



REPÚBLICA DE PANAMÁ

SECRETARÍA TÉCNICA DEL GABINETE SOCIAL

**“INFORME NACIONAL SOBRE LA SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA
MAYOR”**

RESUMEN EJECUTIVO

La República de Panamá, como Estado miembro de las Naciones Unidas presentó el **“Informe Nacional sobre la Situación de la Población Adulta Mayor”** ante el pleno de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada en Madrid, España en abril de 2002, con el lema *“Construir una Sociedad para Todas las Edades”*. Este evento constituye un seguimiento a la Primera Asamblea celebrada en Viena, Austria, en 1982, cuando se aprobó el Plan de Acción Internacional.

El Gabinete Social, a través de la entidad coordinadora, el Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia (MINJUMNFA), en cumplimiento de su función de dar seguimiento a los compromisos internacionales en materia de desarrollo social, encomendó a su Secretaría Técnica la preparación del informe en referencia, en conjunto con la Dirección Nacional de Adultos Mayores de este Ministerio.

El presente informe es resultado de un esfuerzo compartido entre distintas instituciones que conforman el Gabinete Social. En particular se destaca la colaboración de los Ministerios de: Economía y Finanzas, Salud, Trabajo y Desarrollo Laboral, así como el apoyo brindado por la Contraloría General de la República a través de la Dirección de Estadística y Censo.

En consideración a que el proceso de envejecimiento demográfico es un fenómeno que tiende a acentuarse, la convocatoria de las Naciones Unidas coincide con el interés del Gobierno panameño de contar con instrumentos que sirvan de soporte para la formulación de políticas públicas en torno al comportamiento demográfico, y en particular, para la elaboración de un plan nacional de acción con y para las personas adultas mayores.

En este sentido, el presente documento constituye un instrumento que de manera integrada destaca los rasgos más sobresalientes relacionados con la población adulta mayor, y se apoya en información valiosa derivada de los Censos Nacionales de Población y Vivienda –en particular de los resultados recientes del año 2000–, de las estadísticas continuas sectoriales, de la Encuesta de Niveles de Vida de 1997 y de los programas institucionales dirigidos a este grupo poblacional.

En los albores de los años 50, el país contaba con una población de menos de un millón de habitantes, que en el año 2000 alcanzó un poco más de 2,8 millones de habitantes, concentrada mayormente en la Provincia de Panamá (49%) y con un grado de urbanización de 62 personas por cada cien habitantes. Las proyecciones de población vigentes indican que el número de habitantes aumentará en un poco más de 900 mil personas, en el lapso de dos décadas y media, y alcanzará los 3 millones de habitantes hacia el año 2004.

La evolución demográfica panameña apunta al paso de un alto a un lento ritmo de crecimiento promedio de la población: de más de 3% a un 2% en las décadas de los 60 y 90 respectivamente, y se estima en 0.8% para el quinquenio 2020-25. Este comportamiento responde a la fase de plena transición demográfica por la que Panamá atraviesa. Según estimaciones, la mortalidad ha declinado constante y progresivamente entre 1950 y 2000: la tasa de mortalidad infantil pasó de 93 a 19 por mil nacidos vivos, mientras que la esperanza de vida al nacer aumentó de 55 a 74.5 años, favoreciendo las diferencias por sexo a las mujeres y por áreas a las urbanas. La tasa global de fecundidad ha disminuido paulatinamente de 5.6 a 2.5 hijos por mujer, lo que refleja los avances que ha tenido en particular la mujer respecto a un mayor acceso a participar en y del desarrollo, y con mayor igualdad de oportunidades. Es importante destacar que la fecundidad es la variable demográfica de mayor incidencia en el crecimiento y en la estructura de la población.

La evolución de la estructura por edad de la población resume las tendencias de las variables demográficas en el país. De dicha evolución resalta que la proporción de menores de 15 años de edad ha tendido a disminuir (aunque ello no implica que esté disminuyendo en términos absolutos), a la vez que se ha ido dando un aumento en la proporción de la población en edad productiva (15-59) y de la población adulta mayor definida como aquella de 60 y más años de edad. En síntesis, la estructura de la población panameña es aún relativamente joven, sin embargo, la población muestra una tendencia a envejecerse gradualmente. Otro hecho a destacar de la composición de la población por sexo y edad es el predominio de más hombres que de mujeres en los grupos de menor edad, y la situación inversa a favor de las mujeres en edades más avanzadas, debido a la mayor longevidad femenina, en promedio que la masculina.

En Panamá, la población adulta mayor asciende a casi 245 mil personas en el año 2000, de cuya totalidad, un 49.4% son hombres y 50.6% son mujeres. El 60% se concentra en el área urbana. Sus tasas de crecimiento promedio a nivel nacional, entre 1970-2000, no alcanza el 4%, en el área urbana son mayores de 4% y en la rural no llegan al 3%.

Es notoria la mayor proporción de mujeres que de hombres en la cuarta edad e inclusive por encima del promedio nacional, debido a la mortalidad diferencial por sexo. Su diferencia numérica también se amplía en contraste con los grupos restantes. La tasa de crecimiento de este grupo, entre 1990-2000, se ubica por arriba de 4% en el país, y llega a más de 5% en las áreas urbanas. En este grupo, el inverso del índice de masculinidad, el de femineidad, es de casi 114 mujeres por cada cien hombres en el 2000, que alcanza el valor de 140 en el área urbana. Esta realidad encierra un elemento importante a considerar en la toma de acciones en materia de salud y asistencia social dada la mayor vulnerabilidad de la mujer. En tanto, en los grupos de edades de 60-64 a 70-74, por lo general, los hombres superan numéricamente a las mujeres.

Los valores de los integrantes adultos(as) mayores en la población indígena resultan pequeños, en términos absolutos y relativos, cuando se comparan con el nivel nacional. Empero, no menos cierto es que, ante sus niveles distintos y rezagos demográficos, se plantea la atención diferenciada de sus demandas con respecto a sus patrones culturales. A ello se suma que la mayoría de esta población reside en sus comarcas en donde la población se asienta de manera más dispersa y con mayor dificultad de acceso.

Las relaciones de dependencia demográfica y económica brindan valiosas pautas atinentes a la forma y magnitud de cómo se debería distribuir la riqueza nacional. En el caso de Panamá se observa un descenso en la **RDT**: por cada cien personas en edad potencialmente activa en 1970 había 97 dependientes, en cambio, en el 2000, la relación se redujo a 69. En el 2000 la relación es más alta en las áreas rurales (87.4) y entre la población indígena (101.6), y menor que el promedio nacional en las urbanas (58.7).

La participación de la población adulta mayor en los sectores económicos destaca lo siguiente: una mayor importancia relativa del sexo masculino en la esfera productiva (88%) y con respecto al sexo femenino es de un poco más de 50%; en la esfera no productiva la diferencia es contraria, dada la mayor inclinación de la mujer a

desempeñar trabajos en el sector gubernamental y personal, en particular, en los servicios; en la esfera productiva la más alta participación del hombre radica en la rama agropecuaria para obtener su sustento, asociado con menores oportunidades en la seguridad social que les brinde mejores garantías de llevar una vejez decorosa

La vulnerabilidad de las personas adultas mayores, dadas sus características propias y máxime en condición de pobreza, es ampliamente reconocida. La Encuesta de Niveles de Vida realizada en 1997 y propulsada por el Ministerio de Economía y Finanzas brinda información sobre los hogares y la población que en ellos habita por niveles de pobreza, a partir de una línea de pobreza general, que abarca la de pobreza extrema, conocida también como indigencia (MEF, 1999).

El 27.4% de la población adulta mayor es pobre y constituye el 7.1% del total de la población pobre en el país. En la desagregación de la pobreza general por nivel se observa una menor incidencia en la pobreza extrema. Por sexo es en los hombres en los que se agudiza la pobreza según sus niveles: el 40.1% son pobres; 30.4% son pobres extremos; y representan el 60% de todos los pobres extremos.

La población adulta mayor tiene un nivel de alfabetización menor con respecto a los grupos de menor edad y de edad reproductiva, en particular la población adulta mayor pobre y pobres extremos, esto guarda relación con las pocas oportunidades que tuvieron a su alcance en su edad escolar. No obstante El porcentaje de analfabetismo en las personas adultas mayores disminuyó en treinta años en aproximadamente un 50%, esta disminución ha sido generalizada .

El 45.8% de la población adulta mayor en situación de pobreza no tiene ningún grado aprobado, proporción que se eleva a 61.6% en la pobreza extrema, siendo de 70.2% entre las mujeres en este nivel de pobreza, lo que evidencia la desigualdad de oportunidades en mayor beneficio de los hombres. El 50.3% de los pobres ha alcanzado algún grado de primaria.

La salud en la población panameña, ha variado en estrecha relación con el crecimiento demográfico y el desarrollo socio-económico del país. El crecimiento y avance de las ciudades, el mejoramiento de los servicios públicos, la extensión de los

programas y servicios de educación y de salud, entre otros, han constituido factores importantes en el estado de salud de la población y del medio ambiente.

Los factores que han incidido en la reducción de las tasas de mortalidad se relacionan con importantes transformaciones y avances sustanciales en materia de salud, de educación, de higiene y de tecnología médica, entre otros.

El impacto de esta situación, se refleja claramente en el incremento de la esperanza de vida al nacer, que pasó de 65 y 68 años en el hombre y la mujer, respectivamente, en el quinquenio 1970-1975, a 71.8 años en los hombres y 76.4 años en las mujeres en 1995-2000. La misma se diferencia entre los sexos, y favorece a las mujeres que poseen menor mortalidad

A lo interno del país se dan diferencias marcadas en cada una de las nueve provincias del país. Se observa que solo en tres provincias la esperanza de vida estimada es alta, oscilando entre 72 y 76 años. En contraste, en las provincias que más concentran población indígena, los niveles de este indicador son bajos, fluctuando entre 62 y 65 años, sobre todo por los hábitos y costumbres propios de su cultura.

La reducción de la mortalidad a edades tempranas y la prolongación del promedio de vida constituyen logros enormes para la humanidad. Estos logros han permitido el incremento de la esperanza de vida de la población de 60 años y más. De 17.5 años en los hombres y 18.9 años en las mujeres, en el quinquenio 1970-75, se elevó a 19.2 y 22.0 años para hombres y mujeres respectivamente en el quinquenio 1995-2000 , con diferencias de género que suele ser de 2 ó 3 años a favor de la mujer.

Se estima que para el quinquenio 2000-2005 este indicador es a nivel nacional de 22.9 años, con una distribución por sexo de 21.4 años para los hombres, y de 24.5 años para la población femenina.

La alta prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas en este grupo de edad, sugiere que los años de vida ganados en los últimos quinquenios, se han visto en parte afectados por la discapacidad, que reduce la calidad de vida y aumenta la necesidad de servicios sanitarios y sociales.

Las enfermedades crónicas degenerativas son la principal causa de pérdida de capacidades y, por lo tanto, de la independencia y la autonomía, de modo que al aumentar éstas es de suponer que la discapacidad siga la misma tendencia. Por sus características estos padecimientos son crónicos y requieren de vigilancia periódica, lo que plantea la necesidad de llevar programas de prevención y promoción de la salud a lo largo de toda la vida, tanto para retardar o evitar la aparición de enfermedades crónicas degenerativas, como para evitar sus consecuencias discapacitantes, cuando ya estén presentes.

Entre las principales causas de discapacidad en los adultos(as) mayores se pueden mencionar: las deficiencias físicas, ceguera, sordera, los procesos artríticos, secuelas secundarias de enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión, la Enfermedad de Alzheimer, y otros problemas de salud mental causados por el aislamiento y la depresión.

Según el Censo de 2000, la población con discapacidad a nivel nacional es de 52,197 personas (1.6% de la población total), de las cuales 16,984 personas (32.5%) corresponden a población de 60 y más años de edad. De esta población discapacitada el 52.5% (8,919) son hombres y el 47.4% (8,065) son mujeres. La misma representa el 6.94% de la población de este grupo de edad .

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

Las discapacidades más frecuentes según orden de importancia son: las deficiencias físicas, que representan el 26.8%, con proporciones casi similares tanto en hombres (50.4 %) como en mujeres (49.5%); la ceguera, que concentra el 23.3%, situación que es más notoria en la población de 70 y más años de edad (73%), lo que implica demandas en los ámbitos preventivo, de tratamiento y de control del sistema de salud; y la sordera que absorbe el 17.9%.

La morbilidad de la población envejecida presenta una mayor complejidad respecto a la de los otros grupos etáreos, principalmente porque el estado de salud de

dicha población es reflejo de todo un período de vida y en él se acumulan los efectos de diversos procesos.

Panamá se encuentra en estos momentos en la etapa final de la transición epidemiológica debido a que la morbilidad y mortalidad mayormente registrada corresponde a las enfermedades crónicas degenerativas propias de las sociedades desarrolladas.

Los daños a la salud de la población se orientan hacia la persistencia de enfermedades consideradas como prevenibles (transmisibles, infecciones respiratorias agudas, gastrointestinales y otras) que con mayor frecuencia afectan a los adultos(as) mayores en situación de pobreza y marginación. Asimismo, hacia la intensificación de la prevalencia de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, obesidad, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades isquémicas del corazón y otras), que demandan cada vez mayor atención e intervención médico curativas altamente costosas.

Entre las principales causas de morbilidad en la población de 60 y más años de edad, la hipertensión arterial ocupa el primer lugar desde hace varios años en el país. En el año 2000, los casos atendidos por esta causa representaron el 24% de todas las causas de morbilidad, con una tasa de 3,155.7 por 100.000 habitantes. Los factores de riesgo de esta enfermedad guardan estrecha relación con estilos de vida inadecuados (obesidad, dislipidemia, hábitos alimenticios inadecuados, sedentarismo, el hábito de fumar, estrés, entre otros), y que son susceptibles de modificación en los individuos y en las poblaciones, a través de actividades de promoción y prevención oportuna. En segundo lugar, la influenza o gripe, representó el 21.4% de las causas de morbilidad, con una tasa de 2,929.4 por 100.000 habitantes y que puede ser prevenible con campañas de vacunación y educación a esta población. Y en tercer lugar, la diarrea y gastroenteritis representó el 10% de las causas de morbilidad, con una tasa de 1,376.3 por 100.000 habitantes, y que puede estar relacionada con hábitos alimenticios inadecuados, práctica de malos hábitos higiénicos y acceso a agua potable segura limitado, entre otros.

Dentro de las diez principales causas de morbilidad en el año 2000, en esta población, y ocupando el octavo lugar se destaca la obesidad, con una tasa de 393.3 por 100.000 habitantes. La obesidad es un problema de salud, particularmente prevalente entre las personas de edad en el país, sobre todo en las áreas urbanas. A la prevención y tratamiento de la obesidad, no se le ha dado la importancia que merece, en función de constituir un factor relevante que predispone a dislipidemias y diabetes. En el medio rural es menor la prevalencia de la obesidad, la diabetes, las dislipidemias y los factores de riesgo coronario, lo que está determinado particularmente por la dieta y el nivel de actividad física e influida además por factores socioeconómicos.

Igualmente en el aspecto de la salud mental consideramos de importancia el seguimiento y atención a dos problemas mentales considerados como las enfermedades que en este nuevo milenio serán altamente prevalentes en las personas adultas mayores, la depresión y la demencia.

Actualmente en Panamá se han logrado significativos avances en el mejoramiento de la salud de la población; sin embargo, el aspecto de la salud mental requiere una mayor atención, dado el paulatino envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de enfermedades mentales.

El sistema estadístico panameño no cuenta con información epidemiológica suficiente sobre los riesgos para la salud mental y el padecimiento de trastornos mentales que inciden en el proceso salud-enfermedad. A la fecha, entre los datos disponibles sólo se registra, de manera parcial, la demanda satisfecha por parte del Ministerio de Salud.

En el país, entre los principales diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento atendidos en consulta externa en el año 2001, ocupó el primer lugar la categoría de los trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomórfos, que representó el 47.7% de la totalidad de las causas de morbilidad, con una mayor prevalencia en la mujer (59.2%). En segundo lugar, los trastornos del humor (afectivos) representó el 24.8% de la totalidad de las causas de morbilidad, y que al igual que el anterior tuvo mayor prevalencia en la mujer (54.0%).

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

Las carencias y satisfacciones de la infancia y de la vida adulta tienen fuertes repercusiones en las condiciones de salud mental de las personas adultas mayores mismas que pueden propiciarse o agravarse por la pobreza, la indiferencia de la familia, el maltrato físico y psicológico, al igual que la soledad.

Al analizar la salud social de la población adulta mayor, se evidencia que los pobre e indígena son los más vulnerables, tienen menor acceso a la atención de salud, y que es menos probable que la busque en caso de enfermedad, debido a los costos de transporte, medicamentos y factores culturales.

Diversos estudios demuestran que los adultos(as) mayores más vulnerables son los de 75 y más años de edad, ya que son quienes más riesgos de enfermedad presentan. A medida que el individuo envejece tiene mayor riesgo de padecer una enfermedad, la cual tiende a ser crónica e incapacitante. El mayor porcentaje de adultos(as) mayores de esta edad pertenece a las mujeres, las cuales a su vez forman el mayor grupo de viudas en el área urbana.

Entre los principales factores de riesgo social de la población adulta mayor se mencionan: los bajos niveles de escolaridad, lo que ha limitado su acceso al mercado laboral formal; la ausencia en una gran mayoría (73.5%) de pensiones económicas, lo que les obliga a depender de sus hijos(as) y otros familiares; la viudez, cuya mayor proporción se encuentra entre las mujeres ancianas; los bajos ingresos económicos que limitan su calidad de vida, que se traduce en sus condiciones de pobreza (27%) y pobreza extrema (12%), lo que dificulta su acceso a la atención de salud, disminuyendo sus expectativas de vida.

Es por esto que destacamos el tema de la salud de la mujer adulta mayor, ya que esta por razones de orden biológico, ligada en parte a su función reproductiva enfrenta en la etapa post menopausica una situación de salud más delicada que los hombres, aunque los riesgos de muerte sean menores. La atención a los trastornos asociados a la menopausia reviste singular importancia debido a que la esperanza de vida de la mujer de hoy es de 75 años y más, lo cual significa que en promedio una mujer deberá pasar casi un tercio de su vida en estado climatérico, sometida a los riesgos y trastornos que estos cambios hormonales y metabólicos conllevan para su salud y calidad de vida.

La estructura de las causas de muerte en el país ha seguido el patrón de los países desarrollados, con una disminución gradual en las tasas de mortalidad debido a enfermedades infecciosas, y un aumento en ellas debido a condiciones crónicas. En el país, en el 2000, la tasa de mortalidad fue de 4.1 muertes por 1,000 habitantes conforme a las estadísticas continuas. Del total de muertes ocurridas a nivel general (11,841), el 57.2% ocurrió en la población adulta mayor.

De las 6,794 defunciones ocurridas, el 55.8% se registró en hombres y el 44.1% en mujeres. En el 2000, los tumores malignos, seguido de las enfermedades cerebrovasculares y las afecciones isquémicas del corazón, fueron las 3 principales causas de defunción, con el 50.5% del total de las causas de muerte

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

Al considerar el tipo de tumor maligno registrado como el causante del mayor número de muertes se observa, para el año 2000, que fue el de próstata, con una tasa de 214.0 por 100,000 habitantes. Le siguió en frecuencia el cáncer de estómago, con una tasa de 74.4 por 100.000 habitantes, y con una mayor prevalencia en los hombres

(66.8%) que en las mujeres. La tercera posición la ocupa el cáncer de tráquea, de los bronquios y del pulmón, con una tasa de mortalidad de 62.3 por 100.000 habitantes, esta situación guarda relación con el consumo de tabaco de forma activa o pasiva.

En la mujer mayor de 60 años de edad resalta que el tumor maligno que más muertes causó, en el año 2000, fue el de mama, con una tasa de 27.2 por 100.000 habitantes. En segundo lugar, el cáncer de estómago, seguido muy de cerca por el cáncer de colon, del recto y del ano .

En el caso del país, las campañas preventivas de toma de papanicolau en la mujer en edad fértil, han permitido una detección temprana del cáncer de cervix. En el año 2000, ocupó la cuarta posición en frecuencia en la mujer, con una tasa de 42.3 por 100.000 habitantes.

La enfermedad cerebro vascular mejor conocida como “derrame” constituye una lesión transitoria o permanente del cerebro, secundaria a una patología vascular previa. La importancia de las enfermedades cerebro vasculares radica en que representa la más común de las afecciones neurológicas y generalmente dejan secuelas de consideración debido a que ocasionan, en un 50% de los casos, pérdida total o parcial de la función del tejido nervioso cerebral, de igual manera, las enfermedades que afectan al corazón y/o al sistema circulatorio tienen como característica común, la gravedad y las secuelas incapacitantes a las que conducen.

En Panamá, en el año 2000, las enfermedades cerebro vasculares ocuparon la segunda causa de muerte, representando el 15.8% de todas las causas de muerte en este grupo de población, con una tasa de 453.3 por 100.000 habitantes. En comparación con los años 1998, 1999 y 2000, cuyas tasas estuvieron entre 482.8, 491.9 y 466.2 respectivamente, se evidencia una ligera tendencia al descenso. Estas enfermedades han prevalecido por igual en hombres y mujeres.

El infarto agudo del miocardio ha tenido un comportamiento más o menos estable, ya que en los años 1998, 1999 y 2000, ha mantenido tasas alrededor de 265.5, 267.8 y 256.9 por 100.000 habitantes. La diabetes mellitus por su parte, representó la

cuarta causa de muerte en el año 2000, con una prevalencia mayor en el sexo femenino (59.6%) con relación al masculino, y una tasa de 190.7 por 100.000 habitantes

Puede decirse que, las afecciones originadas en el menor de un año representan 44.5 años de vida perdidos por muerte prematura, aunque este no es el indicador que mejor refleja esta pérdida. Se destacan, entonces, los accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias con 17.8 años; los tumores malignos con 7.0 años; y las neumonías con 3.9 años. Las otras principales causas de muerte reflejan pérdidas entre 0 y 3 años de vida perdida por muerte prematura

En cuanto al entorno familiar de las personas adultas mayores en Panamá, tenemos que la familia sigue siendo, la principal estructura de apoyo de las personas adultas mayores en. Del total de esta población, el 47% vive en hogares extensos, el 31% en hogares nucleares, el 21% en los hogares unipersonales y solo un 1% vive en hogares compuestos. Los reajustes familiares encaminan al adulto(a) mayor a vivir en familias extensas, y por lo general de grandes tamaños, esto en muchas ocasiones trae como consecuencia que los otros miembros de la familia dependan económicamente de ellos, especialmente si son los o las jefes de familia.

Según el último censo de 2000, el 25.1% de los hogares panameños tienen como jefe a una persona de 60 y más años de edad, que viven especialmente en los hogares nucleares biparentales con o sin hijos. Llama la atención el hecho que a partir de los 65 y más años de edad se da la mayor proporción de jefes de hogares, tanto en hombres como en mujeres

Se observó que tomando en cuenta el sexo del jefe de hogar y las personas que viven con él(ella), hay una mayor tendencia de estas personas a vivir con jefes de hogar mujeres, lo que se explica por el hecho de que en las mujeres se presenta con mayor incidencia la situación de la viudez, así como además ellas tienden a ser más protegidas por sus familiares que los hombres.

Las cifras indican que entre los adultos(as) mayores, los hijos(as) tienden a vivir más con sus madres (28.2%), que con sus padres (27.7%); pero, aún más revelador es la relevancia que tiene la convivencia de nietos(as) o biznietos(as) con sus abuelas

(27.2%) que con sus abuelos (18.4%), lo que puede representar un mayor peso económico para las primeras.

En cuanto al estado conyugal es notorio que partir de los 60 y más años de edad en se pueden diferencias claras, según sexo, en particular en la incidencia de los casados (44.7%) para los hombres y (30.1.%) para las mujeres, y en la viudez (10.3%) son hombres y (31.8%) son mujeres. Lo anterior puede ser consecuencia de pautas culturales en cuanto al matrimonio; los hombres, una vez divorciados, separados o viudos vuelven a buscar parejas y la mujer prefiere quedarse sola cuidando a sus hijos .

El mayor porcentaje de viudez entre las mujeres, es consecuencia de la mortalidad diferencial por sexo, pero también igual, que en el caso anterior puede ser producto de la influencia de tradiciones y costumbres familiares en torno a la figura del matrimonio. Lo anterior agrega otro factor de riesgo a este grupo, ya que muchas de ellas viven en condiciones desfavorables en la última etapa de su ciclo de vida y se enfrentan a necesidades básicas y a carencias afectivas, aparte del deterioro en el aspecto económico, ya que no cuentan con pensiones de jubilación y se ven forzadas a desarrollar estrategias de sobrevivencia o en caso contrario tienen que vivir dependiendo económicamente de sus hijos(as) u otros familiares.

Un grupo de especial interés es la población adulta mayor soltera, especialmente los hombres (11.2%), se supone que ellos cuentan con menos recursos familiares y de apoyo económico para atender sus necesidades específicas, en particular los aspectos de salud. Esto sin tocar la parte emocional que igualmente se ve comprometida y que se refleja en el número de hombres adultos mayores viviendo solos, en la calle, en asilos o instituciones de asistencia. El 11.4% de los hombres adultos mayores solteros se encuentran dentro del rango de edad de 60 a 74 años.

En cuanto a la mujer soltera, ésta representa el 9.0% de la mujer adulta mayor y con relación a los rangos de edad se observa que el mayor porcentaje está entre las mujeres de 75 y más años de edad. Cabe resaltar que en nuestro medio la mujer adulta mayor soltera tiene una ventaja con respecto al hombre en iguales condiciones y es que

en la mayoría de los casos vive en compañía de familiares que le brinda protección y afecto, situación que no siempre sucede con los hombres.

De manera general, y sin entrar en detalles, el comportamiento de la situación conyugal entre el área urbana y rural, ha mostrado que la mayor incidencia de divorcio o separación entre las adultas mayores se da en el área urbana. Esta situación guarda relación con el aumento de la participación laboral de la mujer urbana, e igualmente, puede ser consecuencia de que la mujer rural tiene menos acceso a la educación y a la información, lo que le dificulta la toma de decisiones en un momento dado..

Según el Censo de 2000, un total de 3,673 personas adultas mayores viven en viviendas colectivas, de las cuales solo el 0.4% vive en asilos. Es decir, hay una baja proporción de adultos(as) mayores institucionalizados(as), si se compara con la población total de esta edad en el país. En relación con los hospitales, clínicas, sanatorios y hospitales psiquiátricos se observa un patrón de morbilidad acentuado, propio de la etapa envejeciente, especialmente en las mujeres

En el país hay 34 instituciones de Protección Familiar y de Atención a la población adulta mayor, de las cuales, 12 son subsidiadas por el Estado a través del MINJUMNFA, y 23 son de carácter privado. Actualmente, en las instituciones subsidiadas por el Estado hay 843 adultos(as) mayores: 491 hombres y 352 mujeres. En cuanto a la población atendida en las instituciones privadas hay un total de 451 personas: 235 del sexo masculino y 216 del sexo femenino.

CONSIDERACIONES FINALES

Como es evidente del diagnóstico presentado en este informe, el Estado panameño, a lo largo de varias décadas, le ha otorgado importancia al comportamiento demográfico de la población y ha dedicado ingentes esfuerzos por elevar el bienestar social de la misma, por lo cual Panamá se encuentra en la actualidad atravesando la fase de plena transición demográfica.

Con base en lo anterior, el Estado a través de sus distintos estamentos políticos, institucionales, jurídicos y legislativos, ha conferido y confiere relevancia a la formulación y aplicación de políticas, programas y acciones que tiendan a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Este informe sintetiza los aspectos considerados más importantes en la atención de este grupo poblacional, en el marco de las políticas públicas y sociales del Estado, conforme a los lineamientos del Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento, emanado de la Primera Asamblea Mundial que sobre el tema se realizó en 1982 en Viena, Austria.

La República de Panamá ha tenido logros muy significativos, en términos de la atención integral de las personas adultas mayores, situación que les ha permitido llevar una vida participativa dentro de la sociedad. El Estado panameño es consciente de sus compromisos, dado que los retos que plantean tanto el envejecimiento demográfico como el envejecimiento de las personas, no constituye una tarea fácil, ni de corto plazo. No obstante, los pasos se encaminan a enfrentar los retos urgentes e importantes, especialmente respecto a la población adulta mayor de las áreas rurales e indígenas, y en materia de salud y de seguridad social .