonales (34.8% y 18.9%, respectivamente) y se reduce aún más para los hogares multipersonales (47% y 43.9%, respectivamente).

Por otro lado, los datos muestran que las jefaturas femeninas de hogar de la PAM tienen niveles más altos de pobreza extrema en comparación con las jefaturas masculinas en los tres tipos de hogares; mientras que la pobreza relativa es mayor en las jefaturas femeninas de hogar de la PAM solamente para los hogares bipersonales y multipersonales.

Por último, es importante señalar la necesidad de realizar estudios acerca de las condiciones de vida de las personas mayores, lo cual requiere en algunos temas la necesidad de “generar o rediseñar sistemas

de información que capten, confiable y oportunamente, las especificidades de este grupo de población” (Del Popolo, 2001, p. 10). Se necesita de mejorar el conocimiento acerca de algunos aspectos del envejecimiento de la población, en lo que tiene que ver con su inserción al mercado laboral; las transformaciones ocurridas en el seno de la familia y en particular sobre las dinámicas que se desarrollan en los hogares multigeneracionales; en cuanto a la atención de la salud, avanzando en el conocimiento “de la llamada transición epidemiológica (que acompaña a la demográfica) y cuyos patrones de morbilidad pasan de un predominio de enfermedades infecciosas y agudas (asociado a una composición por edades joven, con una alta proporción de niños) a otros de enfermedades crónicas y degenerativas (estructura de la población envejecida)” (Del Popolo, 2001, p. 11), así como del uso del tiempo libre y de las opciones recreativas.



CAPÍTULO 3

ALGUNAS IMPLICACIONES DE LA EVOLUCIÓN DE LAS TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL

Introducción

La transformación demográfica que ha ocurrido en El Salvador, y en particular el proceso de envejecimiento de la población que se ha analizado en el capítulo 1, tiene un impacto tanto sobre la demanda de servicios de salud de la población, como sobre el sistema de pensiones. En este tercer capítulo, se exploran precisamente algunas de estas implicaciones para las políticas públicas; el mismo está estructurado en dos apartados. En el primero, se abordan las implicaciones de la evolución de las tendencias demográficas de la PAM sobre los servicios de salud, y en el segundo, sobre el sistema de pensiones.

3.1. Implicaciones sobre los servicios de salud

El proceso de envejecimiento de la población plantea desafíos a las instituciones oferentes de servicios de salud, porque estas tienen que adaptar dichos servicios a las necesidades específicas de los diferentes segmentos de población, con el objetivo de satisfacer los distintos requerimientos que esta demanda.

Esta sección se enfoca en cuatro de las principales implicaciones para el sector salud: (i) la inversión en salud, (ii) la infraestructura y la capacidad instalada de

los establecimientos públicos, (iii) el perfil epidemiológico, y (iv) el recurso humano en el área de salud.

3.1.1. La inversión en salud

Hay poca información disponible en relación con las cuentas nacionales en salud, que permita conocer en profundidad el gasto nacional en ese sector. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) publicó en el año 2003 el “Compendio de Cifras del Financiamiento y Gasto Nacional en Salud en El Salvador 1996-2001”; y en 2001 publicó el estudio “Cuentas Nacionales en Salud 1998: Estimación del gasto nacional en salud en El Salvador”.

De acuerdo con los datos del compendio (MSPAS, 2003), se ha calculado que el gasto en salud pública ha representado del gasto total en salud el 41% en 1996, el 39% para 1997, el 43% en 1998, el 43% para 1999, el 45% en 2000 y el 46% en 2001.³⁴ Si bien se proporciona información en relación con los montos totales de los principales rubros del gasto en el MSPAS y en el ISSS y los montos totales correspondientes a los distintos niveles de atención en el MSPAS y el ISSS; la información disponible no permite saber cuál es el gasto en salud en el sistema público que se realiza para los distintos grupos

34 “El gasto nacional en salud no es más que la sumatoria resultante de las erogaciones efectuadas en dicho concepto por las diversas instituciones del sector salud (públicas y privadas), durante un ejercicio fiscal determinado; así como por los hogares, en tanto demandantes de los servicios de salud que se proveen en el país” (MSPAS, 2003, p. 15).

etarios. En este sentido, se recomienda la realización de un estudio que permita determinar el gasto público en salud desde una perspectiva de los distintos grupos de edades —y su evolución en los últimos años—, con el propósito de entender mejor la situación del gasto en salud en relación con la población adulta mayor.

3.1.2. La infraestructura y la capacidad instalada de los establecimientos públicos

En el caso de El Salvador, de acuerdo con la información disponible del MSPAS, la infraestructura del sector de la salud pública está conformada por hospitales nacionales generales,³⁵ hospitales nacionales regionales,³⁶ hospitales nacionales especializados,³⁷ unidades de

35 “Es el establecimiento de segundo nivel para la atención de pacientes en las especialidades básicas de la medicina: cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría y sus especialidades complementarias y servicios de apoyo que se prestan en las áreas de emergencia, atención ambulatoria y hospitalización”. Documento accesible en http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/reglamentoReforma_3_reglamento_general_hospitales_mspas.pdf.

36 “Es el establecimiento de segundo nivel con áreas de resolución de tercer nivel para pacientes que ameriten atención médico-quirúrgica en los servicios de emergencia, atención ambulatoria y hospitalización; además, brindan las atenciones especializadas a los pacientes referidos por las regionales del SIBASI correspondientes a su área geográfica de responsabilidad”. Documento accesible en http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/reglamentoReforma_3_reglamento_general_hospitales_mspas.pdf.

37 “Es el establecimiento de tercer nivel de atención para la cobertura nacional en la provisión de servicios especializados de salud en las áreas de emergencia, atención ambulatoria y hospitalización”. Documento accesible en http://www.mspas.gob.sv/regulacionpdfreglamentoReforma_3_reglamento_general_hospitales_mspas.pdf.

salud,³⁸ centros de atención de emergencias,³⁹ casas de salud,⁴⁰ clínicas, centros rurales de salud y nutrición,⁴¹ y los centros integrales de atención materno-infantil y nutrición (CIAMIN).⁴² De acuerdo con la Ley del Sistema Básico de Salud Integral, en el Art. 6, se establece la división de la infraestructura de los establecimientos de salud del MSPAS, en tres niveles de atención:

El primer nivel de atención es “la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población dada, en consideración de que

estas necesidades se resuelven con tecnologías simples que deben estar accesibles en forma inmediata a la población”.⁴³

La misma ley, en el Art. 8, establece que “los establecimientos de salud que conforman el primer nivel de atención son: las Unidades de Salud, las Casas de la Salud, y los Centros Rurales de Salud y Nutrición”; y en el Art. 9 se establecen las acciones que deberán realizar los establecimientos de primer nivel de atención: “promover y conservar la salud, con la organización y cooperación de la población, prevenir las enfermedades y sus complicaciones, con los recursos y tecnologías apropiadas, tratar oportunamente las enfermedades de la población con equidad y calidad, proporcionar oportunamente a las personas con discapacidad en el nivel que les corresponde los servicios básicos de rehabilitación, haciendo uso de tecnologías apropiadas, referir a los pacientes al segundo nivel de atención con aquellos problemas de salud que no sean de su capacidad resolutoria, participar en el proceso de desarrollo de recursos humanos en salud y desarrollar procesos de investigación con criterios éticos, epidemiológicos y de interés nacional”.

38 “Art. 27.- Las Unidades de Salud son los establecimientos del Primer Nivel de Atención en salud que dependerán del Coordinador del SIBASI; y mediante un equipo multidisciplinario permanente, son responsables de las siguientes funciones: proveer servicios integrales de salud, continuos, de prevención de la enfermedad y de promoción, curación y rehabilitación de la salud a la población”. Documento accesible en http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/reglamento/Reglamento_Ley_del_SIBASI.pdf.

39 “Es administrado por personal del FOSALUD que labora las 24 horas del día, todos los días del año. Este centro tiene como objetivo atender los casos de emergencia registrados en la zona (...) y sus alrededores y con ello ayudar a descongestionar la atención de emergencias (...) [de los hospitales de la zona], ya que cuenta con un área de observación para pacientes”. Documento accesible en http://www.mspas.gob.sv/memoria_lab2008_2009/capitulo_IX.pdf.

40 “Art. 28.- Las Casas de la Salud son establecimientos de menor complejidad con relación a las Unidades de Salud, que proporcionan atenciones y consultas preventivas y curativas, con la diferencia que cuentan únicamente con personal de enfermería permanente; dependerán de la Dirección de la Unidad de Salud del área geográfica correspondiente”. Documento accesible en http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/reglamento/Reglamento_Ley_del_SIBASI.pdf.

41 “Art. 29.- El Centro Rural de Salud y Nutrición es el establecimiento de menor complejidad en el Primer Nivel de Atención, que tiene como función proporcionar servicios de educación en salud, alimentación y nutrición, así como la promoción de la salud de la mujer y de niños menores de 5 años; dependen jerárquicamente de la Dirección de la Unidad de Salud del área geográfica correspondiente”. Documento accesible en http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/reglamento/Reglamento_Ley_del_SIBASI.pdf.

42 “Programa de nutrición basado en la comunidad, dando énfasis a la educación y promoción de la nutrición. Este Centro provee acceso a una atención integral que incluye atención pediátrica, ginecológica, psicológica y fisioterapéutica”. Documento accesible en http://www.mspas.gob.sv/pdf/memoria_lab2007_2008/Capitulo_9.pdf.

43 Glosario en línea del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El segundo nivel de atención es “la organización de los servicios en que se agregan y agrupan más recursos con un mayor nivel de complejidad [en relación con el primer nivel de atención], que atiende los eventos menos frecuentes pero más complejos y que requieren habilidades y tecnologías de tipo medio”.⁴⁴ De acuerdo con el Art. 10 de la citada ley, el segundo nivel de atención está conformado por los siguientes establecimientos: los hospitales nacionales generales y los hospitales nacionales regionales. En el Art. 11 se listan las acciones que deben ejecutar dichos establecimientos: “proveer servicios permanentes, integrales y continuos de salud de tipo ambulatorio, emergencia e internamiento, en las especialidades de Ginecología y obstetricia, Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Rehabilitación; proveer servicios a los pacientes que refiere el primer nivel de acuerdo al área geográfica de influencia y la contrarreferencia al establecimiento de origen, referir a los pacientes al tercer nivel de atención con aquellos problemas de salud que no sean de su capacidad resolutive, participar en el proceso de desarrollo de recursos humanos en salud y desarrollar procesos de investigación con criterios éticos, epidemiológicos y de interés nacional”.

44 Ídem (entre corchetes, nota del autor).

El tercer nivel de atención es “la organización de los servicios en que se agrupan más recursos con un nivel de complejidad mayor [en relación con el primer nivel de atención] para atender eventos altamente complejos, de menor ocurrencia y para cuya atención se precisan habilidades especializadas y tecnología avanzada”.⁴⁵ De acuerdo con el Art. 12 de la ley, el tercer nivel de atención está conformado por los hospitales nacionales especializados, y en el Art. 13 se listan las siguientes acciones que estos deben desarrollar: “brindar servicios ambulatorios, de emergencia e internamiento especializados, para dar respuesta a la referencia especializada del segundo nivel, contrarreferir a los pacientes una vez recuperados al nivel resolutive que les corresponde, participar en el proceso de desarrollo de los recursos humanos en salud y desarrollar procesos de investigación con criterios éticos, epidemiológicos y de interés nacional”.

En el Cuadro 3.1, se presenta el número de establecimientos de salud del MSPAS a nivel nacional en el año 2008 y su distribución por zonas geográficas. En él se puede apreciar que el MSPAS cuenta con 619 establecimientos a nivel nacional, de los cuales 589 corresponden al primer nivel

45 Ídem (entre corchetes, nota del autor).

de atención, 30 al segundo nivel y 3 al tercer nivel de atención.

Los de primer nivel de atención se desglosan de la siguiente manera: 377 son unidades de salud, 160 casas de salud, 46 centros rurales de salud y nutrición, 2 clínicas, 3 centros de atención de emergencias y únicamente un CIAMIN. Los de segundo nivel se desglosan en: 25 hospitales nacionales generales y 2 hospitales nacionales regionales; y los de tercer nivel de atención lo componen 3 hospitales especializados ubicados en San Salvador.

Los 619 establecimientos de salud del MSPAS se encuentran distribuidos en las 5 zonas geográficas en que han dividido al país. De ellos, 103 se encuentran ubicados en la zona occidental, de los cuales 98 son de primer nivel de atención, 5 de segundo

nivel, y no cuenta con establecimientos de tercer nivel de atención. La zona central cuenta con 96 establecimientos en total, de los cuales 93 son de primer nivel de atención, 3 de segundo nivel, y no cuenta con establecimientos de tercer nivel. La zona metropolitana concentra 63 establecimientos de salud de primer nivel de atención, 4 de segundo nivel y 3 de tercer nivel. En lo que respecta a la zona paracentral, esta posee 133 establecimientos de primer nivel de atención, 6 establecimientos de segundo nivel de atención, y no cuenta con establecimientos de tercer nivel. La zona oriental concentra 211 establecimientos, de los cuales 202 son de primer nivel de atención y 9 de segundo nivel, pero no cuenta con establecimientos de tercer nivel.

Cuadro 3.1: Red nacional de establecimientos de salud, año 2008

Región salud	Total establecimientos	Unidades de salud	Centros de atención de emergencias	Casas de salud	CIAMIN	Clínicas	Centros rurales de salud y nutrición	Hospitales nacionales generales	Hospitales nacionales regionales	Hospitales nacionales especializados
Región salud occidental	103	73	0	18	1	0	6	4	1	0
Región salud central	96	66	1	17	0	0	9	3	0	0
Región salud metropolitana	70	35	2	22	0	1	3	4	0	3
Región salud paracentral	139	71	0	42	0	1	19	6	0	0
Región salud oriental	211	132	0	61	0	0	9	8	1	0
Total según nivel de atención	619	589						27		3
Total país	619	377	3	160	1	2	46	25	2	3

Notas:

- Las columnas en color azul representan los establecimientos de primer nivel de atención.
- Las columnas en color gris representan los establecimientos de segundo nivel de atención.
- Las columnas en color celeste contienen los establecimientos de tercer nivel de atención.

Fuente: Elaboración propia con base en los datos en línea sobre las regiones de salud.

El MSPAS crea en 2004 el **Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)**, con el objetivo de ampliar su cobertura. FOSALUD es una “entidad de derecho público, de carácter técnico, de utilidad pública, de duración indefinida y con personalidad y patrimonio propio, con plena autonomía en el ejercicio de sus funciones, tanto en lo financiero como en lo administrativo y presupuestario, el cual estará adscrito al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social”.

Hasta mediados de 2009, en los establecimientos de salud del MSPAS, se cobraba una “cuota voluntaria”, la cual era en concepto de prestación de servicios de salud y medicamentos. La cuota voluntaria se cobraba con el objetivo de cubrir el déficit presupuestario del MSPAS. Sin embargo, a partir del 30 de septiembre de 2009 entra en vigencia el Decreto Ejecutivo No. 53,⁴⁶ el cual establece la eliminación del cobro de las cuotas voluntarias o cualquier otra forma de pago en el sistema público de salud.

A continuación, nos vamos a enfocar en la capacidad instalada que tiene el MSPAS en

todo el territorio nacional. Se entiende por capacidad instalada al mobiliario y equipo clínico con que cuentan los diferentes establecimientos del MSPAS, para satisfacer la demanda de servicios de salud de la población. La capacidad instalada de los establecimientos del MSPAS está conformada por camas hospitalarias, consultorios médicos, consultorios odontológicos, quirófanos, unidades de cuidados intensivos (UCI), salas de rayos X, salas de parto, laboratorios clínicos, laboratorios de citología, clínicas de colposcopia y salas de ultrasonidos.

El Cuadro 3.2 presenta el consolidado de la capacidad instalada de los 619 establecimientos de salud del MSPAS en el año 2008, distinguiendo por regiones geográficas. En los 619 establecimientos a nivel nacional, existen 4,692 camas hospitalarias, 1,761 consultorios médicos, 330 consultorios odontológicos, 122 quirófanos, 14 UCI, 114 salas de partos, 48 salas de rayos X, 174 laboratorios clínicos, 8 laboratorios de citología, 22 clínicas de colposcopia y 37 salas de ultrasonido.

Al analizar el cuadro por zonas geográficas, se puede apreciar que es la zona metropolitana la que concentra el mayor número de elementos de capacidad instalada a nivel nacional. La zona oriental es la segunda en cuanto al mayor número de elementos de la capacidad instalada. En los anexos 3.1 y 3.2, se presentan estos cuadros referidos a la capacidad instalada de los establecimientos de salud, desglosada por nivel de atención, y por zonas geográficas, para el año 2008.

46 Art. 1: “Los establecimientos de salud comprendidos en la red pública de servicios no podrán exigir, en ningún caso, cuotas bajo ninguna modalidad en pago parcial o total por los servicios que se proveen a la población, en razón de los costos en que se incurra en atención a proveer tales servicios a aquélla por parte de los establecimientos públicos de salud”.

Art. 2 “A los mismos efectos, ninguna persona podrá ser sometida a estudios socioeconómicos que pretendan como objetivo el determinar su capacidad de pago por los servicios que le puedan ser proveídos por la red pública de servicios de salud; prohibiéndose al efecto el funcionamiento de tesorerías o colectorías que persigan como finalidad el cobro a los usuarios del sistema”. Diario Oficial No. 384, Decreto Ejecutivo No. 53. San Salvador, 30 de septiembre de 2009.

Cuadro 3.2: Consolidado de la capacidad instalada funcionando en la red nacional de establecimientos de salud, 2008

Región Salud	Dotación de Cámaras Hospitalares	Consultorios Médicos	Consultorios Odontológicos	Quirófanos	Unidad de Cuidados Intensivos	Salas de Parto	Salas de Recesos X	Laboratorios Clínicos	Laboratorios de Citología	Clínicas de Colposcopia	Salas de Ultrasonidos
Región Occidental	1,036	332	65	22	3	20	9	31	1	4	6
Región Central	368	240	52	9	1	16	6	25	1	3	5
Región Paracentral	486	300	74	15	0	24	6	29	1	4	5
Región Oriental	869	423	92	29	3	40	10	50	1	4	10
Región Metropolitana	1,933	466	47	47	7	14	17	39	4	7	11
Total País	4,692	1,761	330	122	14	114	48	174	8	22	37

Fuente: Elaboración propia con base en los datos en línea del MSPAS.

La información disponible sobre la capacidad instalada del MSPAS no permite diferenciar aquella utilizada específicamente para la atención de la PAM. En este sentido, se recomienda la realización de un estudio que permita establecer la infraestructura disponible en la actualidad para atender a la PAM, considerando la cobertura geográfica, para que tomando en consideración las proyecciones de crecimiento de la PAM para las próximas décadas, se puedan identificar las necesidades futuras a nivel de la infraestructura y equipamiento.

3.1.3. Perfil epidemiológico de la población

En este apartado se analiza la evolución del perfil epidemiológico de la población adulta mayor y para toda la población en el año 2008, enfocándose en las principales causas de morbilidad y mortalidad. Para ello, se utiliza como fuente de información las estadísticas de morbimortalidad del MSPAS.

a. Principales causas de morbilidad de la población total y la población adulta mayor

En el Cuadro 3.3, se presentan las diez principales causas de enfermedad de la población total atendidas por el MSPAS durante el año 2008, desglosadas por sexo. De las 5,798,084 consultas totales, 3,830,313 fueron consultas femeninas y 1,967,771 consultas masculinas. La principal causa de enfermedad de la población total fueron las infecciones agudas en las vías respiratorias superiores, lo que representa el 23.9% de las consultas totales, el 21.7% de las consultas femeninas y el 28.0% de las masculinas. En un segundo lugar, aparecen las enfermedades del sistema urinario (4.8%), en tercero las enfermedades del sistema digestivo (4.5%), en cuarto las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (4.2%) y en quinto los traumatismos de diferentes sitios anatómicos (3.7%) y las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (3.7%).

En el Cuadro 3.4, se presentan las diez principales causas de morbilidad de la PAM atendidas por el MSPAS durante el año 2008, desglosadas por sexo. De las 579,271 consultas de PAM totales, 388,525 fueron consultas femeninas y 190,746 consultas masculinas. La principal causa de enfermedad del segmento PAM son las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (14.4%), seguidas por las enfermedades del sistema circulatorio (11.4%), las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (10.6%), las enfermedades del sistema digestivo (7.2%) y las del sistema urinario (5.7%).

Al comparar las principales causas de morbilidad de población total y de la PAM, se observa que las consultas femeninas son mayores que las masculinas en ambos grupos.

La principal causa de morbilidad es la misma para ambos segmentos de población (las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores), aunque con pesos diferentes (23.9% y 14.4%). Sin embargo, hay diferencias en el comportamiento de la morbilidad entre ambos grupos. Para la población total, la segunda enfermedad es del sistema urinario, la tercera del sistema digestivo, la cuarta de la piel y del tejido subcutáneo y la quinta los traumatismos de diferentes sitios anatómicos y las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo; en tanto que para la PAM, la segunda enfermedad es del sistema circulatorio, la tercera del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, la cuarta del sistema digestivo y la quinta del sistema urinario.

Cuadro 3.3: Principales diez causas de morbilidad para la población total según el MSPAS, 2008

No.	Grupos de causas	Consultas masculinas	%	Consultas femeninas	%	Total consultas	%
1	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (J00-J06) y (J30.0-J39.9)	551,823	28.0	831,109	21.7	1,382,932	23.9
2	Enfermedades del sistema urinario (N30-N39.9)	59,767	3.0	219,831	5.7	279,598	4.8
3	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K92.9)	80,215	4.1	178,006	4.7	258,221	4.5
4	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L98.9)	100,392	5.1	144,057	3.8	244,449	4.2
5	Traumatismos de diferentes sitios anatómicos (S00-T14)	131,273	6.8	87,718	2.3	218,991	3.7
6	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	64,729	3.3	149,290	3.9	214,019	3.7
7	Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos y genitales femeninos (N70-N98)	0	0.0	199,836	5.2	199,836	3.5
8	Infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (J20.0-J22),(J40-j47) y (J85-J86)	67,369	3.4	85,740	2.2	153,109	2.6
9	Diarrea (A09)	65,294	3.3	85,850	2.2	151,144	2.6
10	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	35,624	1.8	103,270	2.7	138,894	2.4
	Sub total	1,156,486	58.8	2,084,707	54.4	3,241,193	55.9
	<i>Demás causas</i>	<i>811,285</i>	<i>41.2</i>	<i>1,745,606</i>	<i>45.6</i>	<i>2,556,891</i>	<i>44.1</i>
	Totales	1,967,771	100	3,830,313	100	5,798,084	100

Nota: Las columnas de color gris representan las consultas masculinas.

Las columnas de color celeste representan las consultas femeninas.

Las columnas de color azul representan las consultas totales.

Fuente: Sistema de morbimortalidad en línea MSPAS, 2008.

Cuadro 3.4: Principales diez causas de morbilidad para la población adulta mayor según el MSPAS, 2008

No.	Grupos de causas	Consultas masculinas	%	Consultas femeninas	%	Total consultas	%
1	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (J00-J06)y (J30.0-J39.9)	26,331	13.8	57,235	14.7	83,566	14.4
2	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	19,313	10.1	46,833	12.1	66,146	11.4
3	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	21,743	11.4	39,621	10.2	61,364	10.6
4	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K92.9)	14,273	7.5	27,609	7.1	41,882	7.2
5	Enfermedades del sistema urinario (N30-N39.9)	9,458	4.9	23,387	6.0	32,845	5.7
6	Traumatismos de diferentes sitios anatómicos (S00-T14)	12,710	6.7	16,466	4.3	29,176	5.1
7	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L98.9)	8,392	4.4	13,315	3.4	21,707	3.8
8	Infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (J20.0-J22),(J40-j47) y (J85-J86)	6,323	3.3	14,140	3.6	20,463	3.5
9	Diabetes mellitus (E10.0-E14.9)	4,947	2.6	15,424	4.0	20,371	3.5
10	Trastornos extrapiramidales y del movimiento (G20-G98)	4,178	2.2	10,986	2.8	15,164	2.6
	Sub total	127,668	66.9	265,016	68.2	392,684	67.8
	<i>Demás causas</i>	63,078	33.1	123,509	31.8	186,587	32.2
	Totales	190,746	100	388,525	100	579,271	100

Nota: Las columnas de color gris representan las consultas masculinas.

Las columnas de color celeste representan las consultas femeninas.

Las columnas de color azul representan las consultas totales.

Fuente: Sistema de morbilidad en línea MSPAS, 2008.

Las implicaciones que tienen estos hallazgos es que se observan diferencias entre ambos grupos poblacionales, debido a que los problemas de salud de la PAM tienen características propias. A partir de la información presentada en los cuadros 3.3 y 3.4, se pueden destacar cuatro hallazgos: (i) la primera causa (infecciones agudas de las vías respiratorias) se mantiene en ambos grupos, pero con peso diferente (23.9% y 14.4%); (ii) las enfermedades del sistema circulatorio pasan del décimo lugar (2.4%) en la población general al segundo lugar (11.4%) para la PAM; (iii) aparecen dos nuevas causas de morbilidad, las cuales son propias de los grupos de mayor edad y que acompañan los padecimientos crónico degenerativos, estas son la diabetes (3.5%)

y los trastornos extrapiramidales y del movimiento (2.6%); y (iv) los traumatismos ocupan el quinto lugar (3.7%) en la población general y el sexto lugar (5.1%) en la PAM.

b. Principales causas de muerte de la población total y la población adulta mayor

Después de estudiar las principales causas de morbilidad de la población total y las de la PAM, en este apartado se analizan las principales causas de muertes hospitalarias de la población total y las de la PAM. Las muertes hospitalarias son aquellas muertes que se producen al interior de los centros hospitalarios.

En el Cuadro 3.5, se presentan las diez principales causas de muerte de la población total registradas en los diferentes establecimientos a nivel nacional durante el año 2008, desglosadas por sexo. De las 8,853 muertes hospitalarias en los diferentes establecimientos del MSPAS, 5,012 muertes fueron masculinas y 3,841 fueron femeninas. Las principales causas de muerte hospitalaria fueron las traumatizaciones, heridas y fracturas que afectan diferentes regiones del cuerpo (12.0%). En un segundo lugar, aparecen los tumores malignos en diferentes sitios anatómicos (7.4%) y la neumonía y bronconeumonía (7.4%), seguida por las enfermedades del sistema circulatorio (7.2%) y por la insuficiencia renal (7.1%). Desde luego que siendo estos datos para la población total, hay diferencias importantes en lo que se refiere a la población masculina y a la población femenina; así, por ejemplo, los tumores malignos en diferentes sitios anatómicos representan la primera causa de muerte para las mujeres (9.3%), mientras que las traumatizaciones, heridas y fracturas que afectan diferentes regiones del cuerpo representan la primera causa para los hombres (16.6%).

En el Cuadro 3.6, se presentan las diez principales causas de muerte de la PAM registradas en los diferentes establecimientos a nivel nacional durante el año 2008, desglosadas por sexo. De las 3,399 muertes hospitalarias en los diferentes establecimientos del MSPAS, 1,651 fueron muertes masculinas y 1,749 fueron femeninas. Las principales causas de muerte hospitalaria fueron las enfermedades del sistema circulatorio (11.2%). En un segundo lugar, aparecen las enfermedades cerebrovasculares (9.9%), seguida por las enfermedades isquémicas del corazón (9.7%), neumonía y bronconeumonía (9.1%) y los tumores malignos en diferentes sitios anatómicos (8.8%). En este grupo también se observan diferencias importantes en lo que se refiere a la población masculina y a la población femenina; así, por ejemplo, las enfermedades del sistema circulatorio representan la primera causa de muerte para las mujeres (12.3%), mientras que los traumatismos, heridas y fracturas que afectan diferentes regiones del cuerpo representan la primera causa para los hombres (10.7%).

Cuadro 3.5: Diez principales causas de muertes hospitalarias, población total por sexo, 2008

No.	Grupos de causas	Muertes hombres	%	Muertes mujeres	%	Muertes totales	%
1	Traumat. heridas y fracturas que afectan diferentes regiones del cuerpo (S00-S99.9), (T00-T14.9), (T79-T79.9) y (T90-T98.3)	832	16.6	230	6.0	1,062	12.0
2	Tumores malignos en diferentes sitios anatómicos (C00.0-D48.9)	298	5.9	358	9.3	656	7.4
3	Neumonía y bronconeú (J10-J18.9)	363	7.2	290	7.6	653	7.4
4	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I15.9), (I26-I52.8) y (I70.0-I99)	294	5.9	348	9.1	642	7.3
5	Insuficiencia renal (N17.0-N19.9)	431	8.6	198	5.2	629	7.1
6	Enfermedades cerebro vasculares (I60.0-I69.9)	254	5.1	269	7.0	523	5.9
7	Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25.9)	222	4.4	273	7.1	495	5.6
8	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K67.8) y (K80.0-K93.8)	236	4.7	243	6.3	479	5.4
9	Afecc. originadas en el período perinatal (P00-P96.9)	220	4.4	192	5.0	412	4.7
10	Diabetes mellitus (E10.0-E14.9)	145	2.9	251	6.5	396	4.5
Sub total		3,295	65.7	2,652	69.0	5,947	67.2
<i>Demás causas</i>		<i>1,717</i>	<i>34.3</i>	<i>1,189</i>	<i>31.0</i>	<i>2,906</i>	<i>32.8</i>
Total hombres y mujeres		5,012	100	3,841	100	8,853	100

Fuente: Sistema de morbilidad en línea MSPAS, 2008.

Cuadro 3.6: Diez principales causas de muertes hospitalarias, población adulta mayor por sexo, 2008

No.	Grupos de causas	Muertes hombres	%	Muertes mujeres	%	Muertes totales	%
1	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I15.9), (I26-I52.8) y (I70.0-I99)	207	10.1	266	12.3	473	11.2
2	Enfermedades cerebrovasculares (I60.0-69.9)	198	9.6	220	10.2	418	9.9
3	Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25.9)	179	8.7	228	10.6	407	9.7
4	Neumonía y bronconeumonía (J10.0-J18.9)	195	9.5	188	8.7	383	9.1
5	Tumores malignos en diferentes sitios anatómicos (C00.0- D48.9)/3	176	8.6	196	9.1	372	8.8
6	Traumatismos. heridas y fracturas que afectan diferentes regiones del cuerpo (S00-S99.9), (T00-T14.9), (T79-T79.9) y (T90-T98.3)	219	10.7	119	5.5	338	8.0
7	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K67.8) y (K80.0-K93.8)	127	6.2	174	8.1	301	7.1
8	Insuficiencia renal (N17.0-N19.9)	195	9.5	101	4.7	296	7.0
9	Diabetes mellitus (E10.0-E14.9)	83	4.0	174	8.1	257	6.1
10	Septicemia (A40-A41.9)	72	3.5	82	3.8	154	3.7
Sub total		1,651	80.4	1,748	81.0	3,399	80.7
<i>Demás causas</i>		<i>402</i>	<i>19.6</i>	<i>409</i>	<i>19.0</i>	<i>811</i>	<i>19.3</i>
Total hombres y mujeres		2,053	100	2,157	100	4,210	100

Fuente: Sistema de morbilidad en línea MSPAS, 2008.

Las implicaciones que tienen estos hallazgos son que se observan diferencias entre ambos grupos poblacionales, debido a que los problemas de salud de la PAM tienen características propias. A partir de la información presentada en los cuadros 3.5 y 3.6, quisiéramos destacar cuatro hallazgos: (i) las tres principales causas de muerte de la PAM son las enfermedades del sistema circulatorio (11.2%), seguida de las enfermedades cerebrovasculares (9.9%) y las enfermedades isquémicas del corazón (9.7%); mientras que para la población total son los traumatismos, heridas y fracturas que afectan diferentes regiones del cuerpo (12%), seguida de tumores malignos en diferentes sitios anatómicos (7.4%) y las neumonías y bronconeumonías (7.4%); (ii) los traumatismos, heridas y fracturas ocupan el primer lugar en la población general (12%) y el sexto lugar en la PAM (8%); (iii) hay tres causas de muerte en la población total (traumatismos, insuficiencia renal y neumonía/bronconeumonía) que son predominantemente de hombres, y seis (tumores malignos, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades del sistema digestivo y diabetes) que son predominantemente de mujeres; y (iv) en los traumas de la PAM el sexo masculino predomina sobre el femenino (1.8/1).

3.1.4. Recursos humanos en el área de salud

El recurso humano es un factor indispensable para el desempeño del Sistema Nacional de

Salud. En este apartado, se abordan dos aspectos: (a) la formación de recursos humanos en el área de salud, y (b) el recurso humano en el sector salud.

a. Formación del recurso humano en el área de salud

De acuerdo con la Ley de Educación Superior,⁴⁷ las instituciones formadoras de recursos humanos se clasifican de la siguiente manera: (1) Universidades, distinguiéndose entre públicas y privadas; (2) Institutos Tecnológicos, distinguiéndose entre públicos y privados; y (3) Institutos Especializados, distinguiéndose entre públicos y privados.

Las universidades y los institutos especializados tienen la facultad de otorgar grados académicos de técnico, profesor, tecnólogo, licenciado, ingeniero, arquitecto, maestro, doctor y especialista; mientras que los institutos tecnológicos únicamente se encuentran facultados para otorgar grados académicos de tecnólogo y técnico.

En el país, existen 17 instituciones formadoras de recursos; de estos la mayoría son universidades y el resto lo conforman institutos tecnológicos e institutos especializados. En el Cuadro 3.7, se presentan los 17 centros de formación de profesionales en el área de salud: 14 universidades, 2 institutos tecnológicos y 1 instituto especializado, que ofrecen carreras

47 Ley de Educación Superior, Decreto Legislativo No. 672, Diario Oficial No. 148, Tomo 380, publicado el 12 de agosto de 2008.

en el área de salud en el país. De las 14 universidades, únicamente una es estatal y las otras 13 son privadas, un instituto tecnológico es público y el otro es privado, y además el instituto especializado es privado.

Cuadro 3.7: Instituciones que ofrecen carreras en el área de salud

1.	Universidad de El Salvador
2.	Universidad Autónoma de Santa Ana
3.	Universidad Capitán “General Gerardo Barrios”
4.	Universidad Católica de El Salvador
5.	Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas”
6.	Universidad Don Bosco
7.	Universidad Dr. Andrés Bello
8.	Universidad Dr. José Matías Delgado
9.	Universidad Evangélica de El Salvador
10.	Universidad Francisco Gavidia
11.	Universidad Modular Abierta
12.	Universidad Nueva San Salvador
13.	Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer
14.	Universidad Tecnológica de El Salvador
15.	Instituto Tecnológico “Escuela Técnica para la Salud”
16.	Inst. Especializado de Educación Superior de Profesionales de la Salud de El Salvador
17.	Instituto Tecnológico “Escuela Especializada en Ingeniería ITCA-FEPADE”

Fuente: Elaboración propia con base en datos proporcionados por la Gerencia de Evaluación e Información Estadística del departamento de Evaluación del MINED.

En el siguiente cuadro se presenta el número de carreras en el área de salud que ofrecen las instituciones públicas y privadas. Se aprecia que la universidad pública brinda 5 especialidades, 2 doctorados, 3 maestrías y 11 licenciaturas; pero no ofrecen ingenierías, tecnólogos y técnicos. Las universidades privadas brindan: 4 especialidades, 2 doctorados, 5 maestrías, 9 licenciaturas, 2 ingenierías, 3 tecnólogos y 7 técnicos. Las universidades privadas ofertan todos los grados académicos en el área de salud que se ofrecen el país. Los

institutos especializados públicos únicamente ofrecen 3 técnicos en el área de salud, y los institutos tecnológicos privados ofrecen 1 tecnólogo y 2 técnicos. Las instituciones públicas brindan 24 de las 43 carreras en área de salud que se ofrecen el país, de las cuales 21 son brindadas en la Universidad de El Salvador y 3 en los institutos especializados públicos; mientras que en las instituciones privadas se ofrecen 35 carreras, de ellas 32 se ofrecen las universidades privadas y 3 en los institutos tecnológicos privados.

Cuadro 3.8: Número de carreras en el área de salud que ofrecen las instituciones públicas y privadas, según tipo de grado

Total	Instituciones públicas		Instituciones privadas	
	Universidades	Institutos especializados	Universidades	Institutos tecnológicos
Especialidad	5	0	4	0
Doctorado	2	0	2	0
Maestría	3	0	5	0
Ingeniería	0	0	2	0
Licenciatura	11	0	9	0
Tecnólogo	0	0	3	1
Técnicos	0	3	7	2
Total	21	3	32	3

Fuente: Elaboración propia con base en datos proporcionados por la Gerencia de Evaluación e Información Estadística del departamento de Evaluación del MINED.

En diciembre de 2006, se publicó en el Diario Oficial la “Norma para el Desarrollo de los Programas de Especialidades Médicas y Odontológicas en los Hospitales Nacionales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social”, la cual norma las especialidades médicas y odontológicas que ofrecen los diferentes hospitales del MSPAS. En el Art. 4 se plantea: “[L]os Programas de cada Especialidad, deberán estar acreditados por ‘Las Instituciones Formadoras’ y registrados en el Ministerio de Educación, debiendo establecer entre éstas y los centros hospitalarios, convenios y cartas de entendimiento para la realización de los programas de Especialidades Médicas y Odontológicas, a fin de lograr el buen funcionamiento y operatividad de los mismos. Dichas cartas de entendimiento deberán contar con visto bueno del Titular del Ramo de Salud”.⁴⁸ En la misma norma, se establecen las instituciones que podrán

ofrecer las especialidades académicas, dentro de sus instalaciones.⁴⁹ En la búsqueda de información realizada, no fue posible establecer cuáles son las instituciones formadoras de recursos humanos con especialización en geriatría.

b. Recurso humano en el área de salud

Para los efectos de esta investigación, se solicitó la información sobre la cantidad de especialistas que trabajan en el MSPAS, y no fue posible obtenerla. Tampoco se pudo obtener la información sobre el número de horas contratadas. Únicamente fue posible

⁴⁸ Diario Oficial No. 384. “Norma para el Desarrollo de los Programas de Especialidades Médicas y Odontológicas en los Hospitales Nacionales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social”, Acuerdo No. 699. San Salvador, 18 de diciembre de 2006.

⁴⁹ En el Anexo 3.3, se presenta la población estudiantil en el área de salud para los años 2006, 2007 y 2008.

obtener la información sobre el número de plazas del personal que labora en el MSPAS. En el Cuadro 3.9, se presenta el personal en el área de salud que trabajaba en los diferentes establecimientos del MSPAS para el año 2008. En total, el MSPAS cuenta con

21,561 plazas, para atender la demanda de salud de la población. El mayor número de plazas con que contaba eran de médicos, estas eran 3,514; seguidas por auxiliar de enfermería (3,259), paramédicos (2,271) y enfermeras (2,043).

Cuadro 3.9: Recurso humano en el área de salud, que labora en el MSPAS

Plazas en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	2008
Plazas médicos	3,514
Plazas odontólogos	392
Plazas enfermeras	2,043
Plazas anestesistas	309
Plazas fisioterapistas	89
Plazas paramédicos	2,271
Plazas personal de laboratorio	716
Plazas inspectores de saneamiento	542
Plazas auxiliares de enfermería	3,259
Plazas de promotores de salud MSPAS	1,856
Plazas personal de farmacias	322
Estudiantes de medicina en servicio social	366
Estudiantes de odontología en servicio social	207
Practicantes internos	402
Número de parteras registradas	2,535
Número de parteras capacitadas	2,738

Fuente: Elaboración propia con base en datos en línea de indicadores institucionales del MSPAS, 2008.

La otra fuente que se exploró para obtener datos sobre el recurso humano existente en el sector salud y su nivel de especialización fue el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP). En el Anexo 3.4, se presenta el número de profesionales en el área de salud inscritos en el CSSP. De los profesionales inscritos en la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica, el CSSP no cuenta con el desglose de las especialidades de los

médicos, porque únicamente se requiere el número de inscripción de médico en general para trabajar.

3.1.5. Conclusiones

En el capítulo 1, se ha analizado la transición demográfica que ha ocurrido en El Salvador. A lo largo del período de 1950 a 2050, se habría producido una importante transformación en las estructuras de edades,

tanto en el peso relativo y en el número absoluto en los distintos grupos etarios. Se ha identificado una caída en el peso relativo de la población menor de 15 años y un aumento en el peso relativo de la PAM. Estos cambios en la estructura de edades plantean diferentes tipos de necesidades y demandas, que van a requerir de respuestas en términos de las políticas públicas en el sector salud.

Los datos analizados muestran que en El Salvador se ha estado produciendo un proceso de envejecimiento de la población, el cual se va a profundizar en las siguientes décadas. Se ha tenido un rápido crecimiento en el segmento de población de las personas de 60 años y más, al punto de casi duplicar su peso relativo en el transcurso de 57 años, pasando de un 5.0% en 1950 a un 9.4% en el 2007, y se ha estimado que para el año 2025 representará el 12.6% y para el 2050 el 19.3% de la población total. Este proceso de envejecimiento tendría dos características: un importante crecimiento en el número (relativo y absoluto) de las personas adultas mayores, y un aumento en la esperanza de vida, es decir, que las personas hoy en día viven más años que antes. Asimismo, este crecimiento del segmento de la PAM tendría un “rostro femenino”, ya que en el 2007 el 55.7% de las personas adultas mayores eran mujeres, y además en virtud de la mayor longevidad femenina. Se ha estimado que para el 2050 las mujeres adultas mayores representarán el 22.6% de la población total, y los hombres adultos mayores el 15.6%.

Tal y como se ha argumentado a lo largo de este apartado, el cambio demográfico y en particular el proceso de envejecimiento de la población plantea importantes desafíos para la prestación de los servicios de salud en nuestro país. El tipo y calidad de los servicios de salud para atender a la PAM en los próximos años va a depender de la capacidad que se tenga en el presente de planificar y prepararse para responder a estos cambios demográficos.

En paralelo a la transición demográfica, se ha producido una transición epidemiológica, en el sentido de que con el envejecimiento de la población se estarían produciendo cambios en el perfil epidemiológico de la población y, en consecuencia, en las necesidades de atención sanitaria.⁵⁰ El análisis de los datos de la sección 3.1 muestra un patrón diferente en la morbilidad y en la mortalidad de la PAM si se le relaciona con la población en general, ya que fundamentalmente la morbimortalidad de este grupo de edad tiene características propias y, por lo tanto, debe ser tratado en forma diferente al momento de analizar y planificar las prestación de servicios de salud

50 “El envejecimiento poblacional ejercerá presión sobre los recursos sanitarios disponibles, en un contexto en que los países todavía deben resolver muchos problemas de salud básicos que afectan a otros sectores de la población. Pero si bien esta presión sobre el sistema tiene un componente demográfico, se ve más fuertemente afectada por factores no demográficos, tales como los cambios en el comportamiento de las personas en relación con la salud, la ineficiencia de la prestación de los servicios sanitarios, la introducción de nuevas tecnologías médicas y el aumento de los precios de los medicamentos y de los seguros de salud” (CELADE, CEPAL y UNFPA, 2007, pp. 8-9).

en forma adecuada y oportuna;⁵¹ pero además se ha mostrado que hay diferencias por sexo, tanto para la población total para como la adulta mayor. Ya se ha señalado que las causas más frecuentes de consulta y morbilidad de la PAM son las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, las enfermedades del sistema circulatorio, del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, las del sistema digestivo y las del sistema urinario; mientras que las principales causas de muerte de la PAM son las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades isquémicas del corazón, neumonía y bronconeumonía y los tumores malignos en diferentes sitios anatómicos.

En este apartado se ha planteado la necesidad de desarrollar dos tipos de estudios: uno que permita aproximarse a la evolución del gasto público en salud desde una perspectiva de los distintos grupos de edad, para entender mejor la situación que se refiere a la PAM; y otro que permita establecer la infraestructura disponible en el sector salud para atender a la PAM,

considerando la cobertura geográfica de la oferta de los servicios de salud. Este aspecto del costo de la salud es relevante, porque este proceso de envejecimiento poblacional entraña un fuerte impacto financiero para el sistema de salud, ya que algunos estudios identifican “que los costos de la atención de la salud incrementan en forma importante con la edad” (IMSS y CISS, 2004: 239).⁵²

Queremos ahora sugerir un tercer estudio que permita profundizar el conocimiento sobre el perfil epidemiológico de la PAM en el sistema público (tanto en el MSPAS como en el ISSS). Estos tres estudios podrían proporcionar una información valiosa para entender las especificidades de la cobertura de los servicios de salud a la PAM en la actualidad, de manera que tomando en consideración los resultados de estos estudios y las proyecciones de crecimiento de la PAM para las próximas décadas, se puedan formular a nivel gubernamental las políticas públicas que permitan un abordaje integral y más eficiente en los servicios de salud que este grupo de edad demanda y demandará en los próximos años. El MSPAS tendrá que revisar y actualizar los planes de desarrollo institucional para tomar en consideración las proyecciones del envejecimiento de la población y la demanda sobre los servicios de salud.

51 Si bien hay diferencias en la morbilidad para la PAM en comparación con la población total, no debe perderse de vista el carácter sistémico que debe tener el sistema de salud. Así, por ejemplo, una de las diez primeras causas de morbilidad y mortalidad en la PAM es la diabetes —con mayor predominancia femenina—, pero como se ha advertido en otro estudio: “El aumento de la incidencia de esta enfermedad conjuga una serie de factores que se desarrollan a lo largo de la vida de un individuo (salud en la infancia, hábitos alimentarios y de actividad física, etc.) y tiene consecuencias importantes para la autonomía funcional en la vejez. De ahí la importancia de abordar las políticas de salud con una mirada que considere el ciclo de vida completo” (CELADE, CEPAL y UNFPA, 2007, p. 8).

52 En el caso de Chile se señala que “en promedio un adulto mayor ‘cuesta’ 2,4 veces más que las personas más jóvenes”. Ministerio de Hacienda de Chile (1999, p. 6).

Además, en este apartado se ha analizado el tema de los recursos humanos en el sector salud para la atención de la PAM. En nuestra opinión, el principal desafío en este campo es la formación y especialización de los recursos humanos necesarios para prestar servicios de calidad, y que al mismo tiempo cumplan con los estándares internacionales. Esto es particularmente relevante, dado que, según la información consultada, el MSPAS no cuenta con personal especializado en área de PAM. De hecho, de acuerdo con la Gerencia del Adulto Mayor, el MSPAS no cuenta con médicos geriatras.⁵³ Y de acuerdo con la información proporcionada por la Asociación de Geriatria de El Salvador, hasta el año 2009, esta asociación cuenta únicamente con ocho profesionales geriatras inscritos.⁵⁴ Además, si se toman en consideración las acciones establecidas en el Reglamento de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor, se requiere “el desarrollo de programas de capacitación y especialización de recursos humanos en todos los niveles de atención integral en salud dirigidos a personal profesional técnico operativo, administrativo y cuidadores que trabajen con adultos mayores”. En este sentido, el desafío es doble: (a) tanto el MSPAS como el ISSS deberán promover la especialización del personal que trabaja en estas instituciones para la atención de los

adultos mayores; y (b) las instituciones formadoras deberán de ofertar programas actualizados y de calidad para la especialización en la atención del adulto mayor. Esta oferta debería responder a un plan nacional sobre las necesidades de formación de recursos humanos en el sector salud para los próximos años. El reto para el sistema de salud es prever una cobertura adecuada, suficiente y eficiente de los servicios de salud a la población en general y en específico a la población adulta mayor.

3.2. Implicaciones sobre el sistema de pensiones

En este apartado se abordan tres aspectos: (a) una breve introducción sobre la reforma del sistema de pensiones del año 1996 y los cambios que introdujo; (b) un análisis sobre los principales elementos que caracterizan el funcionamiento del sistema de pensiones desde la entrada en vigencia del nuevo sistema; y (c) algunas implicaciones que el funcionamiento del sistema de pensiones tiene sobre las transformaciones demográficas en marcha.

3.2.1. Breve introducción sobre la reforma del sistema de pensiones del año 1996

En diciembre de 1996, se produjo una profunda reforma al sistema de pensiones en El Salvador,⁵⁵ cuando la Asamblea

53 Entrevista realizada el día 30 de noviembre de 2009.

54 Información proporcionada por el Dr. José Antonio Velásquez Portillo, presidente de la Asociación de Geriatria de El Salvador.

55 Para una visión sobre el sistema previsional antes de la reforma, véase Mesa-Lago, Córdova y López, 1994; y Mesa-Lago y Córdova, 1998.

Legislativa aprobó la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones⁵⁶ (conocida como Ley SAP), la cual entra en vigencia a partir de enero de 1997. De esa forma, se pasaba en el país de un sistema de pensiones de reparto, a uno de capitalización individual.⁵⁷ El manejo de dicho sistema se dejó a cargo de instituciones privadas, conocidas como Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).⁵⁸ Además, con la entrada en vigencia del SAP, se crea la Superintendencia de Pensiones.⁵⁹

De acuerdo con la reforma, se establecen ahora dos sistemas de pensiones: el Sistema Público de Pensiones (SPP) —el cual se cierra al no permitir a futuro nuevas afiliaciones— y el Sistema de Ahorro para Pensiones (SAP). Y además, como parte de la transición, la Ley SAP dictó regímenes de traspaso del SPP al SAP, para aquellas personas que ya se encontraban afiliadas a los institutos previsionales públicos de forma tal que, como lo identifica Martínez (2008), estas personas, de acuerdo con su edad, se agruparon para su traspaso en tres grandes segmentos:

- a) **Población obligada a permanecer en el SPP:** las personas que al 15 de abril de 1998 tenían 50 años en el caso de las mujeres y 55 en el caso de los hombres debían permanecer afiliados al sistema anterior, ya sea con el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) o con el Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP).
- b) **Población que podía optar:** aquellas personas que al 15 de abril de 1998 tenían al menos 36 años de edad cumplidos, pero eran menores de 50 años para las mujeres y 55 en el caso de los hombres, respectivamente. Estas personas tenían la libertad de elegir entre permanecer afiliados al ISSS o INPEP o simplemente trasladarse al sistema SAP.
- c) **Población obligada al SAP:** personas que a la fecha de entrada en operaciones del SAP eran menores de 36 años de edad, quienes se vieron obligadas a trasladarse al nuevo sistema.

3.2.2. Una aproximación al funcionamiento del nuevo sistema de pensiones

En este apartado se abordan tres aspectos: (a) la evolución de las tasas de cotización, (b) la cobertura del sistema, y (c) las pensiones.

56 Decreto Legislativo No. 927, Diario Oficial 243, Tomo 375.

57 En este tipo de sistema, cada afiliado posee una cuenta individual en la que realiza sus cotizaciones previsionales.

58 Actualmente, continúan en operaciones dos de las cinco AFP que iniciaron.

59 Para una evaluación de la reforma de pensiones en el caso de El Salvador, véase Mesa-Lago y Durán, 2008.

a. Evolución de las tasas de cotización

La reforma del sistema de pensiones trajo consigo una importante modificación en el esquema de las cotizaciones, que ha implicado un incremento en las tasas de cotización. El SPP para el ISSS pasa del 3.5% en el período 1990-1996 al 8% en 1997, para posteriormente llegar al 13% en 2002 y, finalmente, al 14% a partir del año 2003 (7% por parte del empleador y 7% por parte del afiliado).

En lo referente a los regímenes manejados por el INPEP —administrativo y docente—, ambos, al igual que el ISSS, llegan al 2008 con una contribución total del 14%, en que ambas partes —afiliados y empleadores— efectúan el mismo porcentaje de aportaciones (7% cada uno).

En el SAP, comienzan en 1998 con una tasa de cotización de 9.5% (5.0% por parte del empleador y 4.5% por parte del afiliado) hasta evolucionar al 13.0% a partir del 2002 (6.75% por parte del empleador y 6.25% por parte del afiliado).

b. Cobertura del sistema de pensiones

En esta sección, se analiza la población que compone los registros del sistema de pensiones en el país, enfocándose en la población afiliada, luego se continúa en la

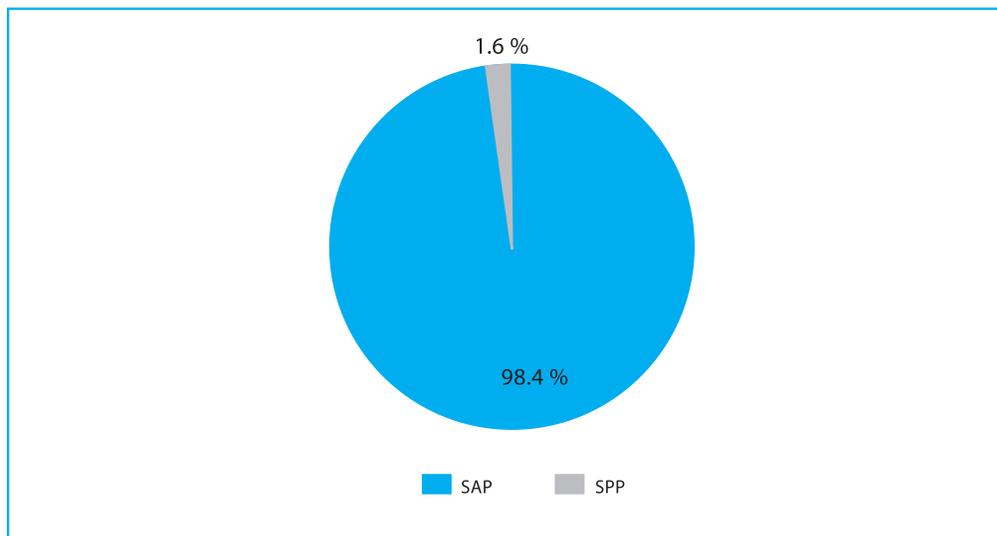
siguiente sección con la población cotizante, para concluir en una tercera sección con la cobertura del sistema de pensiones en relación con la población económicamente activa.

La población afiliada

La afiliación al sistema de pensiones está abierta a todas las personas empleadas, ya sean estas trabajadores dependientes o independientes. Dicha afiliación es de carácter vitalicia, y subsistirá ya sea que la persona trabajadora se encuentre o no en actividad laboral o efectúe un cambio de empleo. El Gráfico 4.1 refleja el porcentaje de afiliaciones que corresponde al SAP, así como al SPP. En la actualidad, el 98.4% de la población afiliada a los sistemas de pensiones se encuentra en el sistema privado, mientras que únicamente el 1.6% continúa siendo manejado por el sistema público. Este seguirá operando únicamente hasta el punto en que se agote el número de afiliados y pensionados.

Esta desigual distribución del número de personas afiliadas entre el SAP y el SPP responde a la reforma del sistema de pensiones, que se planteó cerrar el esquema público —al no permitir nuevas afiliaciones— y desarrollar el sistema privado.

Gráfico 3.1: Distribución de afiliados al SAP y al SPP (al 30 de junio de 2009)



Fuente: Elaboración propia con base en las series estadísticas proporcionadas por la Superintendencia de Pensiones.

La composición poblacional de los afiliados por sexo —a junio de 2009— de cada uno de los sistemas se muestra en el Gráfico 3.2, destacando que en ambos sistemas la mayoría de afiliados son hombres. De la población afiliada al SPP, el 58.7% es masculina y el 41.3%, femenina; mientras que de la población afiliada al SAP, el 54.9% es masculina y el 45.1%, femenina.

Esto es así producto de que, en términos generales, las mujeres se encuentran más expuestas a insertarse a empleos en el sector informal del mercado laboral,^{60/61} sector en

el que los trabajadores y trabajadoras no están sujetos a las prestaciones y obligaciones en términos de seguridad social; y además es mayor el subempleo.⁶² En el Informe del PNUD sobre Desarrollo Humano El Salvador 2007-2008, se señala: “El análisis de la situación de las mujeres con respecto al mercado laboral y el trabajo doméstico en El Salvador revela la existencia y persistencia de desigualdades de género. Estas se aprecian en las diferentes formas de inserción laboral femenina como son la informalidad, el trabajo doméstico

60 Al respecto, véase PNUD, 2008 y Alvarenga, 2002.

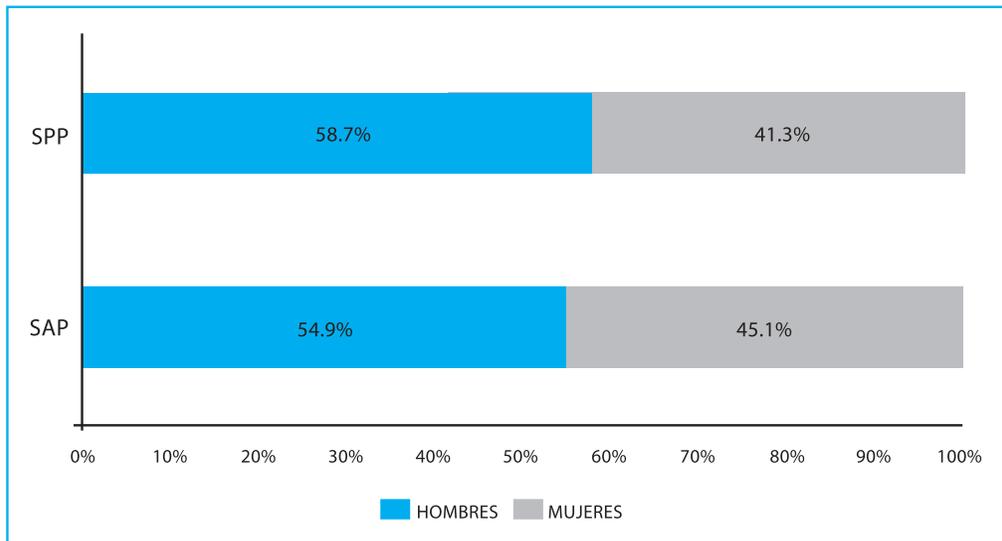
61 “La informalidad se refiere a trabajos de baja productividad en segmentos marginales de la economía y a unidades económicas de subsistencia, con escasa o nula capacidad de acumulación” (PNUD, 2009, p. 31).

62 “El fenómeno del subempleo, al contrario del desempleo, está más acentuado en la población femenina que en la masculina. En efecto, la tasa de subempleo femenina es 30% más alta de las que registra la población masculina” (PNUD, 2008, p. 230).

remunerado y la segregación del mercado como una característica estructural, así como en las diferencias de ingresos. (...) Las mujeres representan una alta proporción del empleo precario informal y el subempleo. Están sobre representadas en los trabajos de

peor calidad, como trabajos por cuenta propia y el empleo doméstico. La falta de protección social las perjudica, especialmente debido a los derechos a la licencia maternal y al período de lactancia” (PNUD, 2008, pp. 245-246).

Gráfico 3.2: Distribución de afiliados al SAP y al SPP por sexo (al 30 de junio de 2009)

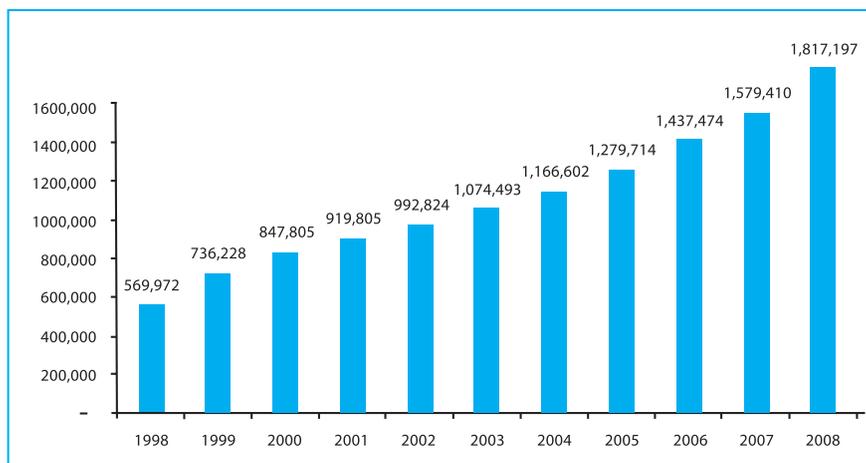


Fuente: Elaboración propia con base en las series estadísticas proporcionadas por la Superintendencia de Pensiones.

En el Gráfico 3.3, se presenta la evolución del número de afiliados al SAP para el período 1998-2008. Durante el primer año de operaciones del SAP, las AFP lograron afiliarse a un total de 569,972 trabajadores y

trabajadoras, cifra que ha ido creciendo progresivamente, de modo que a finales de 2008 se registraba un total de 1,817,197 afiliados.

Gráfico 3.3: Número de afiliados al SAP, 1998-2008

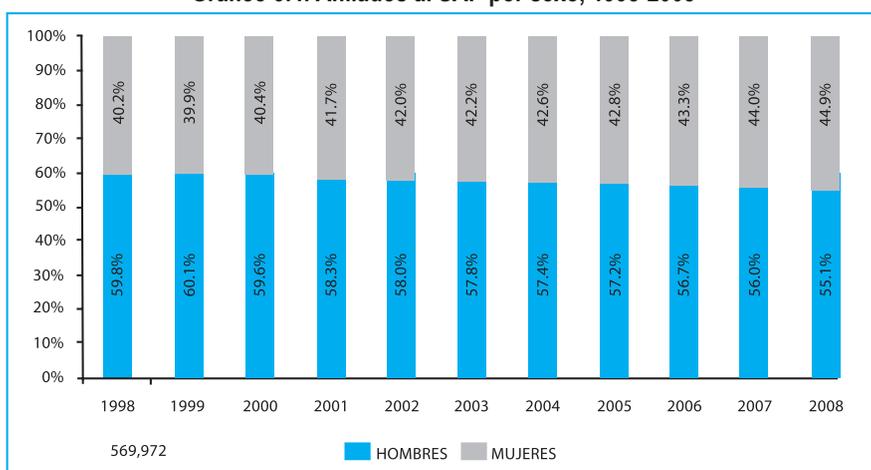


Fuente: Elaboración propia con base en las series estadísticas proporcionadas por la Superintendencia de Pensiones.

El segmento de población afiliado al SAP y su correspondiente distribución por sexo se presenta en el Gráfico 3.4, en donde se puede apreciar, como ya se mencionó, que la mayoría de afiliados al sistema está representada por la población masculina. En 1998, el 59.8% de los afiliados estaba compuesto por hombres y el otro 40.2% estaba compuesto por mujeres, y en 1999,

la relación pasó a constituirse por un 60.1% masculino y un 39.9% femenino. Sin embargo, a partir del año 2000, la razón de número de hombres y de mujeres afiliadas comenzó a reducirse, de forma que para el año 2008 esta razón llegó a sus valores más bajos en todo el período estudiado (1998-2008), con un 44.9% de afiliados del sexo femenino y un 55.1% del masculino.

Gráfico 3.4: Afiliados al SAP por sexo, 1998-2008



Fuente: Elaboración propia con base en las series estadísticas proporcionadas por la Superintendencia de Pensiones.

En relación con el número de afiliados al SPP, en 1998 se tenía un total de 205,479, para reducirse de manera sostenida a lo largo del tiempo, hasta llegar en 2008 a 32,339.

En el Cuadro 3.10, se presenta la estructura etaria del número de afiliados al SAP y al SPP por sexo, registrada hasta mediados del año 2009, apreciándose un total de

1,885,984 afiliados al SAP y 31,601 al SPP, que suman un total de 1,917,585. Adicionalmente, con respecto a los grupos etarios, es posible observar la ausencia de afiliados en el SPP con edades inferiores a los 45 años. Esto no es ninguna sorpresa debido a los regímenes de traspaso manejados a partir de 1998 con la entrada en operaciones del SAP.

Cuadro 3.10: Afiliados al SAP y al SPP por sexo según grupos etarios (al 30 de junio de 2009)

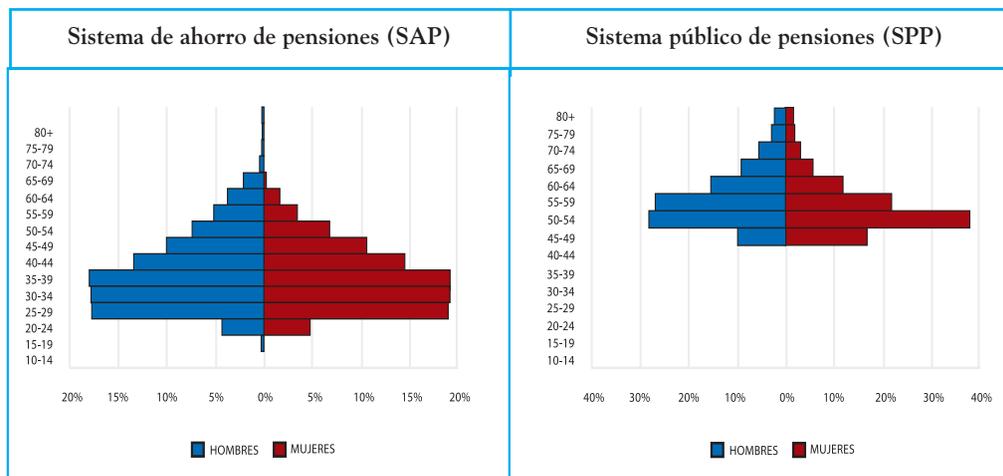
Grupos etarios	Sistema de Ahorro de Pensiones (SAP)			Sistema Público de Pensiones (SPP)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Total	1,035,303	850,681	1,885,984	18,538	13,063	31,601
10 - 14	87	20	107	0	0	0
15 - 19	43,476	41,765	85,241	0	0	0
20 - 24	183,441	161,673	345,114	0	0	0
25 - 29	184,200	163,005	347,205	0	0	0
30 - 34	185,897	163,154	349,051	0	0	0
35 - 39	139,431	123,627	263,058	0	0	0
40 - 44	103,447	90,431	193,878	0	0	0
45 - 49	76,005	58,367	134,372	1,861	2,180	4,041
50 - 54	54,431	30,797	85,228	5,202	4,952	10,154
55 - 59	38,831	15,033	53,864	4,959	2,834	7,793
60 - 64	21,554	2,665	24,219	2,860	1,529	4,389
65 - 69	3,992	92	4,084	1,703	723	2,426
70 - 74	361	35	396	1002	386	1388
75 - 79	109	12	121	520	242	762
80 +	41	5	46	431	217	648

Fuente: Elaboración propia con base en las series estadísticas proporcionadas por la Superintendencia de Pensiones.

En el Gráfico 3.5, se presentan las pirámides etarias de los afiliados para el SAP y el SPP, pudiéndose observar que, para el primero, los mayores porcentajes de población afiliada masculina y femenina se ubican en el grupo de 30 a 34 años —17.8% masculino y 19.2% femenino—, y en el de 35 a 39 años

—17.9% masculino y 19.8% femenino—. Con respecto al SPP, el grupo de los 50 a 54 años es en el que se sitúa la mayor densidad poblacional de afiliados, especialmente para el caso femenino, con 28.1% masculino y 37.9% femenino.

Gráfico 3.5: Pirámide poblacional de afiliados al SAP y al SPP (al 30 de junio de 2009)



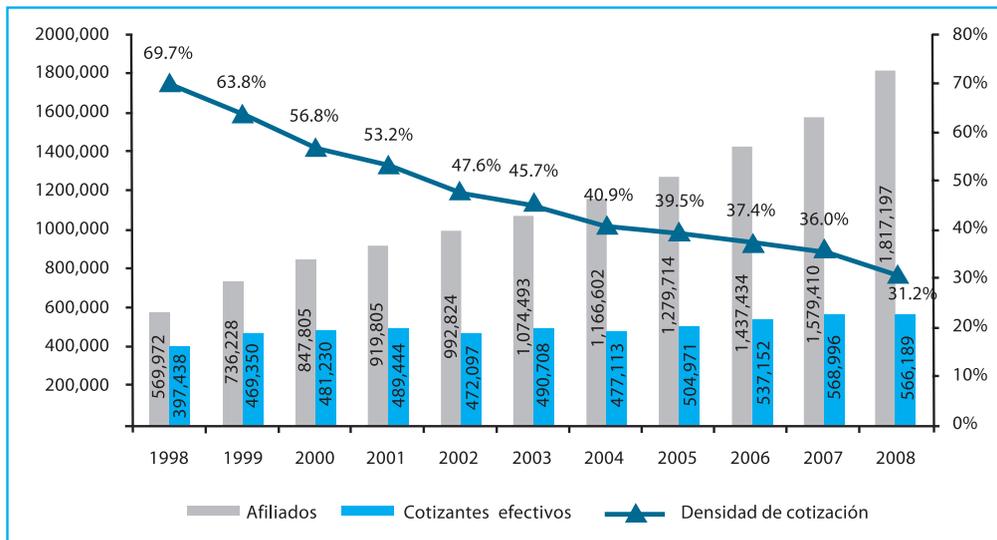
Fuente: Elaboración propia con base en las series estadísticas proporcionadas por la Superintendencia de Pensiones.

La población cotizante

Esta población es aquella que se encuentra afiliada al sistema de pensiones, y que además realiza los pagos de cotizaciones y comisiones a las AFP en un determinado mes. Con ello en mente, en el Gráfico 3.6, se presenta la evolución del número de cotizantes efectivos y de la densidad de cotización, la cual relaciona el número de cotizantes efectivos con el número de afiliados, e indica la proporción de quienes hicieron sus pagos en un determinado momento del tiempo.

Se puede observar que, desde 1998, la densidad de cotización del SAP ha mostrado una caída constante, empezando con un 69.7% en 1998, hasta alcanzar en 2008 una densidad de cotización del 31.2%, la más baja registrada en el período 1998-2008. Lo

anterior se puede resumir en que, para el año 2008, de cada 100 afiliados al SAP, solo 31 pagaba sus cotizaciones. Este es un aspecto importante a destacar, pues los datos presentados en el Gráfico 3.6 muestran que no obstante se ha venido incrementando el número de afiliados al SAP, el número de los cotizantes efectivos se ha estancado en un promedio de 495,881 para el periodo analizado. Y lo que cuenta para efectos de acumular ahorros en la cuenta individual para una pensión futura son los meses cotizados. El porqué del estancamiento en estos niveles de cotizantes efectivos es un tema que debería ser analizado en futuros estudios, para aportar elementos a la comprensión de esta problemática, así como recomendaciones de medidas que se pudieran implementar.

Gráfico 3.6: Afiliados y cotizantes del SAP y densidad de cotización, 1998-2008

Fuente: Elaboración propia con base en las series estadísticas proporcionadas por la Superintendencia de Pensiones.

Cobertura con respecto a la población económicamente activa

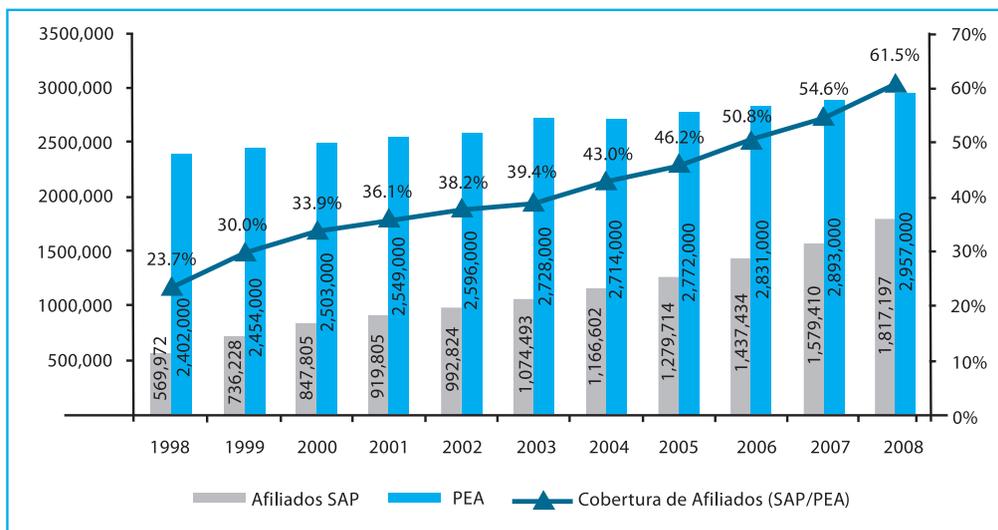
La población económicamente activa (PEA) se define como el segmento poblacional constituido por las personas que, estando en edad de trabajar, efectivamente forman parte de la fuerza de trabajo remunerada al mantenerse en una ocupación o buscarla activamente.⁶³ En este contexto, es importante analizar la amplitud de la cobertura del sistema de pensiones,

comparando el número de afiliados y el número de cotizantes con la PEA.

En el Gráfico 3.7, se presenta la cobertura de los afiliados al SAP con respecto a la PEA, la cual se ha ido incrementando en el transcurso del período 1998-2008, de modo que al inicio abarcaban cerca de una cuarta parte de la PEA (23.7% en 1998). Para el año 2008, esta cobertura alcanza un 61.5% de la PEA, la cual a ese momento contabiliza alrededor de 2.9 millones de habitantes.

63 Este concepto excluye a los pensionados y jubilados, a las amas de casa, a los estudiantes a tiempo completo y a los rentistas, así como también a los menores de 10 años.

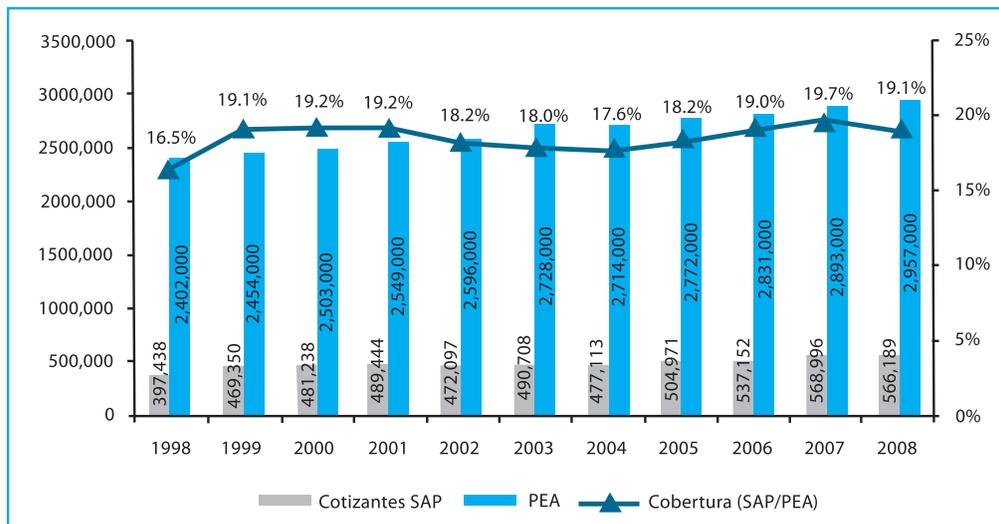
Gráfico 3.7: Afiliados SAP, PEA, y cobertura de afiliados con respecto a la PEA, 1998-2008



Fuente: Elaboración propia con base en las series estadísticas proporcionadas por la Superintendencia de Pensiones y estadísticas de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Sin embargo, como se ha señalado anteriormente, lo realmente relevante es el comportamiento de los cotizantes. En el Gráfico 3.8, se presenta la relación que existe entre el número de cotizantes efectivos del SAP y la PEA, en la cual se observa que esta cobertura es relativamente baja, rondando en el período 1998-2008 un promedio de 18.5%. Desde esta perspectiva, estos datos permiten, de manera indicativa, dimensionar el estancamiento que ha habido en el mercado formal de trabajo que existe en la economía salvadoreña. En todo caso,

debería ser motivo de interés para las autoridades gubernamentales que del total de la PEA en el país para el período 1998-2008, en promedio, únicamente el 18.5% sea cotizante efectivo al sistema de pensiones, pues los restantes o no cotizan por no trabajar en el sector formal o solamente trabajan por temporadas (entrando y saliendo del mercado laboral) y, por lo tanto, enfrentando la posibilidad de no lograr ahorrar lo suficiente para el momento del retiro.

Gráfico 3.8: Cotizantes SAP, PEA, y cobertura de los cotizantes con respecto a la PEA, 1998-2008

Fuente: Elaboración propia con base en las series estadísticas proporcionadas por la Superintendencia de Pensiones y estadísticas de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

c. Las pensiones

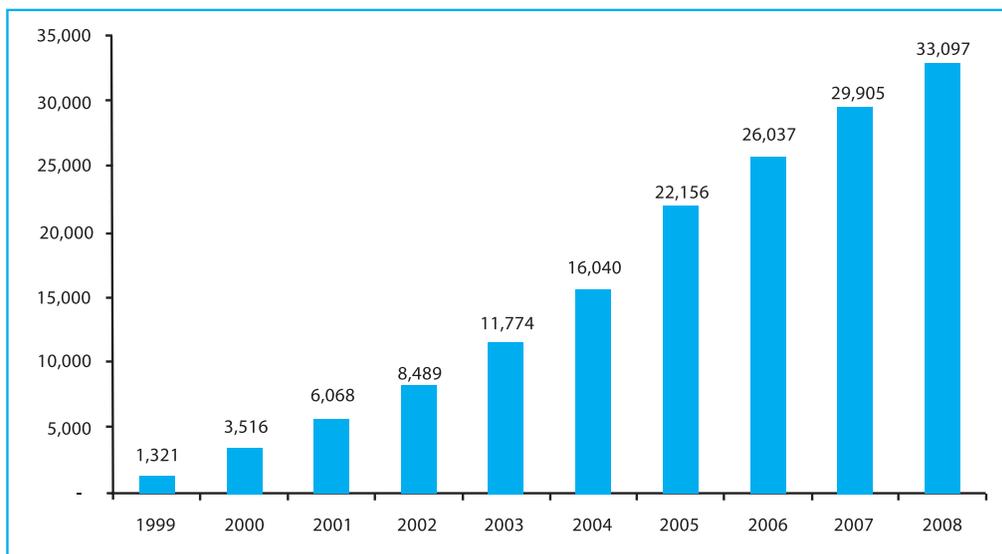
En la primera sección se presenta la evolución del número de pensionados, mientras que la segunda está dedicada a los montos de las pensiones que los asegurados reciben acorde al sistema con que realizan su jubilación,⁶⁴ la institución con que estos realizaron sus cotizaciones y el sexo del asegurado. La tercera sección está dedicada a la rentabilidad de los fondos de pensiones.

Número de pensionados

Con respecto al número de pensiones en el SAP, por primera vez se registran personas beneficiadas a partir del año 1999, tal y como se puede observar en el Gráfico 3.9. El número de pensionados para ese año fue de 1,321. Este monto ha continuado incrementándose en valores absolutos, de manera que para el año 2008 el número de pensionados llegó a 33,097.

⁶⁴ Según se detalla en el Art. 104 de la Ley del SAP, los trabajadores podrán acceder a una pensión por vejez cuando hayan cumplido 60 años de edad los hombres, o 55 años de edad las mujeres, siempre que registren como mínimo veinticinco años de cotizaciones, continuas o discontinuas.

Gráfico 3.9: Número de pensionados por el SAP, 1999-2008

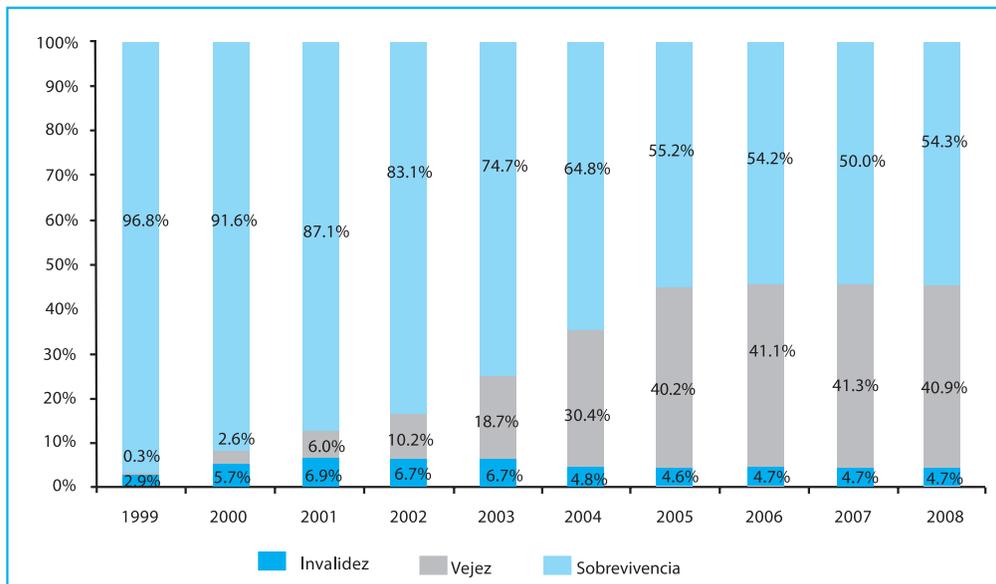


Fuente: Elaboración propia con base en las series estadísticas proporcionadas por la Superintendencia de Pensiones.

En el Gráfico 3.10, se presenta la distribución de las pensiones para el sistema SAP a través de los tres tipos de contingencia por los servicios de invalidez, vejez y sobrevivencia. En 1999, la gran mayoría de las pensiones en el SAP eran constituidas por sobrevivencia (96.8%), solo el 2.9% lo conformaban las pensiones por invalidez y únicamente el 0.3% fueron por vejez. Esta situación inicial responde a ese

momento de reciente transformación en el sistema de pensiones. Sin embargo, en el año 2002 la distribución ya mostraba ligeros cambios, con un 83.1% de pensiones por sobrevivencia, un 10.2% por vejez, y el restante 6.7% por invalidez. Ya para el año 2008, esta distribución había cambiado: 54.3% de pensiones por sobrevivencia, 40.9% por vejez y únicamente 4.7% por invalidez.

Gráfico 3.10: Distribución del total de pensiones del SAP, 1999-2008

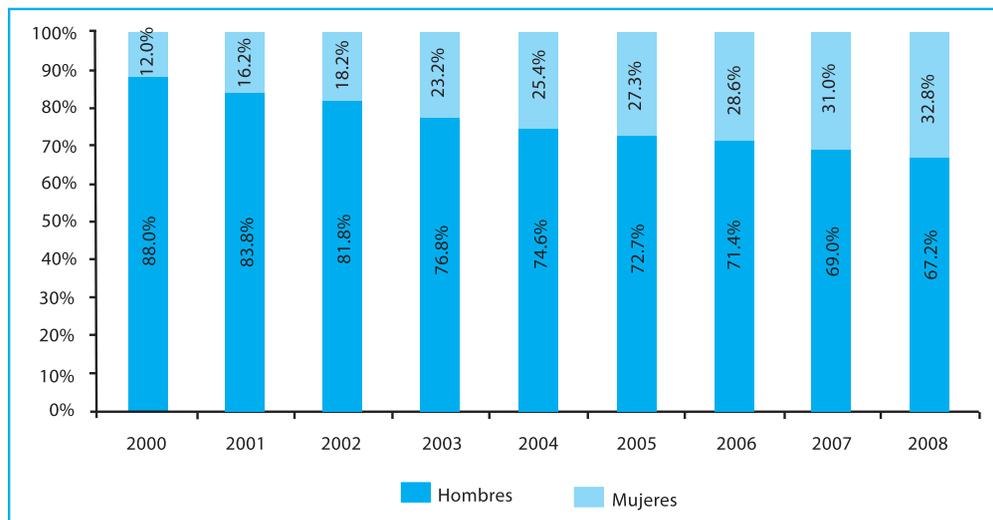


Fuente: Elaboración propia con base en las series estadísticas proporcionadas por la Superintendencia de Pensiones.

En el Gráfico 3.11, se presenta la evolución por sexo de la distribución de las pensiones otorgadas en concepto de vejez por el SAP. En el año 2000, de cada 100 pensionados en el SAP por vejez, 88 eran hombres y 12 mujeres. En dicha figura se puede observar una importante exclusión de las mujeres para poder acceder a una pensión por vejez, aunque ha ido aumentando el número de mujeres pensionadas por vejez, hasta

alcanzar el 32.8% para el año 2008. Estos datos ponen en evidencia que en el nuevo sistema de pensiones persisten las discriminaciones hacia las mujeres que, como se ha señalado anteriormente, tienen una tasa más baja de participación en el sector formal de la economía y, por lo tanto, una participación más baja en la cotización para el ahorro para su pensión futura.

Gráfico 3.11: Distribución del total de pensiones por vejez otorgadas por el SAP, 2000-2008

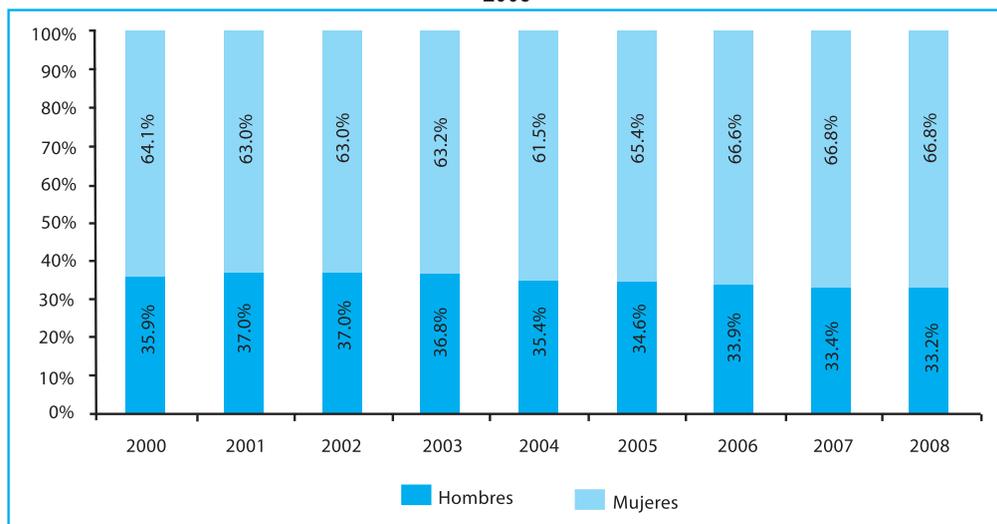


Fuente: Elaboración propia con base en las series estadísticas proporcionadas por la Superintendencia de Pensiones.

Adicionalmente, en el Gráfico 3.12, se puede observar la evolución de las pensiones por sobrevivencia del SAP, la cual es

predominantemente femenina, rondando para el período 2000-2008 cerca de las dos terceras partes.

Gráfico 3.12: Distribución del total de pensiones por sobrevivencia otorgadas por el SAP, 2000-2008



Fuente: Elaboración propia con base en las series estadísticas proporcionadas por la Superintendencia de Pensiones.

En El Salvador, existe una importante inequidad en lo que concierne al acceso de las mujeres a gozar de pensiones por vejez, lo cual se debe, en cierta medida, a las características de los mercados laborales de nuestro país.

Los montos de pensiones

En el Cuadro 3.11, se presenta el resumen de los montos promedio de pensiones por los tipos de contingencia en el SAP. Se

observa que el monto promedio de pensión por vejez para los hombres es relativamente mayor al de las mujeres, con 557 y 463 dólares, respectivamente. Esta brecha es más reducida para las de invalidez, devengando los hombres un promedio de 204 dólares, mientras que las mujeres 195 dólares. En la pensión por viudez, el monto de las pensiones para mujeres es ligeramente mayor que para los hombres, con 133 y 131 dólares, respectivamente.

Cuadro 3.11: Monto promedio de pensión del SAP por tipo de contingencia, según institución y sexo (al 30 de junio de 2009)

Institución	Vejez	Invalidez	Viudez	Orfandad	Ascendencia
Pensión promedio	\$526	\$202	\$133	\$64	\$86
Mujeres	\$463	\$195	\$133	\$65	\$91
Hombres	\$557	\$204	\$131	\$64	\$71
CONFIA	\$543	\$216	\$143	\$69	\$92
Mujeres	\$481	\$204	\$144	\$68	\$98
Hombres	\$576	\$220	\$138	\$70	\$75
CRECER	\$503	\$188	\$124	\$60	\$82
Mujeres	\$437	\$185	\$124	\$62	\$86
Hombres	\$533	\$188	\$124	\$59	\$69

Fuente: Elaboración propia con base en las series estadísticas proporcionadas por la Superintendencia de Pensiones.

Comparando la información del Cuadro 3.11 y con la del 3.12, es importante señalar que los montos promedio de pensiones reportados en la actualidad por el SPP son inferiores a aquellos reportados por el SAP. Consideramos que posiblemente este fenómeno responde al espacio temporal en que las cotizaciones de uno y otro sistema se registraron, así como a los salarios cotizables.

Adicionalmente, se puede observar que —de la misma manera como ocurre en el SAP—, el monto de pensiones promedio pagado a los hombres supera al monto promedio pagado a las mujeres, excepto en las coberturas por viudez, orfandad y ascendencia.

Cuadro 3.12: Monto promedio de pensión del SPP por tipo de contingencia según institución y sexo (al 30 de de junio de 2009)

Institución	Vejez	Invalidez	Viudez	Orfandad	Ascendencia
Pensión promedio	\$309	\$179	\$138	\$83	\$116
Mujeres	\$295	\$177	\$147	\$86	\$132
Hombres	\$323	\$181	\$129	\$79	\$100
INPEP	\$332	\$189	\$142	\$78	\$128
Mujeres	\$333	\$190	\$142	\$84	\$136
Hombres	\$331	\$189	\$135	\$70	\$104
ISSS	\$292	\$170	\$151	\$88	\$123
Mujeres	\$257	\$163	\$152	\$88	\$128
Hombres	\$315	\$172	\$122	\$88	\$96

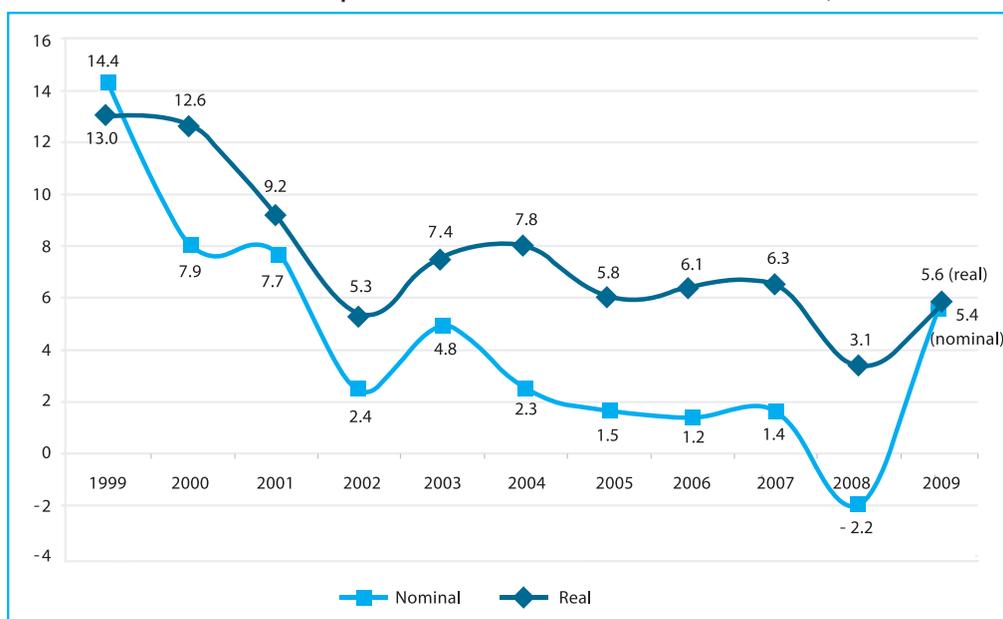
Fuente: Elaboración propia con base en las series estadísticas proporcionadas por la Superintendencia de Pensiones.

Rentabilidad de los fondos de pensiones

En términos de la rentabilidad para los fondos del SAP, en el Gráfico 3.13 se puede

observar que en los últimos años se ha tenido una tendencia decreciente en la rentabilidad real.

Gráfico 3.13: Rentabilidad promedio de los últimos doce meses en el SAP, 1999-2009



Fuente: Elaboración propia con base en las series estadísticas proporcionadas por la Superintendencia de Pensiones.

Adicionalmente, la rentabilidad nominal promedio de los fondos de pensiones de los 12 meses que cerraron en diciembre de 2008 alcanzó una tasa del 3.1%, mientras que la rentabilidad real fue negativa (-2.2%) por vez primera en el periodo de análisis. Esto sería producto del impacto de la crisis económica internacional y nacional, y estaría indicando en 2008 una pérdida en la capacidad de compra de los fondos de pensiones.

Pese a esta caída, en diciembre de 2009 se muestra una recuperación de la tasa de rentabilidad real para alcanzar 5.5

3.2.3. Conclusiones

Tal y como se ha indicado anteriormente, el propósito de este estudio no es evaluar de una manera estructurada los distintos aspectos del nuevo sistema de pensiones, sino más bien enfocarse en analizar los principales aspectos del funcionamiento del sistema de pensiones para esbozar algunas reflexiones sobre las implicaciones que tiene para las transformaciones demográficas en marcha.

Un primer aspecto son los bajos niveles de cobertura del sistema de pensiones del SAP en el país, con un 19.1% de cotizantes efectivos en relación con la PEA para el año 2008, o 18.5% en promedio para el periodo 1998-2008. Al respecto el estudio de Mesa-Lago (2004, p. 37), cuando compara la cobertura del antes y después de las reformas de los países en América Latina, señala que en El Salvador disminuyó del 26% al 19%. Es decir, a casi doce años de la reforma

previsional, no ha aumentado la cobertura poblacional del sistema de pensiones. En otro sentido y ocupando la relación de cobertura entre afiliados y PEA, Alvarenga (2002) señala que El Salvador cuenta con uno de los porcentajes más bajos de cobertura en América Latina, lo cual en opinión de la autora responde a factores estructurales del mercado de trabajo, debido principalmente a la alta tasa de empleos en actividades del sector informal.

En este marco, los datos estarían mostrando un estancamiento en los niveles de cotización para el sistema de pensiones en alrededor del 18.5% de la PEA, como consecuencia del desempeño de la economía y del funcionamiento del mercado laboral. Si bien estos dos aspectos son de carácter estructural, de no mejorar esta situación en los próximos años, tendrá un mayor impacto tanto sobre el número de personas que se retiren sin tener una pensión, así como sobre los montos de las pensiones. En consecuencia, un desafío importante para el país es encontrar modalidades que permitan ampliar la cobertura de pensiones a segmentos del sector informal de la economía.

Dado el rol del Estado en el sistema de pensiones para garantizar una pensión mínima, de no lograrse incrementar la cobertura del sistema de pensiones y aumentar la densidad de cotización, esto podría tener fuertes implicaciones para las finanzas públicas. En el marco de este estudio se solicitó el apoyo de la Superintendencia

de Pensiones para correr un modelo que buscara estimar, a partir de las características de los cotizantes, los que al momento de su retiro posiblemente no alcanzarían a una pensión mínima. Sin embargo, no fue posible realizar este cálculo. A futuro, es importante realizar un estudio actuarial para analizar el impacto del envejecimiento de la población activa en el mercado laboral.

Un segundo aspecto identificado es la tendencia decreciente en el rendimiento de los fondos de pensiones por el lado de la rentabilidad nominal. La constante caída de dicha tasa tendrá un impacto en la rentabilidad de los fondos de ahorros y, por lo tanto, en los montos de pensiones al momento del retiro. Este es un aspecto que debería analizarse en profundidad en futuros estudios.

Un tercer aspecto son las penalizaciones de género en el sistema de pensiones.⁶⁵ Los datos muestran una inequidad entre hombres y mujeres en lo concerniente a los cotizantes efectivos, las personas pensionadas y los montos de las pensiones recibidas. Esto sería consecuencia de que las mujeres enfrentan una “posición más

desventajosa en el mercado laboral (salarios inferiores, más participación en el mercado informal, mayor precariedad del empleo y menor acceso al crédito, entre otros) [lo cual] limita la calidad de la protección a la que pueden acceder en los sistemas de pensiones” (CEPAL, 2008, p. 104).⁶⁶ En este sentido, advierte Alvarenga (2002), si bien se ha ido incrementado la participación femenina, esta sigue siendo menor que la de los hombres. Además, se ha señalado que “las mujeres se insertan con mayor frecuencia que los hombres en sectores de baja productividad del mercado de trabajo que suelen estar ligados a actividades con escasa protección por parte de la seguridad social contributiva, lo que las deja en una situación desventajosa dentro de los sistemas de seguridad social” (CEPAL, 2008, p. 83).

Como se señala en un estudio reciente: “De hecho hay una fuerte inequidad de género durante las edades activas, que luego repercute en un menor ingreso en las edades avanzadas. Sobre todo en los sistemas de pensiones de capitalización las mujeres reciben menores retribuciones por haber aportado menos, debido tanto a que han participado menos, y con interrupciones, en la actividad económica, como por el hecho

65 Para una discusión sobre este tema en los sistemas de capitalización individual, véase Arenas y Gana, 2001. Estos autores plantean a propósito del caso chileno: “La experiencia del caso chileno indica que el sistema de pensiones de capitalización individual tiene un impacto diferenciado entre hombres y mujeres. La reforma chilena introdujo un nuevo sistema que se caracteriza por entregar beneficios de acuerdo a las contribuciones y riesgos individuales. De esta manera, las mujeres asumen en forma directa las desventajas que enfrentan en el mercado del trabajo, bajos salarios y menores años de contribuciones, así como también, su esperanza de vida y su menor edad de retiro. En este contexto, las mujeres obtendrán menores pensiones en promedio que los hombres”.

66 “La segregación ocupacional en el mercado laboral de El Salvador se observa a partir de diferentes indicadores. El 82% de la fuerza de trabajo femenina está concentrada en cuatro ramas de actividad, según los datos de la EHPM 2006 (DIGESTYC, 2006): comercio al por mayor y al por menor (42.8%), la industria manufacturera (18.4%), al servicio doméstico (10.6%) y los servicios comunales, sociales y de salud (10.5%). De las trabajadoras de la industria, casi la mitad (44.7%) labora en actividades de baja remuneración, predominantemente en maquiladoras” (PNUD, 2008, p. 232).

de percibir menores remuneraciones que los hombres” (Chackiel, 2000). A lo anterior debe agregarse que las mujeres poseen una mayor longevidad, lo cual si se vincula con los elementos planteados anteriormente, tiene como consecuencia que al momento de pensionarse viven más tiempo y reciben montos más bajos de pensiones.

Como señalan Arenas y Gana (2001), a propósito de la inequidad de género en los sistemas de seguridad social en América Latina: “La ausencia de la dimensión de género en seguridad social es notable (...). En el proceso de reformas a los sistemas de pensiones, el análisis de género ha estado ausente y, por tanto, no ha sido un tema discutido con la profundidad necesaria en los ámbitos gubernamentales, académicos y políticos. Esto se debe en parte al desconocimiento general de la población, respecto del funcionamiento de los nuevos sistemas de pensiones, como también por el disminuido espacio que el tema de equidad de género ha tenido en los estudios de sistemas de pensiones reformados”.

Un cuarto aspecto tiene que ver con la importancia de entender mejor las opciones de cuidado durante la etapa de la vejez. “Existen tres fuentes de cuidado durante la etapa de la vejez: la familia, el Estado y el mercado. Ninguna de estas instituciones tiene competencia exclusiva en la provisión de cuidado y, como resultado, no siempre existe una clara división entre la asistencia provista por cada uno de estos tres agentes; aunque sí hay diferencias respecto de la responsabilidad principal. (...) En la

actualidad, la posibilidad de recibir ayuda de los descendientes en la vejez es el resultado de las circunstancias demográficas y sociales predominantes en décadas pasadas, las cuales se han ido modificando substancialmente. La fecundidad ha disminuido notablemente, las mujeres se han incorporado al trabajo fuera del hogar y la esperanza de vida ha aumentado en relación con décadas pasadas. Así las cosas, se configura un escenario nuevo, con menos hijos para sostener a los padres, una vejez prolongada y familias que han de ocuparse de sus miembros mayores por más tiempo. Lo anterior afecta particularmente a las mujeres, debido a que constituyen el recurso que por antonomasia se ha dedicado a las tareas de cuidado” (CELADE, CEPAL y UNFPA, 2007).

Como se señalaba recientemente en un estudio: “Las condiciones económicas y sociales de las personas de edad no dependen solamente de los mecanismos que ofrecen los sistemas de seguridad social, estatales o privados, sino, principalmente en Latinoamérica, del rol que cumple la familia y las relaciones entre sus miembros. Las familias con muchos hijos, tradicionalmente eran vistas como una garantía de seguridad para los mayores, tanto en el sustento económico y arreglos residenciales, como para su integración en la sociedad. Sin embargo, el cambio demográfico producirá una enorme transformación en la estructura familiar, que se torna más pequeña, con menos hijos e integrada por varias

generaciones simultáneamente” (Chackiel, 2000).

En nuestro país falta precisamente un estudio sobre los distintos mecanismos de apoyo en el cuidado de la población adulta mayor, y en particular sobre los apoyos familiares. Como se ha señalado anteriormente, se ha producido una transformación en torno a la familia misma.⁶⁷ Ya los datos presentados en el capítulo 2 de este estudio muestran que se producen dinámicas intergeneracionales en los hogares, así como relaciones de interdependencia entre las personas adultas mayores y los demás miembros del hogar. De allí la recomendación para que se realice un cuarto estudio que se enfoque en las dinámicas intergeneracionales en los hogares donde vive una persona adulta mayor.

67 “El escenario demográfico de los países de la región se ha modificado profundamente en las últimas décadas debido al acelerado descenso de la fecundidad y al aumento de la esperanza de vida al nacer y en las edades avanzadas. Estos cambios han contribuido, de manera cardinal, en la configuración de nuevos arreglos residenciales y, como consecuencia, hoy en día las familias que abarcan tres o incluso cuatro generaciones se han convertido en un fenómeno común. Aunque también existe la modalidad de vida independiente en la vejez, ella se expresa de manera más moderada que en otras regiones del mundo.

La composición y estructura de los hogares están asociadas con factores demográficos, económicos y culturales, que a la vez determinan su formación, cambio o disolución. En lo que respecta a las consecuencias del envejecimiento de la población en los arreglos residenciales, una de las visiones predominantes se basa en que la insuficiencia de recursos, y el progresivo deterioro de las condiciones de salud impiden a una fracción importante de las personas mayores mantener hogares autónomos. Si bien esto es cierto, también se ha constatado que una buena parte de los casos de convivencia con los hijos se debe a las dificultades de estos para independizarse económicamente” (CEPAL, 2007).

Por último, en el primer capítulo de este informe se ha analizado el proceso de transición demográfica que está viviendo el país, y se han presentado los datos que muestran el proceso de envejecimiento de la población, el cual se va a profundizar en las siguientes décadas. Este proceso tiene y tendrá impactos relevantes sobre los servicios de salud y el sistema de pensiones. Dada las limitaciones en la información disponible y estudios realizados, se han identificado a lo largo del estudio varias investigaciones que deben realizarse con el propósito de generar un mayor conocimiento que nos permita entender de una mejor manera lo que ha estado ocurriendo con respecto a la población adulta mayor, así como algunas de las implicaciones sobre la seguridad social.

En este estudio se ha analizado el “bono demográfico” y la ventana de oportunidad que representa para el país para acelerar el desarrollo y mejorar las condiciones de vida de la población. Sin embargo, dicho contexto demográfico no implica una garantía automática para ninguna sociedad, y para aprovechar su potencialidad dependerá de una adecuada gestión de las políticas públicas y, muy particularmente, cuando las políticas relativas al empleo “permitan que todas las personas que se encuentran en edad de trabajar (la PET) puedan ser integradas al mercado laboral con un empleo formal que les garantice un salario y los beneficios relativos a la salud, seguridad social y pensiones. (...) El Bono Demográfico implica (...) la necesidad de hacer esfuerzos muy grandes para incorporar

al mercado laboral los crecientes y sostenidos incrementos de la población en edad de trabajar” (Rincón, 2010). En este sentido, uno de los principales desafíos es que el mercado laboral mejore la capacidad de absorción de la fuerza de trabajo que se encuentre en edades productivas. Ello para que (i) se generen elevados niveles de producción que fomenten el crecimiento económico, y que (ii) una buena capacidad de absorción de la fuerza de trabajo, en particular en el sector formal, en la lógica del empleo decente, permita que las futuras generaciones puedan acceder a una pensión y, por consiguiente, a las prestaciones del sistema de salud.

Finalmente, es necesario indicar que las personas adultas mayores no son

beneficiarias pasivas, sino que desean ser actores en la sociedad para enfrentar sus propios desafíos, y desean también gozar de una vejez con calidad de vida. En este sentido, autores como Viveros Madariaga (2001) identifican la necesidad de “una revalorización sociopolítica y cultural (ciudadanía plena) de las personas adultas mayores, que incentive positivamente su participación en la vida política, económica, social y cultural”. Es necesario considerar que si bien la cobertura de las necesidades económicas es importante, así como el acceso a la seguridad social, la atención a los adultos mayores debe además propiciar que disfruten de un bienestar integral, que pasa por su integración plena a la sociedad.



ANEXOS

ANEXOS CAPÍTULO 1

Anexo 1.1: Aspectos metodológicos de la elaboración de las estimaciones y proyecciones de población de El Salvador.

Para las proyecciones de población nacional y departamental elaboradas por DIGESTYC, UNFPA y CELADE, se utilizó el método de los componentes (la mortalidad, la fecundidad y las migraciones), y para ello se establecieron sus tendencias, niveles y características, por sexo y por edad. Las proyecciones se basan en los supuestos listados a continuación:⁶⁸

a) Si bien la mortalidad continuará descendiendo, los avances serán cada vez más limitados; la esperanza de vida al nacer, por sexo, se incrementará teniendo en cuenta la evolución histórica que ha tenido dicho indicador en el país. En cuanto a la mortalidad general, la situación es compleja por la violencia que vive el país, pero se utilizan las probabilidades de muerte establecidas para el año 2006. A nivel más específico, se han utilizado las siguientes tasas de mortalidad infantil:

⁶⁸ Al respecto, véase Manuel Rincón. “Consideraciones sobre los supuestos y escenarios de las proyecciones de población de El Salvador”, 16 de diciembre de 2009.

Tasa de mortalidad infantil, 1995-2025

Quinquenio	Hombres	Mujeres
1995-2000	30.39	24.3
2000-2005	25.45	20.3
2005-2010	22.98	18.1
2010-2015	20.9	16.3
2015-2020	19.1	14.7
2020-2025	17.56	13.4

Fuente: Manuel Rincón. “Consideraciones sobre los supuestos y escenarios de las proyecciones de población de El Salvador”, 16 de diciembre de 2009.

b) Continuará la tendencia descendente de la fecundidad; se ha calculado un nivel de 2.2 por mujer hacia el periodo 2020-2025, y que la estructura de fecundidad continuará su tendencia a la concentración.

Tasa global de fecundidad, 1995-2025

Quinquenio	TGF
1995-2000	3.2
2000-2005	2.9
2005-2010	2.7
2010-2015	2.5
2015-2020	2.4
2020-2025	2.3

Fuente: Manuel Rincón. “Consideraciones sobre los supuestos y escenarios de las proyecciones de población de El Salvador”, 16 de diciembre de 2009.

c) Se consideró un descenso gradual de la migración neta y una composición por sexo y edad de los saldos migratorios constante en el tiempo.

Tasas netas de migración, 1995-2025

Quinquenio	TNM
1995-2000	-13.16
2000-2005	-11.7
2005-2010	-9.45
2010-2015	-7.37
2015-2020	-5.33
2020-2025	-3.34

Fuente: Manuel Rincón. “Consideraciones sobre los supuestos y escenarios de las proyecciones de población de El Salvador”, 16 de diciembre de 2009.

Debe tomarse en consideración que si alguno de estos supuestos se modifica —y algunos se irán modificando en el tiempo—, tendrá un impacto sobre la evolución de la población.

Anexo 1.2: Población adulta mayor y población total según departamento por proyecciones quinquenales de la población: 2010-2020

Departamento	2010			2015			2020		
	Población de 60 años y más	Población total	Porcentaje de la población de 60 años y más	Población de 60 años y más	Población total	Porcentaje de la población de 60 años y más	Población de 60 años y más	Población total	Porcentaje de la población de 60 años y más
Total	619,994	6,183,002	10.0	691,842	6,369,225	10.9	771,534	6,601,411	11.7
Ahuachapán	27,919	326,523	8.6	31,637	340,586	9.3	35,908	355,567	10.1
Santa Ana	56,663	560,398	10.1	63,660	583,056	10.9	71,498	616,281	11.6
Sonsonate	45,849	458,559	10.0	50,947	466,640	10.9	56,256	477,455	11.8
Chalatenango	22,976	201,846	11.4	24,266	207,146	11.7	25,126	212,691	11.8
La Libertad	71,059	724,656	9.8	81,916	767,687	10.7	94,377	809,612	11.7
San Salvador	182,116	1,732,702	10.5	206,175	1,744,088	11.8	234,957	1,762,030	13.3
Cuscatlán	19,619	240,909	8.1	22,225	261,434	8.5	25,534	286,602	8.9
La Paz	31,172	321,554	9.7	34,016	332,939	10.2	37,469	355,245	10.6
Cabañas	15,297	162,916	9.4	16,262	166,163	9.8	17,130	171,279	10.0
San Vicente	18,342	170,026	10.8	20,151	177,100	11.4	21,930	190,374	11.5
Usulután	35,425	357,769	9.9	38,852	372,043	10.4	42,636	386,632	11.0
San Miguel	47,385	470,176	10.1	51,874	485,446	10.7	56,117	499,971	11.2
Morazán	19,664	195,885	10.0	21,707	202,468	10.7	23,350	209,947	11.1
La Unión	26,508	259,083	10.2	28,154	262,429	10.7	29,246	267,725	10.9

Fuente: Elaboración propia con base en DIGESTYC, UNFPA y CELADE. El Salvador (2009). República de El Salvador: Estimaciones y Proyecciones de la Población por Departamento para el período 1995-2020.

ANEXOS CAPÍTULO 2

Anexo 2.1: Población adulta mayor por sexo según estado conyugal

Estado conyugal	Total	Hombre	Mujer	Hombre %	Mujer %
Acompañado(a)	79,578	50,086	29,492	62.9%	37.1%
Casado(a)	206,832	121,280	85,552	58.6%	41.4%
Viudo(a)	125,789	25,743	100,046	20.5%	79.5%
Separado(a)	29,393	10,182	19,211	34.6%	65.4%
Divorciado(a)	7,995	2,474	5,521	30.9%	69.1%
Soltero(a)	85,929	27,008	58,921	31.4%	68.6%
Total	535,516	236,773	298,743	44.2%	55.8%

Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

Anexo 2.2: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor por sexo según grupos etarios

Grupos etarios	Total	Hombre	Mujer	Hombre %	Mujer %
60-64	95,451	57,667	37,784	60.4%	39.6%
65-69	79,476	46,720	32,756	58.8%	41.2%
70-74	61,067	35,318	25,749	57.8%	42.2%
75-79	45,977	26,116	19,861	56.8%	43.2%
80+	46,052	25,636	20,416	55.7%	44.3%
Total	328,023	191,457	136,566	58.4%	41.6%

Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

Anexo 2.3: Jefaturas de hogar de la población adulta mayor y población menor de 60 años según la forma de tenencia de la vivienda

Forma de tenencia de la vivienda	Total	Jefaturas de hogar de población menor de 60 años	Jefaturas de hogar de población de 60 años y más	Jefaturas de hogar de población menor de 60 años	Jefaturas de hogar de población de 60 años y más
Propia	921,201	661,700	259,501	61.4%	79.1%
Propia pagándole a plazos ⁶⁹	128,279	117,336	10,943	10.9%	3.3%
Alquilada	188,872	166,389	22,483	15.4%	6.9%
Ocupante gratuito	150,530	118,935	31,595	11.0%	9.6%
Otra tenencia	17,603	14,102	3,501	1.3%	1.1%
Total	1,406,485	1,078,462	328,023	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en el VI Censo de Población y V de Vivienda 2007 de El Salvador.

⁶⁹ Esta categoría se define como la vivienda que está siendo adquirida con promesa de venta por medio del pacto de pagos a plazos a instituciones públicas (FONAVIPO, Fondo Social para

la Vivienda, etc., instituciones privadas (bancos o cooperativas) y/o a organizaciones no gubernamentales (por ejemplo, FUNDASAL).

ANEXOS CAPÍTULO 3

Anexo 3.1: Capacidad instalada funcionando en la red nacional de establecimientos de salud de primer nivel de atención, 2008

Región salud	Consultorios médicos	Consultorios odontológicos	Salas de parto	Salas de rayos X	Laboratorios clínicos	Laboratorios de citología	Clínicas de colposcopia	Salas de ultrasonidos
Región occidental	233	61	11	1	26	0	1	1
Región central	203	51	10	0	22	0	0	2
Región paracentral	241	68	16	0	23	0	0	0
Región oriental	330	84	24	0	41	0	0	0
Región metropolitana	263	36	4	2	32	0	0	0
Total país	1,270	300	65	3	144	0	1	3

Fuente: Elaboración propia con base en los datos en línea del MSPAS

Anexo 3.2: Capacidad instalada funcionando en la red nacional de establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, 2008

Región salud	Dotación de camas hospitalares	Consultorios médicos	Consultorios odontológicos	Quirófanos	Unidad de cuidados intensivos	Salas de parto	Salas de rayos X	Laboratorios clínicos	Laboratorios de citología	Clínicas de colposcopia	Salas de ultrasonidos
Segundo nivel de atención											
Región salud occidental	1,036	99	4	22	3	9	8	5	1	3	5
Región salud central	368	37	1	9	1	6	6	3	1	3	3
Región salud paracentral	486	59	6	15	0	8	6	6	1	4	5
Región salud oriental	869	93	8	29	3	16	10	9	1	4	10
Región salud metropolitana	977	88	4	14	0	6	5	4	2	3	5
Total país	3,736	376	23	89	7	45	35	27	6	17	28
Tercer nivel de atención											
San Salvador (Total país)	956	115	7	33	7	4	10	3	2	4	6

Fuente: Elaboración propia con base en los datos en línea del MSPAS: regiones de salud y hospitales nacionales y especializados.

Anexo 3.3: Población estudiantil según carrera de formación en el área de salud

Total de estudiantes en el área de salud	2006		2007		2008	
	#	%	#	%	#	%
Doctorado en Medicina	6,113	44.2	6,371	41.5	6,688	41
Doctorado en Cirugía Dental	1,048	7.6	978	6.4	1,030	6.3
Especialidad en Cirugía General	0	0	0	0	8	0.05
Especialidad en Medicina Interna	0	0	0	0	6	0.04
Maestría en Medicina Forense	39	0.3	27	0.2	18	0.1
Maestría en Psicología	24	0.2	12	0.1	8	0.05
Maestría en Salud	116	0.8	111	0.7	125	0.8
Maestría en Salud Reproductiva	24	0.2	26	0.2	24	0.1
Licenciatura en Enfermería	2,008	14.5	2,283	14.9	2,481	15.2
Licenciatura en Fisioterapia	624	4.5	648	4.2	624	3.8
Licenciatura en Laboratorio Clínico	1,352	9.8	1,520	9.9	1,600	9.8
Licenciatura en Psicología	3,057	22.1	3,309	21.5	3,632	22.3
Licenciatura en Trabajo Social	788	5.7	858	5.6	942	5.8
Licenciatura en Anestesiología	359	2.6	369	2.4	357	2.2
Licenciatura en Ecotecnología	29	0.2	89	0.6	102	0.6
Licenciatura en Nutrición	383	2.8	415	2.7	400	2.5
Licenciatura en Radiología	228	1.6	276	1.8	312	1.9
Licenciatura en Salud	291	2.1	288	1.9	284	1.7
Tecnólogo en Enfermería	794	5.7	917	6	933	5.7
Técnico en Enfermería	2,229	16.1	2,692	17.5	2,828	17.3
Técnico en Asistencia Dental	4	0	16	0.1	22	0.1
Técnico en Laboratorio Químico	68	0.5	99	0.6	114	0.7
Técnico en Manejo de Plantas Medicinales	8	0.1	13	0.1	13	0.1
Técnico en Preparación de Alimentos	351	2.5	423	2.8	429	2.6
Técnico en Salud Ambiental	0	0	0	0	11	0.1
Total	13,824	100	15,369	100	16,303	100

Fuente: Elaboración propia con base en Resultados de la Información Estadística de Instituciones de Educación Superior del Ministerio de Educación, de los años 2006, 2007 y 2008.

Anexo 3.4: Cuadro comparativo entre SAP y SPP de los requisitos para obtener pensiones por vejez

Concepto		Sistema público antiguo			Sistemas de pensiones después de la reforma previsional	
		INPEP		ISSS	SAP	SPP
		Docente	Administrativo			
Requisitos	Edad	* Haber cumplido 60 años de edad los hombres y 55 las mujeres, o 35 años o más de servicio, en cuyo caso no se les exigirá edad mínima.	* Haber cumplido 60 años de edad los hombres y 55 las mujeres.	* Haber cumplido 60 años de edad los hombres y 55 las mujeres.	* Cumplir 60 años los hombres, 55 las mujeres, siempre que registren como mínimo 25 años de cotización continuos o discontinuos.	* Haber cumplido 60 años de edad los hombres y 55 las mujeres, y tener un mínimo de 25 años cotizados.
	Período mínimo de cotización	* Haber cotizado al INPEP por un período no menor de 1 año y contar con 15 años de servicio en el sector público.		* Cumplir con un período mínimo de cotización equivalente a 750 semanas completas.	* Haber cotizado 30 años, continuos o discontinuos, independientemente de la edad; * o, que el saldo de la cuenta individual de ahorro para pensiones sea suficiente para financiar una pensión igual o superior al 60 del salario básico regulador, que al mismo tiempo sea igual o superior al 160 de la pensión mínima.	* Tener un período mínimo de 30 años de cotizaciones, independientemente de la edad. * Las personas que a la fecha de entrada en vigencia el SAP registren 31 años cotizados o más podrán pensionarse sin importar su edad.
	Estado laboral	* No estar desempeñando cualquier empleo público remunerado, de lo contrario se suspenderá automáticamente la pensión. Si deja de trabajar, recuperará su pensión, y esta se reajustará si en el nuevo empleo cotizó un período no mejor de 2 años, tomando para ello en cuenta el salario básico regulador que resulte. La nueva pensión no podrá ser inferior a la que percibía anteriormente.		* El trabajador recibirá su pensión desde la fecha en que se retire de toda labor remunerada.	* El afiliado pensionado podrá reincorporarse al servicio activo y las cotizaciones del afiliado pensionado se abonarán a su cuenta de ahorro para pensiones y podrá una vez al año, en el mismo mes en que hizo efectiva la pensión, incrementar esta última por medio de renta programada con la institución administradora.	* Los pensionados podrán reincorporarse al servicio activo sin perder el disfrute de su pensión de vejez, pero a partir de su reincorporación no tendrán derecho al reajuste de esa pensión. Podrán cotizar al SAP disponiendo anualmente del saldo de su cuenta de ahorro individual para pensiones.

Fuente: Aguilera et al. (1998).

Anexo 3.5: Cuadro comparativo entre SAP y SPP de los requisitos para obtener pensiones por invalidez

Concepto	Sistema público antiguo		Sistemas de pensiones después de la reforma previsional		
	INPEP		ISSS	SAP	SPP
	Docente	Administrativo			
Requisitos	<p>*Ser declarado inválido por la comisión técnica de invalidez.</p> <p>* Contar con un mínimo de 5 años de servicios o 36 meses de cotización al INPEP. De estos últimos, al menos 18 meses deben corresponder a los últimos 36 meses a la fecha en que se declaró la invalidez.</p> <p>*Haber cotizado al INPEP por un período no menor de 12 meses.</p>	<p>* Ser declarado inválido de acuerdo con la definición prevista por la ley.</p> <p>* Tener un mínimo de cotizaciones equivalentes a 100 semanas completas, continuas o discontinuas, en los 4 años anteriores a la fecha de la invalidez. Si el asegurado es mayor de 30 años, los requisitos son 150 semanas y 6 años, respectivamente. Si es mayor de 40 años, se requieren 200 semanas y 8 años. Si es mayor de 50 años, se exigen 250 semanas y 10 años. Si es mayor de 60 años, se exigen 300 semanas en los últimos 11 años.</p> <p>* Contar con menos de 60 años de edad los hombres y 55 años las mujeres.</p>	<p>Ser declarado inválido por la comisión calificadora de invalidez.</p> <p>* Para el pago de la pensión de invalidez común, parcial o total, con cargo al seguro, mediante primer dictamen se requiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - que el afiliado se encontrara cotizando o que hubiere cotizado al menos 6 meses durante los 12 meses anteriores a la fecha de invalidez o; - que habiendo dejado de cotizar dentro del período de 12 meses antes de la fecha de la invalidez, hubiere registrado 6 meses de cotización el año anterior. <p>Nota: en caso contrario, las pensiones serán financiadas solo con el saldo de la cuenta de ahorro.</p> <p>* Para que las pensiones por invalidez por segundo dictamen puedan completarse con el financiamiento adicional, llamado capital complementario, el afiliado debe cumplir con cualquiera de las dos condiciones anteriores.</p>	<p>* Haber sido declarado inválido por la comisión calificadora de invalidez.</p> <p>* Haber cotizado por un período no menor de 36 meses, de los cuales 18 meses cotizados deben registrarse dentro de los 36 meses calendarios a la fecha en que ocurrió la invalidez.</p> <p>* Ser menor de 60 años los hombres y 55 las mujeres. Caso contrario, procederá el derecho a pensión por vejez.</p>	

Fuente: Aguilera et al. (1998).

Anexo 3.6: Cuadro comparativo entre SAP y SPP de los requisitos para obtener pensiones por sobrevivencia

Concepto	Sistema público antiguo		Sistemas de pensiones después de la reforma previsional		
	INPEP		ISSS	SAP	SPP
	Docente	Administrativo			
Requisitos	<p>* El fallecimiento de un asegurado con empleo y cotizante al INPEP que cuente con 5 años de servicio o 3 de cotización y que haya cotizado al INPEP un mínimo de 12 meses.</p> <p>* El fallecimiento de un pensionado por invalidez o vejez.</p> <p>* El fallecimiento de un ex asegurado que tenga un mínimo de 15 años de servicio como empleado público, y que haya cotizado al INPEP un mínimo de 12 meses.</p>	<p>* El fallecimiento de un asegurado que cuente con un mínimo de cotizaciones equivalentes a 100 semanas completas, continuas o discontinuas, en los 4 años anteriores a la fecha del fallecimiento, y que tengan menos de 60 años los hombres y 55 las mujeres.</p> <p>* El fallecimiento de un pensionado por invalidez o vejez.</p> <p>* El fallecimiento de un asegurado o ex asegurado con un período mínimo de 750 semanas de cotizaciones, aproximadamente 15 años.</p> <p>* El pensionado por invalidez parcial por riesgos de profesionales en goce de pensión a la fecha del fallecimiento y que habría tenido derecho a pensión de invalidez.</p>	<p>Para que las pensiones de sobrevivencia se completen con el fondo adicional llamado capital complementario, el afiliado fallecido deberá haber cumplido con cualquiera de los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Que se encontrara cotizando, o que hubiere cotizado al menos 6 meses durante los 12 meses anteriores a la fecha del fallecimiento. * Que habiendo dejado de cotizar dentro del período de 12 meses antes de la fecha del fallecimiento, hubiere registrado 6 meses de cotizaciones el año anterior. 	<p>Un asegurado generará derechos a pensión de sobrevivencia en los casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Si fallece siendo pensionado por invalidez o vejez. * Si se encontrare cotizando, y hubiere registrado cotizaciones hasta por 12 meses antes de su deceso. En cualquiera de los casos, deberá registrar un mínimo de 5 años de cotizaciones. * Si fuera un asegurado que hubiera registrado cotizaciones por un período mayor a los 12 meses antes de su deceso, siempre que totalice 10 años de cotizaciones. 	

Fuente: Aguilera et al. (1998).

Anexo 4: Marco legal vinculado con la población adulta mayor

Introducción

En este apartado se presenta una breve descripción del marco legal vinculado con la población adulta mayor (PAM), y se encuentra estructurado en dos secciones. En la primera, se sistematiza la información correspondiente a las leyes nacionales que se refieren a este segmento de la población y, en la segunda, se realiza lo mismo sobre la legislación internacional.

4.1. Marco legal nacional

El marco legal nacional se refiere al conjunto de leyes, códigos, normas y reglamentos que tienen por objetivo regular las relaciones del Estado salvadoreño con la PAM. En el Cuadro 4.1, se han recopilado estas leyes, tanto aquellas de carácter general como las específicas. En el mismo se registran los propósitos de las mismas, así como los artículos que se vinculan con la población de 60 años y más, y se identifica la información sobre el decreto publicado en el Diario Oficial.

Cuadro 4.1: Leyes, códigos, reglamentos y normas nacionales relacionados con la PAM

No.	No. Decreto	Ley/Código / Reglamento/ Norma	Artículos/ Apartados/ Notas	Objetivo general de la legislación	Diario Oficial	Tomo	Fecha de publicación en el Diario Oficial	Año
Legislación general								
1.	38 D.L.	Constitución de la República de El Salvador	1, 2, 3, 32 y 70	Establecer los derechos y deberes fundamentales de la persona humana.	75	110	16 de diciembre	1983
2.	44 D.L.	Ley de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos	Nota Final	Proteger los derechos humanos reconocidos a las personas.	143	372	07 de agosto	2006
3.	811		1	Sustituir la expresión "tercera edad" en todas las leyes de la República que la contengan, por la de "adulto mayor".	31	346	14 de febrero	2000
Legislación específica								
4.	45 D.L.	Ley del Seguro Social	2, 28, 29, 65, 73 y 74	Regular la protección de los riesgos que afectan a los trabajadores: enfermedad, accidente común; accidente de trabajo, enfermedad profesional; maternidad; invalidez; vejez; y muerte.	148	324	15 de agosto	1994

No.	No. Decreto	Ley/Código / Reglamento/ Norma	Artículos/ Apartados/ Notas	Objetivo general de la legislación	Diario Oficial	Tomo	Fecha de publicación en el Diario Oficial	Año
5.	484 D.L.	Ley del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos	1, 2, 24, 40, 46, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 76-A, 81, 88-A, 89, 109 y 110	Regular la protección de los empleados públicos ante los riesgos de invalidez, vejez y muerte.	212	329	16 de noviembre	1995
6.	1027 D.L.	Ley del Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada	18, 41, 53, 58-C y 86-B	Regular la previsión y seguridad social de los elementos de la Fuerza Armada y sus familias.	218	357	20 de noviembre	2002
7.	277 D.L.	Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones	1, 2, 13, 104, 105, 106, 122, 125, 126, 128, 134, 135, 139, 140, 144, 145, 146, 147, 148 y 183	Regular el sistema de pensiones.	82	375	08 de mayo	2007
8.	39 D.L.	Código de Familia	1, 4, 10, 205, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 400 y 401	Establecer el régimen jurídico de la familia, de los menores y de las personas adultas mayores y,	121	384	01 de julio	2009
9.	213 D.L.	Ley Procesal de Familia	1, 9, 19 y 144.	Establecer la normativa procesal para hacer efectivos los derechos y deberes regulados en el Código de Familia y otras leyes sobre la materia.	4	362	08 de enero	2004
10.	403 D.L.	Ley contra la Violencia Intrafamiliar	1, 3, 5, 6 literales a) y e), 21 y 40	Prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar, y aplicar las medidas preventivas, cautelares y de protección necesarias para garantizar la vida, integridad y dignidad de las víctimas de la violencia intrafamiliar.	178	364	27 de septiembre	2004
11.	1043 D.L.	Ley de Atención Integral a la Persona Adulta Mayor	1 al 41	Garantizar y asegurar una atención integral para la protección de las personas adultas mayores y contribuir al fortalecimiento e integración de la familia.	231	357	09 de diciembre	2002

No.	No. Decreto	Ley/Código / Reglamento/ Norma	Artículos/ Apartados/ Notas	Objetivo general de la legislación	Diario Oficial	Tomo	Fecha de publicación en el Diario Oficial	Año
12.	78 D.E.	Reglamento de la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor	1 al 73	Garantizar, desarrollar y facilitar la aplicación de las disposiciones de la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor.	164	356	05 de septiembre	2002
13.	213 A.E.	Norma de Atención Integral en Salud para la Persona Adulta Mayor; Norma de Atención Integral en Salud para la Persona Adulta Mayor	1 al 42	Establecer disposiciones técnico-operativas para la atención integral en salud de las personas adultas mayores.	53	378	25 de marzo	2008

Fuente: Elaboración propia con base en el Centro de Documentación de la Corte Suprema de Justicia (<http://www.jurisprudencia.gob.sv/>).

Nota:

D.L.: Decreto Legislativo.

D.E.: Decreto Ejecutivo.

A.E.: Acuerdo Ejecutivo.

La *legislación nacional general* se reduce a dos instrumentos y a un decreto legislativo:

A. Constitución de la República de El Salvador

Ley que fundamenta el ordenamiento jurídico salvadoreño. Esta establece los derechos y deberes fundamentales de todos los salvadoreños y, por ende, de la PAM; así como establece la protección de la persona humana sin distinciones de cualquier tipo, lo cual se aplica a las personas de 60 años y más.

En los artículos comprendidos desde el 1 al 28, se estipulan las garantías constitucionales del derecho a la vida, la igualdad, la libertad, la libre expresión, la asociación y a la disposición libre de sus bienes, entre otros. El Art. 1 establece que “El Salvador reconoce a la persona humana

como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común. Asimismo reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción. En consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social”. Adicionalmente, el Art. 70 señala: “El Estado tomará a su cargo a los indigentes que, por su edad o incapacidad física o mental, sean inhábiles para el trabajo”.

B. Ley de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos

Por medio del Decreto Legislativo No. 183 del año 1992, se promulga la Ley de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, mediante la cual se regula la

organización y funcionamiento de esta institución. El propósito de la Procuraduría “será el de velar por la protección, promoción y educación de los Derechos Humanos y por la vigencia irrestricta de los mismos. Para los efectos de la presente ley se entenderá por derechos humanos los civiles y políticos, económicos, sociales y culturales y los de la tercera generación contemplados en la Constitución, Leyes y Tratados vigentes; así como los contenidos en las declaraciones y principios aprobados por la Organización de las Naciones Unidas o la Organización de Estados Americanos” (Art. 2).

C. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador

En el Decreto Legislativo No. 811, publicado en el Diario Oficial No. 31, Tomo 346, del 14 de febrero de 2000, se establece “que en la actualidad a las personas mayores de sesenta años y más se les denomina con la expresión “tercera edad”, la cual es imprecisa, porque engloba en una sola y misma etapa la infancia y la juventud, tras las cuales reducida a unidad, vendría la edad adulta y finalmente la vejez”. A partir de lo antes expuesto, la Asamblea Legislativa de la República de El Salvador decretó en el Art. 1: “Sustitúyase la expresión ‘tercera edad’ en todas las leyes de la República que la contengan, por la de “adulto mayor”. Igualmente, en todo acto oficial se utilizará esta última expresión, cuando se haga

referencia a las personas mayores de sesenta años”.

La *legislación nacional específica* tiene por objetivo establecer un régimen especial de regulación y aplicación de las normas relativas a la PAM, al mismo tiempo que establecen las obligaciones del Estado y de las instituciones gubernamentales, para garantizar los derechos fundamentales de las personas adultas mayores. Esto se desarrolla en torno a cuatro áreas: (A) la seguridad social, (B) la regulación sobre la familia, (C) la violencia intrafamiliar y (D) la atención integral de la PAM.

A. La seguridad social

i) Ley del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)

El fin de esta ley es establecer las funciones y competencias del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), ante los riesgos que afectan a los trabajadores (Art. 2): enfermedad, accidente común, accidente de trabajo, enfermedad profesional, maternidad, invalidez, vejez, muerte y cesantía involuntaria.

En la Sección Quinta, del Capítulo V “Beneficios” de la Ley del Seguro Social, se encuentra el Art. 65, el cual establece que “[e]n caso de vejez, los reglamentos determinarán los requisitos necesarios para que los asegurados tengan derecho a beneficios. (...) El monto y principio de pago de las prestaciones en dinero, así como la regulación de otros beneficios, se fijarán también en dichos reglamentos”.

En el Art. 73 se estipula que “[l]as prestaciones en dinero acordadas a los asegurados y pensionados no pueden transferirse, compensarse, o gravarse; ni son susceptibles de embargo, sino por obligaciones alimenticias legales. (...) Las prestaciones en dinero en el caso de Seguro de Vejez, estarán afectas a la cotización que establezcan los Reglamentos, para conservar el derecho a los beneficios de enfermedad, accidente, maternidad, gastos de sepelio u otros que se implantaren a favor de los asegurados o los pensionados. (...) Las personas que en el momento de la muerte del asegurado o pensionado dependían económicamente de él, podrán reclamar los beneficios en dinero a que tenía derecho y que no hubiere cobrado el asegurado o pensionado”.

ii) Ley del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP)

La Ley del INPEP regula la protección ante los riesgos de invalidez, vejez o muerte de los empleados públicos.⁷⁰ El Art. 2 señala: “Se establece por la presente ley, el Sistema Nacional de Pensiones que comprende a todos los empleados civiles del sector público; y a partir de su vigencia, se prohíbe para dichos trabajadores la creación en las

instituciones o dependencias del Estado, de nuevos regímenes fuera del Sistema o con autonomía administrativa y financiera, para el otorgamiento de pensiones por invalidez, vejez y muerte”.

En el Art. 40, se plantea que el sistema de pensiones a cargo del INPEP “otorgará a los asegurados prestaciones en forma de pensiones o asignaciones, en los casos en que se produzcan los riesgos de invalidez, vejez o muerte. (...) Las prestaciones se abonarán en dinero, en forma de pagos periódicos cuando se trate de pensiones y en forma de capital por una sola vez en el caso de las asignaciones, de acuerdo a los derechos y obligaciones establecidas por la presente disposición legal”.

En el Art. 54 se establece que “[e]l asegurado o ex-asegurado tendrá derecho a percibir la pensión de vejez cuando alcance a cumplir con los requisitos siguientes: 1.- Haber cumplido 60 años de edad los asegurados que sean varones y 55 años de edad las mujeres, tanto para empleados administrativos como docentes, salvo que estos últimos tengan 35 ó más años de servicio, en cuyo caso no se les exigirá edad mínima. 2.- Contar con un tiempo de servicio no menor de quince años; 3.- Haber cumplido con cotizar al INPEP por período no menor de un año; 4.- El cesar en el cargo, por retiro voluntario antes de los setenta años de edad o forzoso después de cumplir dicha edad; y 5.- Presentar su solicitud de pensión, con los datos y documentos necesarios que se le soliciten para establecer su derecho de pensión”; en el Art. 55 se especifica que “[l]a pensión de

⁷⁰ Es importante mencionar que tras la aprobación de la Ley del SAP en 1996, surgieron importantes cambios para el funcionamiento del Sistema Público de Pensiones (el cual incluye al INPEP y al ISSS). La Ley del SAP impide nuevas afiliaciones a las instituciones que conforman el SPP.

vejez se otorgará al asegurado, con carácter vitalicio y se abonará con periodicidad mensual a partir de la fecha de su cese en el empleo remunerado”. En el Art. 75, se plantea que “[t]ambién es imprescriptible el derecho a las pensiones de Invalidez, Vejez y de Sobrevivientes. En consecuencia las pensiones se pagarán desde la fecha de inicio del correspondiente derecho, siempre y cuando, se hubiere cumplido con los requisitos legales para su goce”.

En lo que a los servicios de salud para los pensionados se refiere, en el Art. 76-A, se establece: “Los Pensionados por Invalidez y Vejez del Régimen Administrativo del INPEP tendrán derecho al goce de servicios de Salud Médico Hospitalarios, cuyo costo será financiado en forma compartida por el INPEP y el pensionado en los porcentajes que establezcan los estudios financiero actuariales pertinentes aprobados por la Junta Directiva del INPEP”.

iii) Ley del Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada (IPSFA)

La Ley del Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada (IPSFA) regula la seguridad social de los elementos de la Fuerza Armada y sus familias. En el Art. 18 se establecen las prestaciones “que inicialmente otorgará el Instituto (...): a) Pensiones de Invalidez; b) Pensiones por Retiro; c) Pensiones de Sobrevivientes; d) Fondo de Retiro; e) Seguro de Vida Solidario; y f) Auxilio de Sepelio”.

Esta ley se relaciona de forma directa con la PAM en el Art. 53, en el cual se establece

que “[l]os afiliados tendrán derecho a un Seguro de Vida Solidario, cuyo monto será igual a treinta veces el salario básico regulador o la pensión en su caso, y tendrá un valor mínimo de seis mil colones (¢ 6.000.00). (...) El afiliado que cause baja continuará protegido por el seguro de vida durante sesenta días, contados a partir de la fecha de baja; salvo que dicha baja fuere por motivos de mala conducta, deserción, abandono de servicio o causas que desprestigien a la Fuerza Armada, o que el fallecimiento le ocurriere por cometer actos ilegales. (...)”.

El Art. 58-C dicta que el IPSFA “desarrollará programas de adulto mayor para sus afiliados pensionados, a fin de mejorar su nivel de vida y fortalecer la salud de los mismos. (...) El Reglamento General y los reglamentos específicos establecerán la forma y condiciones en que se proporcionará esta prestación”; y el Art. 86-B establece: “Los programas de Adulto Mayor y de Recreación serán financiados con fondos del Régimen de Seguro de Vida Solidario, cuando fuere necesario y con fondos provenientes de la prestación de los servicios”.

iv) Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones (SAP)

La ley en el Art. 1 dicta: “Créase el Sistema de Ahorro para Pensiones para los trabajadores del sector privado, público y municipal, que en adelante se denominará el Sistema, el cual estará sujeto a la regulación, coordinación y control del

Estado, de conformidad a las disposiciones de esta Ley. (...) El Sistema comprende el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, mediante los cuales se administrarán los recursos destinados a pagar las prestaciones que deben reconocerse a sus afiliados para cubrir los riesgos de Invalidez Común, Vejez y Muerte de acuerdo con esta Ley”.

En el Art. 2, se establece que el SAP tendrá las siguientes características: “a) Sus afiliados tendrán derecho al otorgamiento y pago de las pensiones de vejez, invalidez común y de sobrevivencia, que se determinan en la presente Ley; b) Las cotizaciones se destinarán a capitalización en la cuenta individual de ahorro para pensiones de cada afiliado, al pago de primas de seguros para atender el total o la proporción que corresponda, según el caso, de las pensiones de invalidez común y de sobrevivencia y al pago de la retribución por los servicios de administrar las cuentas y prestar los beneficios que señala la Ley; c) Las cuentas individuales de ahorro para pensiones serán administradas por las instituciones que se faculten para tal efecto, que se denominarán Instituciones Administradoras de Fondos de Pensiones y que en el texto de esta Ley se llamarán Instituciones Administradoras. Las Instituciones Administradoras por medio de esta Ley son facultadas por el Estado para administrar el Sistema y estarán sujetas a la vigilancia y control del mismo por medio de la Superintendencia de Pensiones; d) Los afiliados del Sistema tendrán libertad para elegir y trasladarse entre las Instituciones Administradoras y, en su oportunidad, para

seleccionar la modalidad de su pensión; e) Las cuentas individuales de ahorro para pensiones serán propiedad exclusiva de cada afiliado al Sistema; f) Cada Institución administradora, administrará un fondo de pensiones en adelante el Fondo que se constituirá con el conjunto de las cuentas individuales de ahorro para pensiones, y estará separado del patrimonio de la Institución Administradora; g) Las Instituciones Administradoras deberán garantizar una rentabilidad mínima del fondo de pensiones que administren; h) El Estado aportará los recursos que sean necesarios para garantizar el pago de pensiones mínimas, cuando la capitalización de las cuentas individuales de ahorro para pensiones de los afiliados fueren insuficientes, siempre y cuando éstos cumplan las condiciones requeridas para tal efecto; y i) La afiliación al Sistema para los trabajadores del sector privado, público y municipal, es obligatoria e irrevocable según las disposiciones de la presente Ley”.

El Art. 13 establece que: “Durante la vigencia de la relación laboral deberán efectuarse cotizaciones obligatorias en forma mensual al Sistema por parte de los trabajadores y los empleadores. (...) La obligación de cotizar termina al momento en que un afiliado cumple con el requisito de edad para pensionarse por vejez, aunque no ejerza su derecho y continúe trabajando. (...) Así mismo, cesará la obligación de cotizar cuando el afiliado sea declarado inválido total mediante segundo dictamen o cuando se pensione por vejez de conformidad al inciso primero del artículo

104 de esta Ley, antes del cumplimiento de las edades a que se refiere el inciso segundo del mismo. (...) Si un afiliado continúa trabajando siendo pensionado por invalidez total o parcial declarada mediante primer dictamen o siendo pensionado por invalidez parcial mediante segundo dictamen, deberá enterar la cotización a que se refiere el literal a) del artículo 16 de esta Ley y la comisión señalada en el literal d) del artículo 49 de la misma. (...) Así mismo, los pensionados por invalidez a causa de riesgos profesionales deberán cotizar los porcentajes a que se refiere el inciso anterior, de acuerdo a lo que señala el inciso final del artículo siguiente. (...) El cese de la obligatoriedad de cotizar operará sin perjuicio de los aportes voluntarios que los afiliados decidan efectuar y de los acuerdos entre empleador y trabajador para efectuar contribuciones adicionales, cumplidas las condiciones para el cese de dicha obligatoriedad”.

En relación con la pensión de vejez, el Art. 104 plantea: “Los afiliados al Sistema tendrán derecho a pensión de vejez cuando se cumplan cualquiera de las siguientes condiciones: a) Cuando el saldo de la cuenta individual de ahorro para pensiones sea suficiente para financiar una pensión igual o superior al sesenta por ciento del Salario Básico Regulador definido en el artículo 122 de esta Ley, que al mismo tiempo sea igual o superior a ciento sesenta por ciento de la pensión mínima a que se refiere el capítulo XII de este Título. b) DEROGADO. c) Cuando hayan cumplido 60 años de edad los hombres, o 55 años de edad las mujeres,

siempre que registren como mínimo veinticinco años de cotizaciones, continuas o discontinuas. (...) Si cumplidas las edades a que se refiere el literal c) de este artículo, los afiliados no ejercen su derecho y se invalidan o fallecen, sólo serán acreedores, ellos o sus beneficiarios, al equivalente de la pensión de vejez en ese momento, liberando a la Institución Administradora de cualquier responsabilidad respecto de estos riesgos. (...) Cuando se generen pensiones por el cumplimiento de los requisitos señalados en el literal a) de este artículo antes de las edades establecidas en el literal c) del mismo, se considerarán pensiones de vejez anticipadas, las cuales no serán acreedoras de la garantía estatal de pensión mínima”.

Respecto de la pensión de invalidez, el Art. 105 plantea: “Tendrán derecho a pensión de invalidez, los afiliados no pensionados que, sin cumplir los requisitos de edad para acceder a pensión de vejez, sufran un menoscabo de la capacidad para ejercer cualquier trabajo, a consecuencia de enfermedad, accidente común o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, no así los que se invaliden por riesgos profesionales”.

En relación con la pensión de sobrevivencia, el Art. 106 establece: “Tendrán derecho a pensión de sobrevivencia los miembros del grupo familiar del afiliado que fallezca por enfermedad o accidente común, entendiéndose por el mismo, el o la cónyuge, el o la conviviente de unión no matrimonial de conformidad con el artículo 118 del

Código de Familia, los hijos fuera o dentro del matrimonio, los hijos adoptivos y los padres, legítimos o adoptivos, que dependen económicamente del causante”.

El Art. 144 dice: “El Sistema, como parte de la Seguridad Social, estará garantizado por el Estado. (...) El Estado será responsable del financiamiento y pago de las pensiones mínimas de vejez, invalidez común y sobrevivencia de conformidad con las disposiciones de este Capítulo y las normas que dicte la Superintendencia de Pensiones. Éstas se consideran como desarrollo del inciso final del Artículo 228 de la Constitución de la República”.

En el Art. 145 se plantea que: “Las pensiones mínimas de vejez, invalidez total e invalidez parcial serán establecidas anualmente por el Ministerio de Hacienda en la Ley de Presupuesto General del Estado, tomando en cuenta la variación relativa del salario promedio cotizante del Sistema y los recursos disponibles del Gobierno Central. (...) La pensión mínima de sobrevivencia se determinará como un porcentaje de la pensión mínima de vejez de conformidad con las pensiones de referencia establecidas en el artículo 121 de esta Ley. (...) Las pensiones mínimas de invalidez se convertirán en pensiones mínimas de vejez, a la fecha en que el pensionado inválido cumpla la edad legal de pensión de vejez. (...) Las pensiones mínimas son inembargables, excepto por cuotas alimenticias. En lo que exceda de la pensión mínima, se podrá embargar hasta un veinte por ciento”.

El Art. 147 establece que: “La pensión mínima de vejez es un beneficio otorgado por el Estado a los afiliados que cumplan los siguientes requisitos: 1. Tener sesenta años de edad o más, los hombres y cincuenta y cinco o más, las mujeres; y 2. Haber completado un mínimo de veinticinco años de cotizaciones registrados al momento en que se devenga la pensión, o con posterioridad, si se trata de un afiliado pensionado que continúa cotizando. Para el cálculo del tiempo cotizado, se considerará además lo siguiente: a) Los períodos por los cuales el trabajador estuvo incapacitado y percibió el respectivo subsidio, se acumularán y computarán hasta por un máximo de tres años; b) Se sumará el tiempo por el cual el afiliado hubiere recibido pensiones de invalidez declarada en primer dictamen, cuando esta hubiere cesado según el segundo dictamen; y, c) Si se trata de un afiliado pensionado que continúa cotizando, por cada 24 meses cotizados, después de cumplido el requisito de pensión de que se trate, se contabilizará un año para efectos del requisito de tiempo de la pensión mínima. (...) Los afiliados que se hubieren pensionado de conformidad a los requisitos del literal a) del Artículo 104 de esta Ley, antes de cumplidas las edades señaladas en el Literal c) del mismo, no tendrán derecho a pensión mínima de vejez”.

B. La regulación sobre la familia

i) Código de Familia

En el Art. 1 se plantea: “El presente Código establece el régimen jurídico de la familia,

de los menores y de las personas adultas mayores y consecuentemente, regula las relaciones de sus miembros y de éstos con la sociedad y con las entidades estatales”.

En este Código, se establece un articulado específico para la PAM, en el cual se reconocen sus derechos y deberes; así mismo se establecen las instituciones que tendrán por mandato legal la obligación de velar por el cumplimiento de las garantías de la PAM. Dentro del articulado se encuentra el Art. 389, el cual establece que: “Se entiende por personas adultas mayores, las que hubieren cumplido sesenta años de edad o más. En caso de duda, se presumirá que una persona es adulto mayor”.

En el Art. 391 se establece: “La protección de las personas adultas mayores comprenderá especialmente los aspectos físico, gerontológico, geriátrico, psicológico, moral, social y jurídico. (...) Se consideran aspectos esenciales de la protección integral de las personas adultas mayores el afecto, respeto, consideración, tolerancia, atención y cuidados personales, el ambiente apropiado, tranquilo y los esparcimientos adecuados”.

En el Art. 392 se plantea que: “Las personas adultas mayores, tienen derecho a vivir al lado de su familia, siendo ésta la principal responsable de su protección; la sociedad y el Estado la asumirán, cuando ellas carecieren de familia o cuando la que tengan, no sea capaz de proporcionarles una protección adecuada. El internamiento en asilos o casas de retiro se tendrá como última medida a aplicar. (...) En todo caso, dichos

centros deberán tener las características propias de un hogar familiar. (...) El Estado deberá propiciar por todos los medios a su alcance, la estabilidad de la familia de las personas adultas mayores y su bienestar en materia de salud, empleo, vivienda, educación y seguridad social, a fin de que sus miembros puedan asumir plenamente, las responsabilidades que por este régimen se les imponen. (...) El Estado promoverá la participación de la sociedad, en la protección de las personas adultas mayores”.

En el Art. 393 se estipula que: “La protección de las personas adultas mayores se realizará mediante acciones preventivas, curativas y de rehabilitación. (...) La familia, la sociedad y el Estado están obligados a ejecutar prioritariamente acciones preventivas tendientes a lograr que las personas adultas mayores vivan con dignidad, con la debida salud física, mental y emocional, gozando efectivamente de las atenciones y consideraciones especiales que requieren por su condición. (...) Las acciones preventivas del Estado se orientarán con las políticas sociales de asistencia, protección, programas de esparcimiento y voluntariados, promoción familiar y educativa que incluya a los miembros de la familia, para inculcarles valores morales como el respeto y protección a los mayores”.

Los derechos y deberes de la PAM se encuentran contemplados en los Arts. 394 y 395 del Código de Familia, respectivamente, los cuales se listan a continuación:

Derechos	Deberes
<p>“A no ser discriminado en razón de su edad”;</p> <p>“A ser atendidos con prioridad para el goce y ejercicio de sus derechos”;</p>	<p>“Respetar y considerar a los miembros de su familia, sus costumbres, el orden y las normas de conducta que rigen el hogar”;</p>
<p>“A recibir alimentación transporte y tener vivienda adecuadas”;</p>	
<p>“A vivir al lado de su familia, con dignidad, en un ambiente que satisfaga plenamente sus diversas necesidades y les proporcione tranquilidad”;</p>	<p>“Orientar con sus consejos a los miembros de su familia; compartir con ellos sus conocimientos y experiencias transmitiéndoles enseñanzas que los capaciten para enfrentar el porvenir con acierto”;</p>
<p>“A recibir asistencia médica, geriátrica y gerontológica”;</p>	
<p>“A buen trato, consideración y tolerancia, por parte de la familia, la sociedad y el Estado”;</p>	
<p>“A disfrutar en forma gratuita de programas recreativos, culturales, deportivos, de servicio o de simple esparcimiento”;</p>	
<p>“A ocupar su tiempo libre en educación continuada, empleo parcial remunerado o labores de voluntariado”;</p>	<p>“Guardar especial consideración y tolerancia con los niños y adolescentes, por su inmadurez e inexperiencia, debiendo tratar de orientarlos y dirigirlos con ejemplos y consejos oportunos”;</p>
<p>“A recibir protección contra abusos o malos tratos de cualquier índole; asistencia especializada de cualquier tipo para su bienestar y asistencia jurídica gratuita, para la defensa de sus derechos”;</p>	
<p>“A ser oídos, atendidos y consultados en todos aquellos asuntos que fueren de su interés y asegurarles la participación y comunicación en actividades de la comunidad que preserven su autoimagen de personas útiles a la sociedad”;</p>	
<p>“A no ser obligados a realizar labores o trabajos que no sean acordes a sus posibilidades o condiciones físicas; o que menoscaben su dignidad”;</p>	<p>“Colaborar en la medida de sus posibilidades, en las tareas y ocupaciones cotidianas del hogar”.</p>
<p>“A recibir oportunamente pensión por retiro o cuotas subsidiarias para gastos personales y verificar periódicamente sus pensiones”;</p>	
<p>“A ser informados de sus derechos y de las leyes que se los garantizan”; y</p>	
<p>“A gozar de los demás derechos que les reconocen la Constitución, los tratados internacionales ratificados por El Salvador y demás leyes que les garanticen su protección”.</p>	

Otro aspecto que se establece dentro del Código de Familia es la manera como el Estado protegerá a los adultos mayores. Para lograr tal objetivo, se crea el Sistema Nacional de Protección a la Familia y Personas Adultas Mayores (Art. 398), que está integrado por las siguientes instituciones (Art. 400):

- Procuraduría General de la República (PGR)
- Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos (PDDH)
- Ministerio de Justicia y Seguridad Pública
- Ministerio de Educación (MINED)
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)
- Ministerio de Trabajo y Previsión Social (MTPS)
- Viceministerio de Vivienda y Desarrollo Urbano
- Secretaría de Inclusión Social (SIS)⁷¹
- Instituto Salvadoreño de Protección al Menor (ISPM)
- Las asociaciones comunitarias y de servicio y los organismos no gubernamentales que tuvieren actividades afines a las de las anteriores.

71 El decreto original establecía la participación de la Secretaría Nacional de Familia (SNF), la cual fue creada en 1989, y fue sustituida por la Secretaría de Inclusión Social (SIS) en 2009. La nueva SIS retoma los programas de la SNF, al mismo tiempo que asume los compromisos y las obligaciones establecidas legalmente.

El Art. 398 dicta que: “La protección integral de la familia y personas adultas mayores, a cargo del Estado, se hará a través de un conjunto de acciones gubernamentales y no gubernamentales, coordinadas por la Secretaría Nacional de la Familia, con la participación de la comunidad y el apoyo de los organismos internacionales, los que conforman el Sistema Nacional de Protección a la Familia y Personas Adultas Mayores. Dicho sistema garantizará la satisfacción de las necesidades básicas de alimentación, vivienda, salud, educación y estabilidad de la unidad familiar”.

ii) Ley Procesal de Familia

Ley Procesal de Familia se encarga de establecer todo el contenido de carácter procesal, relacionado directamente con las instituciones jurídicas contenidas en el Código de Familia. En el Art. 1 se establece que: “La presente Ley tiene por objeto establecer la normativa procesal para hacer efectivos los derechos y deberes regulados en el Código de Familia y otras Leyes sobre la materia”.

Dentro de la ley existe una sección específica, que se refiere a la PAM. En ella se encuentra la Sección Quinta: “Menores, Incapaces y Personas Adultas Mayores”. Dentro del articulado se halla contenido el Art. 144, el cual establece los siguientes procesos para la protección de los menores, incapaces y personas de 60 años y más: “a) Ordenar que cese la amenaza o vulneración del derecho y el restablecimiento del mismo;

b) Ordenar al infractor que se abstenga de reincidir en su comportamiento; c) Ordenar que el grupo familiar o cualesquiera de sus miembros asistan a programas de orientación y apoyo socio familiar o médicos, si fuere el caso; d) Ordenar las medidas necesarias que garanticen el ejercicio del derecho amenazado o vulnerado; e) Librar los oficios correspondientes a las instituciones estatales que deben cumplir o hacer cumplir los derechos que se encuentren vulnerados o amenazados, para que a los responsables se les apliquen sanciones de conformidad a las normas respectivas, previniéndoles que deben informar al Juzgado el cumplimiento de dicha orden; y, f) Fijar la cuantía de la indemnización por daños y perjuicios que a favor del menor deba pagar el infractor. La indemnización comprende el resarcimiento del daño moral y material ocasionado. (...) Lo anterior será aplicable en los procesos que tengan por objeto la protección del incapaz y de las personas adultas mayores, cuando fuere el caso”.

Además, en el Art. 19 se establece que: “En cada Juzgado de Familia habrá un Procurador de Familia, delegado del Procurador General de la República, quien velará por el interés de la familia, de los menores, incapaces y de las personas adultas mayores, y además actuará en representación de la parte demandada en los casos previstos por la Ley. (...) El Procurador de Familia podrá intervenir y hacer uso de sus derechos en todos los actos procesales”.

C. La violencia intrafamiliar

i) Ley contra la Violencia Intrafamiliar

Tiene como objetivo sancionar todo tipo de violencia a la integridad física, psíquica, moral y sexual, ejercida contra alguno de los miembros de la familia, especialmente sobre aquellos más vulnerables, tales como los menores, las mujeres y las personas adultas mayores. En el Art. 1, se plantea: “La presente Ley tiene los siguientes fines: a) Establecer los mecanismos adecuados para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar, en las relaciones de los miembros de la familia o en cualquier otra relación interpersonal de dichos miembros, sea que éstos compartan o no la misma vivienda; b) Aplicar las medidas preventivas, cautelares y de protección necesarias para garantizar la vida, integridad y dignidad de las víctimas de la violencia intrafamiliar; c) Regular las medidas de rehabilitación para los ofensores; y, d) Proteger de forma especial a las víctimas de violencia en las relaciones de pareja, de niños y niñas, adolescentes, personas adultas mayores y personas discapacitadas. Esta protección especial es necesaria para disminuir la desigualdad de poder que exista entre las personas que constituyen una familia y tomar en cuenta la especial situación de cada una de ellas. (...) Para los efectos de esta ley se entienden por familiares las relaciones entre, cónyuges, ex-cónyuges, convivientes, ex-convivientes, ascendientes, descendientes, parientes

colaterales por consanguinidad, afinidad, adopción, los sujetos a tutela o guarda, así como cualquier otra, relación interpersonal que pueda generar este tipo de violencia”.

Esta ley contiene artículos específicos de protección a la PAM, como un grupo social vulnerable de violencia familiar. El Art. 5 señala: “Para el cumplimiento de la presente Ley intervendrán los Tribunales de Familia y de Paz, el Ministerio Público, el Ministerio de Gobernación, el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer y las Instituciones Gubernamentales que velan por la familia, las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes, las personas con discapacidad y las personas adultas mayores”.

En el Art. 6, se plantea: “Es obligación del Estado prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y con esa finalidad se desarrollarán las siguientes acciones: a) Incorporar en la formación escolar, académica técnica formal y no formal, la enseñanza de los valores éticos, cívicos y sociales; el respeto a la dignidad de la persona humana, a los derechos y deberes de los integrantes de la familia, los niños y niñas, personas discapacitadas; y las personas adultas mayores conforme lo establecido en la legislación vigente y los instrumentos internacionales ratificados por El Salvador; (...) e) Promover la participación activa de entidades públicas y de organizaciones de la sociedad civil dedicadas a la protección de la infancia, de la familia, de la mujer, de las personas discapacitadas y de las personas adultas mayores, para el desarrollo de labores

preventivas y de control en la ejecución de las medidas cautelares y de protección a las víctimas de violencia intrafamiliar y la rehabilitación de los ofensores”.

En el Art. 40, se establece que: “Los Jueces o Juezas podrán solicitar colaboración a todas las entidades y organizaciones públicas o privadas dedicadas a la protección de la niñez, adolescencia, mujeres, personas adultas mayores y discapacitadas, a efecto de que se proporcione asistencia y acompañamiento gratuito a las víctimas afectadas por hechos de violencia intrafamiliar denunciados, y para que coadyuven en la aplicación de las medidas de protección que se impongan de conformidad a la presente Ley, al ordenamiento familiar, de la niñez y adolescencia. (...) Los funcionarios judiciales y administrativos, podrán permitir con expresa voluntad de la víctima el acompañamiento psicológico y emocional, al denunciar el hecho y en las respectivas audiencias, ya sea de persona natural o de organizaciones de la sociedad civil que trabajen para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar, durante el proceso judicial y administrativo, lo que deberá constar en acta. La víctima hará cesar dicho acompañamiento y sustituirlo por otra persona o institución, de la misma manera. (...) La víctima igualmente tendrá derecho a ser asistida técnicamente por el equipo multidisciplinario adscrito al Tribunal de Familia, por el período establecido por éste”.

D. Atención integral de la población adulta mayor

i) Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor

La Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor se deriva del Código de Familia. En el Art. 1, se establece: “La presente Ley tiene por objeto garantizar y asegurar una atención integral para la protección de las personas adultas mayores y contribuir al fortalecimiento e integración de la familia”. El Art. 2 dicta que “Para los efectos de la presente Ley se considerará persona adulta mayor a todo hombre o mujer que haya cumplido sesenta años de edad”.

En el Art. 3, se establece: “La familia tendrá la responsabilidad primaria de atención a las personas adultas mayores y el Estado estará obligado a brindar el apoyo a través de las instancias respectivas”; y en el Art. 4, se plantea que: “A falta de una familia para las personas adultas mayores, el Estado garantizará su atención a través de la institución correspondiente coordinada por la Secretaría Nacional de la Familia, con el apoyo de instituciones públicas, privadas e instituciones no gubernamentales, dedicadas para tal fin”.

Esta ley retoma del Código de Familia los derechos y deberes de la PAM. Sin embargo, la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor añade el siguiente derecho: “Disfrutar de un envejecimiento útil a la sociedad, entendiéndose éste como el aprovechamiento máximo de sus

experiencias adquiridas participando activamente en el desarrollo de sus capacidades y habilidades”.

En esta ley se crea el Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de los Adultos Mayores. Así, en el Art. 7, se establece: “Créase para la ejecución del conjunto de acciones gubernamentales y no gubernamentales, a favor de la protección integral de las personas adultas mayores el CONSEJO NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A LOS PROGRAMAS DE LOS ADULTOS MAYORES, que estará conformado por el titular o el representante legal de las siguientes instituciones: 1°.) Secretaría Nacional de la Familia, que será quien coordine el Consejo y tendrá la representación legal, 2°.) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 3°.) Ministerio de Educación 4°.) Ministerio de Trabajo 5°.) Instituto Salvadoreño del Seguro Social 6°.) Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos 7°.) Procuraduría General de la República 8°.) Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada 9°.) Asociación Geriátrica de El Salvador 10°.) Un técnico de la Corporación de Municipalidades de la República de El Salvador 11°.) Asociación Nacional de la Empresa Privada 12°.) De las Asociaciones o Fundaciones legalmente constituidas e inscritas en la Secretaría Nacional de la Familia que trabajan a favor de las personas adultas mayores. (...) La forma de elección del representante de cada institución, se hará de conformidad a lo que establece el Reglamento de la presente Ley”.

En materia de seguridad social, la Ley regula varios aspectos. En el Art. 14, se establece que: “Es obligación de las instituciones públicas, privadas y gobiernos locales preparar a los empleados y trabajadores para disfrutar dignamente de la jubilación que conforme a la Ley les corresponda, lo cual será supervisado por el Consejo”. Mientras que en el Art. 15, se dicta que: “Las instituciones mencionadas en el Artículo precedente no podrán obligar a la jubilación, cuando las personas adultas mayores mantengan una aptitud laboral”.

En lo que respecta al trabajo, en el Art. 16 se estipula que: “Toda persona adulta mayor tiene derecho a un ingreso, mediante el acceso sin discriminación al trabajo, de acuerdo a sus facultades físicas y mentales, así como a una pensión decorosa que le permita un nivel adecuado y la satisfacción de sus necesidades como ser humano”.

En cuanto a seguridad social, el Art. 23 plantea que: “En caso de desamparo o abandono, corresponde al Estado la atención de las personas adultas mayores, ya sea en forma directa o por medio de instituciones establecidas o creadas para tal efecto, entre ellas Hogares, Asilos o casas de Asistencia Social. (...) Podrán existir Convenios con Instituciones Privadas para tal efecto. (...) Se considera una persona adulta mayor en situación de abandono o riesgo social, cuando: 1°.) Carezca de medios de subsistencia; 2°.) Se vea privado de alimentos o de las atenciones que requiere su salud; 3°.) No disponga de una habitación cierta; 4°.) Se vea habitualmente privado

del afecto o del cuidado de sus hijos o familiares dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad; 5°.) Sea objeto de violencia intrafamiliar o malos tratos por terceras personas; y; 6°.) Existan circunstancias de desamparo que lleven a la convicción de que se encuentra en situación de abandono, la cual será declarada por los Tribunales correspondientes. (...) Los servicios de asistencia legal para estas personas se brindarán, gratuitamente por las instituciones correspondientes”.

En relación con las medidas de protección a la PAM, el Art. 24 establece que: “A efecto de prevenir la violencia física, psicológica o sexual contra las personas adultas mayores, se aplicarán las disposiciones que para tal efecto contempla la Ley Contra la Violencia Intrafamiliar y la normativa de familia, penal y procesal penal. (...) Estarán legitimados para ejercer tal acción, los representantes de las instituciones públicas y privadas, encargados de los programas de atención a las personas adultas mayores, así también cualquier persona que conozca de estos abusos”.

En materia de salud, el Art. 10 estipula que: “Las personas adultas mayores gozarán de una atención médica integral gratuita en las instituciones públicas”; y el Art. 11 señala que: “Los servicios médicos de las instituciones públicas y municipales, deberán contar con atención Geronto-Geriátrica”.

En materia de educación, en el Art. 32 se plantea que: “Las instituciones educativas

tienen la obligación de realizar acciones, para que la población reciba educación por cualquier medio, referida al proceso de envejecimiento y sus necesidades”.

El Art. 33 establece: “Los programas de estudio de los niveles primario y secundario, así como de las carreras del área de salud, área social y otras especialidades, deben abordar contenidos relacionados con el envejecimiento y fomentar valores familiares”.

ii) Reglamento de la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor

El Reglamento de la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor, en su Art. 1, establece el siguiente propósito: “Garantizar, desarrollar y facilitar la aplicación de las disposiciones de la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor, en adelante ‘la Ley’, y con ello contribuir a asegurar la atención integral que de conformidad con ésta debe brindarse a las personas adultas mayores”.

En el Art. 5 se establece: “Los principios que orientan la Política Nacional de Atención a la Persona Adulta Mayor, incorporados en la Ley y en este Reglamento, son los siguientes: a. Universalidad. Todas las acciones que se implementen para beneficio de las personas adultas mayores deben tener siempre la más alta cobertura para este sector de la población. b. Normalización. Comprende la autonomía y autorrealización de las personas adultas mayores e implica que todas las acciones que se realicen en

beneficio de ellas deben tender a fortalecer su independencia personal, su capacidad de decisión y su desarrollo personal. c. Democratización. Implica que debe hacerse accesible a las personas adultas mayores el derecho a disfrutar de una vida plena y a participar del desarrollo económico, social y cultural de la comunidad. Asimismo, este principio implica que en todos los casos de la vida pública y en los aspectos que les atañen directamente, las personas adultas mayores deben ser consultadas y tomadas en cuenta, promoviendo su participación e intervención”.

En el Art. 6, se plantea: “El Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de los Adultos Mayores, que en adelante se denominará ‘El Consejo’, para la ejecución del conjunto de las acciones gubernamentales y no gubernamentales coordinará con los otros organismos de la administración pública, las municipalidades y las organizaciones no gubernamentales, la aplicación del presente Reglamento”; y en el Art. 11, se establecen las siguientes funciones para el cumplimiento de las atribuciones del Consejo: “1. Elaborar informes nacionales e internacionales de la situación de la atención integral a las personas adultas mayores, así como de sus avances; 2. Evaluar y dar seguimiento en forma periódica a nivel nacional, al cumplimiento de la Política Nacional de Atención a la Persona Adulta Mayor; 3. Elaborar indicadores sociales sobre la atención de las personas adultas mayores en todas las áreas; 4. Gestionar cooperación

técnica en apoyo al cumplimiento de sus objetivos y de los fines de la Ley; 5. Autorizar la creación y cierre de los Centros de Atención públicos, privados y municipales de conformidad con la Ley y las normas que se dicten para este fin. 6. Remitir al Ministerio de Hacienda la recomendación de ajustar las prestaciones económicas y sociales que se le proporcionarán a la población jubilada, de conformidad a los estudios actuariales que se realicen; 7. Hacer propuestas para la revisión de las leyes existentes, con el objeto de armonizarlas a la Ley y al presente reglamento en beneficio de las personas adultas mayores; 8. Emitir opinión sobre el otorgamiento de personalidad jurídica a una Asociación o Fundación que tenga por objeto brindar atención a las personas adultas mayores, según lo solicite el Ministerio de Gobernación; 9. Designar comisiones de trabajo y salidas al extranjero; 10. Elaborar su Reglamento Interno; 11. Nombrar de entre su seno a un (a) Secretario (a) de Actas; 12. Elaborar un plan de trabajo anual con los insumos de las instituciones que lo conforman; 13. Elaborar normas, manuales e instructivos para fortalecer y desarrollar las actividades a favor de las personas adultas mayores, incluidas las que se realicen dentro de los Centros de Atención; y, 14. Las demás que la Ley y este Reglamento le señalen”. A un nivel más específico, en el Art. 20, se plantea que: “El Consejo supervisará los Centros de Atención a la persona adulta mayor, ya sea públicos, privados o municipales, asilos, residencias y centros de

día, a fin que éstos garanticen los servicios médicos en el área de geriatría y brinden una adecuada atención médica en los casos que requieran de hospitalización. Para estos efectos el Consejo se apoyará en el Comité Técnico de Apoyo”.

Los apartados que contiene el Reglamento son: Salud y Nutrición, Régimen de Seguridad y Previsión Social, Educación, Recreación, Cultura y Deporte, y Vivienda y Accesibilidad. Aspectos sobre los cuales se comenta a continuación.

En lo que respecta al capítulo de salud, en el Art. 21, se dicta: “El Consejo promoverá que los Centros de Atención a la persona adulta mayor, públicos, privados o municipales, cuenten con atención geriátrica; propiciando para ello la conformación de un equipo multidisciplinario que se capacite en atención a los adultos mayores, para que de acuerdo a la capacidad instalada, llegue a constituirse en un equipo de especialistas. (...) El Estado deberá proveer los servicios domiciliarios especializados a todas las personas adultas mayores que lo requieran, en especial a las que presenten alguna discapacidad. Así también, deberán coordinar a nivel local servicios socio-sanitarios destinados a las personas adultas mayores”.

El Art. 22 establece que: “El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social dictará las normas técnicas que orienten a quienes administren los Centros de Atención y comedores populares, en los concerniente a

la elaboración o preparación de alimentos, condiciones de higiene y de infraestructura mínima para un funcionamiento adecuado de los mismos”.

En el Art. 23, se estipula: “El Consejo en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Ministerio de Educación, e Instituciones dedicadas a la Atención a la Persona Adulta Mayor, velarán por el desarrollo e implementación de planes de educación para la sociedad en general con énfasis en las personas adultas mayores, en la adquisición de hábitos de nutrición y alimentarios idóneos, tanto en zonas urbanas como rurales. Asimismo, promoverán la realización de estudios sobre la situación nutricional de las personas adultas mayores a niveles comunitarios”.

En el capítulo de seguridad y previsión social, específicamente en el Art. 24, se estipula lo referente a la jubilación de la PAM; y al respecto señala lo siguiente: “El Ministerio de Trabajo y Previsión Social, el Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos, el Instituto Salvadoreño de Seguro Social, las Administradoras de Fondos de Pensiones y los propietarios o administradores de centros de trabajo del sector público y privado, adoptarán todas las medidas tendientes a que las personas adultas mayores se informen de los derechos que la jubilación trae consigo, de los trámites a realizar y de las instancias a las que el beneficiario debe acudir para el otorgamiento de la pensión. (...) El Consejo velará porque la información brindada a las personas adultas mayores por

las instituciones antes mencionadas sea veraz y actualizada”.

En el capítulo de educación, recreación, cultura y deporte, se establece dentro del Art. 35 que: “El Consejo velará para que el Ministerio de Educación ejecute las medidas necesarias para que las personas adultas mayores tengan fácil acceso a la enseñanza básica a través de una educación formal, técnica y no formal permanente”.

En lo que respecta al capítulo de vivienda, en el Art. 41, se plantea: “El Consejo coordinará acciones a fin que las Municipalidades, el Viceministerio de Vivienda y Desarrollo Urbano, la Oficina de Planificación del Área Metropolitana de San Salvador, el Viceministerio de Transporte, la Superintendencia General de Electricidad y Telecomunicaciones y el Ministerio de Trabajo y Previsión Social, velen porque las instituciones públicas y privadas, que ejecuten obras de desarrollo urbano dentro de su jurisdicción geográfica, cumplan con la normativa técnica de accesibilidad urbanística, arquitectónica, transporte y comunicación. (...) El Consejo coordinará con las instituciones antes referidas, para que se cumplan con las condiciones de accesibilidad dispuestas en las distintas Leyes y normas correspondientes”. Esto podría interpretarse como que las instituciones encargadas del área de vivienda deben velar para que exista una infraestructura que se adapte a las necesidades de la PAM. Este es un aspecto de gran relevancia, si se toma en consideración las transformaciones

demográficas que han ocurrido en el país y las proyecciones para los próximos años que se han analizado en el capítulo 1.

En el capítulo de medidas de protección se encuentra el Art. 45, en el cual se establece que: “Cuando una persona adulta mayor sea de objeto de violencia física, psicológica, sexual y patrimonial, se recurrirá a las disposiciones que estable[ce] la Ley contra la Violencia Intrafamiliar y la Legislación de Familia. Si los hechos son constitutivos de delitos, deberá atenderse a lo que disponen los Códigos Penal y Procesal Penal”.

iii) Norma de Atención Integral en Salud para la Persona Adulta Mayor⁷²

La Norma es creada según lo establecido en los artículos 7 y 19 de la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor, y tiene por objeto “establecer disposiciones técnico operativas para la atención integral en salud de las personas adultas mayores, estandarizando las acciones a ejecutar por los proveedores de servicios de salud, orientados a favorecer estilos de vida saludable y conductas de autocuidado de la salud, la participación activa de las personas adultas mayores, la familia y la comunidad” (Art. 1). En el Art. 2 se plantea que: “Están sujetas a la aplicación y al obligatorio

cumplimiento de la presente Norma, toda persona natural o jurídica, pública, autónoma o privada que provean servicios de atención integral en salud a las personas adultas mayores”.

Para el cumplimiento de dicho objetivo se establece en el Art. 5 que: “Las instituciones proveedoras de servicios de atención integral en salud a la persona adulta mayor, deberá contar con personal de salud capacitando para brindar atención con enfoque gerontológico, en los diferentes niveles de atención, basado en la promoción de la salud y prevención de los factores de riesgo”. En tal sentido, en el Art. 6 se dicta que: “El Ministerio con la colaboración de la Asociación Geriátrica, deberán brindar asesoría y asistencia técnica para que los proveedores de servicios dedicados a la salud de la Población Adulta Mayor desarrollen intervenciones integrales con enfoque gerontológico”.

Según el Art. 7: “Las instituciones proveedoras de servicios de atención integral en salud a la persona adulta mayor, desarrollarán sus acciones prioritariamente en las áreas de salud nutricional, salud sexual y reproductiva, promoción de la salud, atención de la morbilidad y rehabilitación, la salud ambiental así como la promoción y ejecución de investigaciones en relación con la vejez y el envejecimiento de la población”.

En el Art. 13, se establece que: “El personal de salud que presta servicios de atención

72 Además, el ISSS ha aprobado en 2007 la Norma Técnica del Programa de Atención Integral en Salud al Adulto Mayor. Sin embargo, para los propósitos de esta investigación, únicamente se reseña la Norma de Atención Integral en Salud para la Persona Adulta Mayor.

integral en salud a la persona adulta mayor, debe estar capacitado en actividades de promoción, prevención, detección, tratamiento y rehabilitación de la salud y en el desarrollo de acciones de información, educación y comunicación, de acuerdo a las normas, guías y protocolos vigentes deberá además carnetizar a las personas adultas mayores atendidas”.

4.2. Legislación internacional relacionada con la población adulta mayor

La legislación internacional es el conjunto de normas de carácter internacional, que son obligatorias para los Estados que las suscriben. En el Cuadro 4.2, se presentan los convenios y pactos internacionales relacionados con la PAM y que han sido suscritos por El Salvador.

Cuadro 4.2: Convenios y pactos internacionales relacionados con la población adulta mayor

No.	Convenios y pactos	Oganis-mo	Objetivo	Fecha de suscrip-ción/ ratificación de El Salvador
1	Declaración Universal de Derechos Humanos	ONU	Promover la libertad, la justicia y la paz en el mundo con base en el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana.	1948
2	Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos	ONU	Reconocimiento de parte de los Estados suscriptores de los derechos civiles y políticos de sus ciudadanos.	21/09/1967
3	Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales	ONU	Reconocer los Estados suscriptores de todos los derechos económicos, sociales y culturales inherentes a toda persona humana.	21/09/1967
4	Convención Americana sobre los Derechos Humanos, Pacto de San José	OEA	Respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.	11/22/1969

No.	Convenios y Pactos	Oganis- mo	Objetivo	Fecha de Suscrip- ción/ Ratificación de El Salvador
5	Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador"	OEA	Los Estados "se comprometen a adoptar las medidas necesarias tanto de orden interno como mediante la cooperación entre los Estados (...) a fin de lograr progresivamente, y de conformidad con la legislación interna, la plena efectividad de los derechos que se reconocen en el presente Protocolo".	17/11/1988

Fuente: Elaboración propia con base en los convenios y pactos internacionales.

La *legislación internacional* que se relaciona con la PAM es la siguiente:

A. Declaración Universal de los Derechos Humanos⁷³

Regula todos los derechos inherentes al ser humano. Los principios fundamentales en los que se fundamenta la Declaración son la dignidad, el valor de la persona humana y la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, sin ninguna distinción por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión u otra índole.

El Art. 1 señala que "todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros".

En el Art. 2, se manifiesta que "toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía".

En los Arts. 1 y 2, se plantea la igualdad en el goce y ejercicio de los derechos inalienables de toda persona, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole.

El Art. 3 establece: "Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la

⁷³ En seguimiento se tiene la "Proclamación de Teherán", proclamada por la Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán, el 13 de mayo de 1968, cuyo objetivo principal fue el de evaluar los avances logrados en los veinte años transcurridos desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

seguridad de su persona”. Adicionalmente, se encuentra el Art. 23, que señala: “Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo”. Este Art. 23 señala también que “toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social”.

Por otro lado, el Art. 25 plantea que: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar; y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

B. Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos

Reconoce la dignidad inherente a todas las personas, así como la igualdad de derechos e inalienabilidad de los mismos. El objetivo del Pacto es la creación de condiciones que permitan a las personas el disfrute de las libertades civiles y políticas, y de los derechos civiles y políticos, sin discriminaciones de ninguna índole.

El Art. 2 establece que “1. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a respetar y a garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción los derechos reconocidos en el presente Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. 2. Cada Estado Parte se compromete a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones del presente Pacto, las medidas oportunas para dictar las disposiciones legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos los derechos reconocidos en el presente Pacto y que no estuviesen ya garantizados por disposiciones legislativas o de otro carácter. 3. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a garantizar que: a) Toda persona cuyos derechos o libertades reconocidos en el presente Pacto hayan sido violados podrá interponer un recurso efectivo, aun cuando tal violación hubiera sido cometida por personas que actuaban en ejercicio de sus funciones oficiales; b) La autoridad competente, judicial, administrativa o legislativa, o cualquiera otra autoridad competente prevista por el sistema legal del Estado, decidirá sobre los derechos de toda persona que interponga tal recurso, y desarrollará las posibilidades de recurso judicial; c) Las autoridades competentes cumplirán toda decisión en que se haya estimado procedente el recurso”.

Lo anterior implica que el Estado debe de buscar la consecución y el cumplimiento eficaz e inmediato de todos los derechos civiles y políticos de todos los individuos, incluyendo las personas adultas mayores.

C. Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Tiene por objetivo promover el respeto universal y efectivo de los derechos económicos, sociales y culturales, así como las libertades humanas de todos los individuos, dejando fuera todo tipo de discriminación entre ambos sexos. Para el cumplimiento de dicho objetivo, los Estados se comprometen a procurar la vigencia y observancia de los derechos reconocidos en el Pacto.

El Art. 2 manifiesta: “1. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos. 2. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o

cualquier otra condición social. 3. Los países en desarrollo, teniendo debidamente en cuenta los derechos humanos y su economía nacional, podrán determinar en qué medida garantizarán los derechos económicos reconocidos en el presente Pacto a personas que no sean nacionales suyos”.

El Art. 3 establece que “los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a asegurar a los hombres y a las mujeres igual título a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en el presente Pacto”.

El Art. 9 dice: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social”. Los Estados son los responsables directos de proporcionar dicha garantía a todas las personas, dentro de las que se incluyen las personas de 60 años y más.

El Art. 11 manifiesta que: “1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Los Estados Partes tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento. (...)”.

En el tema de salud, el Pacto plantea en el Art. 12: “1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona

al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: (...) b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

D. Convención Americana sobre los Derechos Humanos, Pacto de San José

Reconoce que los derechos esenciales del ser humano no emanan del hecho de ser miembro de un Estado específico, sino del simple hecho de ser una persona humana. Ello obliga a los Estados a garantizar la protección nacional e internacional de las personas, sin importar el origen de las mismas. La Convención establece que los Estados miembros se deben comprometer a respetar los derechos y libertades reconocidos de las personas, sin ninguna discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica u otra condición social.

En el Art. 4, se establece que “toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente (...)”.

El Art. 5 manifiesta que “toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral (...)”. En el Art. 7, se establece que: “1. toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales (...)”.

E. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”

Contiene un régimen de libertad personal y de justicia social, fundado en el respeto de los derechos humanos esenciales del hombre. Además, reconoce que los derechos esenciales de las personas no son originados por el hecho de ser nacional de determinado Estado, sino que se fundamentan en el hecho de ser una persona humana; ello implica que los Estados del continente americano están comprometidos en garantizar la protección de las personas.

En el Art. 17, se estipula que “toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a: a. proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas; b. ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de

realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos; c. estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos”.

El Art. 9 se refiere a la seguridad social, y en él se establece que: “1. Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa. En caso de muerte del beneficiario, las prestaciones de seguridad social serán aplicadas a sus dependientes. 2. Cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional (...)”.

El Art. 10 manifiesta que: “1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal

la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”.

En la búsqueda de información se han encontrado dos declaraciones de los Gobiernos a nivel de la Comunidad Iberoamericana: (i) la Declaración de Cartagena de Indias sobre Políticas Integrales de las personas con discapacidad en el Área Iberoamericana (1992), y (ii) la Declaración de la XVII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, “Declaración de Santiago” (2007). Además de eso, se encontraron los trabajos de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de la ONU (2002). Sin embargo, por el propósito de este apartado no se reseñan.



BIBLIOGRAFÍA

- ▶ Aguilera Torruella, Delmy Lorena María; Duarte Schlageter, Claudia Cristina; Ferrufino Castellanos, Silvia Carolina; Navarrete Figueroa, Carmen Elena y Vaquerazo Anaya, Patricia Elena (1998). Análisis y justificación de la reforma al sistema previsional en El Salvador: Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones. San Salvador. Tesis. Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas” (UCA).
- ▶ Alvarado Pérez, Evelyn Griselda y González Contreras, Amelia Cristina (2008). Eficacia de los programas de salud pública de los adultos mayores, implementado por el Consejo Nacional de Atención Integral. San Salvador, Tesis. Universidad de El Salvador.
- ▶ Alvarenga, Ligia (2002). A Cinco Años de la Reforma de Pensiones en El Salvador y su Impacto en la Equidad de Género. Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- ▶ Aranibar, Paula (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. CEPAL-CELADE, Santiago de Chile. Serie población y desarrollo No. 21.
- ▶ Arenas de Mesa, Alberto y Gana Cornejo, Pamela (2001). Reforma a los sistemas de pensiones y los desafíos de la dimensión de género. CEPAL-CELADE, Santiago de Chile. Serie población y desarrollo No. 18.
- ▶ Bonilla García, Claudia María; Rivera Menjívar, Oscar Diego y Santacruz Sánchez, Lidia Beatriz (2008). El impacto que generan los diversos instrumentos jurídicos en la realidad social de la población adulta mayor en El Salvador. San Salvador. Tesis. Universidad de El Salvador.

- ▶ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) (1998). “América Latina: Proyecciones de Población 1970-2050”, en Boletín Demográfico No. 59. CELADE. Documento accesible en Internet: <http://www.eclac.org/Celade/publica/bol62/BD62Def.html> [consultado el 20 de septiembre de 2009].
- ▶ CELADE, CEPAL y UNFPA (2007). Boletín Envejecimiento y Desarrollo No. 5.
- ▶ CEPAL (2008). Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo de América Latina y el Caribe. LC/G. 2378 (SES.32/14).
- ▶ CEPAL (2007). Informe sobre la aplicación de la estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento. LC/L. 2749 (CRE-2/3).
- ▶ CEPAL (2003). Boletín Demográfico. América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población. CEPAL, Año XXXVI, No. 72.
- ▶ Chackiel, Juan (2000). El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable? CEPAL-CELADE, Santiago de Chile. Serie población y desarrollo No. 4.
- ▶ Del Popolo, Fabiana (2001). Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. CEPAL-CELADE, Santiago de Chile, Serie población y desarrollo No. 19.
- ▶ Dirección General de Estadística y Censos. (DIGESTYC) (2008). VI Censo de Población y V de Vivienda 2007. El Salvador.
- ▶ Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) (1998). Resultados de la Población de la Tercera Edad en El Salvador 1971- 1992. El Salvador.
- ▶ Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) (1995). V Censo de Población y IV de Vivienda 1992. El Salvador.
- ▶ Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) (1974). IV Censo de Población y III de Vivienda 1971. El Salvador.
- ▶ Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) (1965). III Censo de Población y II de Vivienda 1961. El Salvador.
- ▶ Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) (1954). II Censo de Población y I de Vivienda 1950. El Salvador.
- ▶ Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía

- (CELADE) (2009). República de El Salvador: Estimaciones y Proyecciones de la Población por Departamento para el período 1995-2020. El Salvador.
- ▶ Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) (2009). República de El Salvador: Estimaciones y Proyecciones de la Población 1950- 2050. El Salvador.
 - ▶ Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) (2008). El Salvador: Fuentes de datos, metodología y estimaciones demográficas del período 1950- 2007. El Salvador.
 - ▶ Estupinián Mendoza, Carlos René; Iraheta Ayala, Salvador Adilio y Flores Ramírez, Mario Edwin (2003). Deficiencia en la aplicación de la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor de las instituciones públicas violentando los beneficios del adulto mayor. San Salvador. Tesis. Universidad de El Salvador.
 - ▶ Guzmán, José Miguel (2002). Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. CEPAL-CELADE, Santiago de Chile. Serie población y desarrollo No. 28.
 - ▶ Instituto Mexicano del Seguro Social y Comisión Internacional de Seguridad Social (2004). La salud del adulto mayor, temas y debates. IMSS y CISS. Primera Edición, México D.F. México.
 - ▶ Martínez, Maritza (2008). El Sistema de Pensiones Público a 10 años de la Reforma Previsional. Superintendencia de Pensiones.
 - ▶ Mesa-Lago, Carmelo y Durán, Fabio (2008). Evaluación de la Reforma de Pensiones en El Salvador: Antecedentes, Objetivos y Perspectivas. Friedrich Ebert Stiftung. El Salvador.
 - ▶ Mesa-Lago, Carmelo (2004). Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social. Financiamiento del desarrollo series, No. 144. Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL). Santiago, Chile.
 - ▶ Mesa-Lago, Carmelo y Córdova Macías, Ricardo (1998). "Social Security Reform in El Salvador". En María Amparo Cruz-Saco y Carmelo Mesa-Lago. Do Options Exist? The Reform of Pension and Health Care Systems in Latin America. Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, pp. 109-129.
 - ▶ Mesa-Lago, Carmelo; Córdova Macías, Ricardo y López, Carlos Mauricio (1994). El Salvador: Diagnóstico y propuesta de reforma de la seguridad social. Centro

- ▶ Internacional para el Desarrollo Económico (CINDE), Friedrich Ebert Stiftung (FES) y Fundación Dr. Guillermo Manuel Ungo (FUNDAUNGO), El Salvador.
- ▶ Ministerio de Hacienda de Chile (1999). Informe de Síntesis N. 16. Programa Salud del Adulto Mayor: Ministerio de Salud, División de Salud de las Personas Adultas Mayores. Chile. Disponible en línea en http://www.dipres.cl/574/articulos-14972_doc_pdf.
- ▶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) (2003). Dirección de Planificación, Unidad de Economía de la Salud. Compendio de Cifras del Financiamiento y Gasto Nacional en Salud en El Salvador 1996-2001. San Salvador, MSPAS, mayo de 2003.
- ▶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) (2001). Dirección de Planificación, Unidad de Economía de la Salud. Cuentas Nacionales en Salud 1998: Estimación del gasto nacional en salud en El Salvador. San Salvador, MSPAS, julio de 2001.
- ▶ PNUD–UNIFEM (2009). Trabajo que no se mira ni se cuenta. Aportes para una nueva relación entre el género y la Economía. Cuadernos sobre Desarrollo Humano. San Salvador. Junio 2009. No. 7, El Salvador.
- ▶ PNUD (2008). Informe sobre Desarrollo Humano 2007-2008. El empleo en uno de los pueblos más trabajadores del mundo. San Salvador, El Salvador.
- ▶ Rincón, Manuel (2010). Consideraciones sobre la dinámica demográfica salvadoreña en el período 1950-2007. Perspectivas de Mediano y Largo Plazo. Mimeo.
- ▶ UNFPA (2010). El Salvador: transformaciones demográficas y sus implicaciones en las políticas públicas. Serie Cuadernos Salvadoreños de Población 2.
- ▶ Viveros Maradiaga, Alberto (2001). Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad. CEPAL-CELADE, Santiago de Chile. Serie población y desarrollo No. 22.



Fondo de Población de las Naciones Unidas

Edificio Naciones Unidas
Boulevard Orden de Malta Sur, No. 2-B,
Antiguo Cuscatlán, El Salvador
Conmutador: (503) 2263-0066
Teléfonos: (503) 2246-3512 y 2246-3513
Fax: (503) 2246-3514

www.unfpa.org.sv



Fundación Dr. Guillermo Manuel Ungo
Avenida La Revolución, Pasaje 6, Casa No. 147
Colonia San Benito, San Salvador, El Salvador, C.A.
Teléfonos: (503) 2243-0406 y 2243-7816
Fax: (503) 2243-8206
Correo electrónico: contacto@fundaungo.org.sv

www.fundaungo.org.sv