

# Evaluación integral de las necesidades de los adultos mayores en Paraguay en tiempos de pandemia para el logro de un envejecimiento activo. Recomendaciones para el diseño de intervenciones públicas

## Equipo de investigación

Leila Rodríguez (Principal)  
Ignacio Moral (Asociado)  
Sebastián Bruno (Asociado)  
Antonio Spagnolo (en Formación)  
Byara Martínez (Asistente)  
Cynthia González (Directora)

Setiembre 2021



# Evaluación integral de las necesidades de los adultos mayores en Paraguay en tiempos de pandemia para el logro de un envejecimiento activo. Recomendaciones para el diseño de intervenciones públicas

## Informe técnico analítico

### Equipo de investigación

Leila Rodríguez (Principal)  
Ignacio Moral (Asociado)  
Sebastián Bruno (Asociado)  
Antonio Spagnolo (en Formación)  
Byara Martínez (Asistente)  
Cynthia González (Directora)

Setiembre 2021

Este proyecto se realizó en el marco del Proyecto BPIN20-323 cofinanciado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, CONACYT, a través del Programa PROCIENCIA con recursos del Fondo Para la Exelencia e Investigación – FEEL.

#### **Equipo de Investigación**

Leila Rodríguez (Principal)  
Ignacio Moral (Asociado)  
Sebastian Bruno (Asociado)  
Antonio Spagnolo (en Formación)  
Byara Martínez (Asistente de Investigación)  
Cynthia González (Directora)



Dirección: Fortín Toledo Nro. 417 – Asunción  
Teléfono: +595 21 602402 / [administracion@ee.com.py](mailto:administracion@ee.com.py)  
[www.ee.com.py](http://www.ee.com.py)

#### **Diseño y diagramación**

Karina Palleros – Diseñadora Gráfica

ISBN: 978-99925-3-725-1 (Versión digital)

**Informe técnico analítico**

<b>Resumen ejecutivo.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Introducción .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Objetivos general y específicos.....</b>	<b>3</b>
<b>3. Marco teórico y conceptual .....</b>	<b>4</b>
3.1 Definición de envejecimiento activo .....	4
3.2 Factores determinantes del envejecimiento activo.....	5
<b>4. Metodología .....</b>	<b>8</b>
4.1 Datos .....	8
4.2 Variables dependientes .....	9
4.3 Variables independientes .....	11
4.4 Modelo econométrico .....	14
<b>5. Resultados y discusión .....</b>	<b>16</b>
5.1 Análisis descriptivo.....	16
5.1.1 Análisis de las variables subjetivas asociadas al envejecimiento activo .....	17
5.1.2 Análisis de los factores que influyen en el envejecimiento activo .....	19
5.1.3 Situación social de la población adulta mayor y las implicancias de la pandemia COVID-19.....	27
5.2 Análisis de la importancia de los factores sobre el envejecimiento activo. Modelo econométrico. ....	30
5.3 Estudio departamental de los factores más relevantes en el EA: análisis de situación de riesgo. ....	37
<b>6. Conclusiones .....</b>	<b>45</b>
<b>7. Contribución de la investigación .....</b>	<b>48</b>
<b>8. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>49</b>
<b>9. Anexos.....</b>	<b>54</b>
Anexo 1 .....	54
Anexo 2.....	56
2.1 Análisis de las variables subjetivas asociadas al envejecimiento activo .....	56
2.2 Análisis de los factores que influyen en el envejecimiento activo: Análisis descriptivo. ....	62
Anexo 3 .....	84
Anexo 4.....	92

**Índice de Cuadros**

<b>Cuadro 1.</b> Construcción de variable independiente: envejecimiento activo.....	10
<b>Cuadro 2.</b> Construcción de variables independientes: envejecimiento activo .....	11
<b>Cuadro 3.</b> Estadísticas descriptivas de las variables proxis de los factores determinantes del envejecimiento activo .....	17
<b>Cuadro 4.</b> Estadísticas descriptivas de las variables del factor 1 “Culturales y sexo” .....	19

<b>Cuadro 5.</b> Estadísticas descriptivas de las variables del factor 2 “Sistema sanitario y servicios sociales” .....	21
<b>Cuadro 6.</b> Estadísticas descriptivas de las variables del factor 3 “Conductuales” .....	22
<b>Cuadro 7.</b> Estadísticas descriptivas de las variables del factor 4 “Biológicos y genéticos” .....	23
<b>Cuadro 8.</b> Estadísticas descriptivas de las variables del factor 5 “Entorno físico” .....	24
<b>Cuadro 9.</b> Estadísticas descriptivas de las variables del factor 6 “Entorno social” .....	25
<b>Cuadro 10.</b> Estadísticas descriptivas de las variables del factor 7 “Entorno económico” .....	26
<b>Cuadro 11.</b> Población de 60 años y más por indicadores sociales según sexo y año. Paraguay. Años 2019-2020.....	27
<b>Cuadro 12.</b> Agrupación de características asociadas al envejecimiento. ....	31
<b>Cuadro 13.</b> Interpretación del efecto de los factores sobre las características de EA .....	32
<b>Cuadro 14.</b> Resumen de los factores que influyen en el EA de las Mujeres.....	32
<b>Cuadro 15.</b> Resumen de los factores que influyen en el EA de los hombres .....	33
<b>Cuadro 16.</b> Departamentos de especial atención en función de la posición relativa que tienen las variables de los factores que influyen en el EA .....	38
<b>Cuadro 17.</b> Departamentos de especial atención en función de la posición relativa que tienen las variables. Características positivas de EA y variables con un parámetro asociado con signo positivo. ....	39
<b>Cuadro 18.</b> Departamentos de especial atención en función de la posición relativa que tienen las variables. Característica positiva de EA y variable con un parámetro asociado con signo negativo. ....	40
<b>Cuadro 19.</b> Departamentos de especial atención en función de la posición relativa que tienen las variables. Característica negativa de EA y variable con un parámetro asociado con signo positivo. ....	41
<b>Cuadro 20.</b> Departamentos de especial atención en función de la posición relativa que tienen las variables. Característica negativa de EA y variable con un parámetro asociado con signo negativo. ....	42
<b>Cuadro 21.</b> Resultados del modelo “Salud” para mujeres.....	84
<b>Cuadro 22.</b> Resultados del modelo “Salud” para hombres.....	86
<b>Cuadro 23.</b> Modelo con resto de variables mujeres .....	88
<b>Cuadro 24.</b> Modelo con resto de variables hombres .....	90
<b>Cuadro 25.</b> Promedio de los factores que influyen en el EA en mujeres .....	92
<b>Cuadro 26.</b> Promedio de los factores que influyen en el EA en hombres .....	93

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Densidad de población por edad y sexo.....	16
<b>Figura 2.</b> Densidad de población por departamento y sexo. ....	17
<b>Figura 3.</b> Población de 60 años y más enferma o accidentada por sexo y edad según condición de consulta sanitaria. Paraguay. Año 2020.....	28
<b>Figura 4.</b> Población de 60 años por sexo y edad según condición de tenencia de seguro de salud. Paraguay. Año 2020. ....	29
<b>Figura 5.</b> Población de 60 años por sexo y edad según condición de cobertura de la seguridad social. Paraguay. Año 2020. ....	30
<b>Figura 6.</b> Porcentaje de población que considera que tiene buena salud por edad y sexo. ....	56
<b>Figura 7.</b> Porcentaje de población que considera que tiene buena salud por departamento y sexo. ....	56
<b>Figura 8.</b> Porcentaje de población que se sintió feliz por edad y sexo. ....	57
<b>Figura 9.</b> Porcentaje de población que se sintió feliz por departamento y sexo.....	57
<b>Figura 10.</b> Porcentaje de población que disfruta de la vida por edad y sexo.....	58
<b>Figura 11.</b> Porcentaje de población que disfruta de la vida por departamento y sexo. ....	58
<b>Figura 12.</b> Porcentaje de población que se sintió deprimido por edad y sexo.....	59
<b>Figura 13.</b> Porcentaje de población que se sintió deprimido por departamento y sexo. ....	59
<b>Figura 14.</b> Porcentaje de población que se sintió sólo/a en la última semana, por edad y sexo. ....	60

<b>Figura 15.</b> Porcentaje de población que se sintió sólo/a en la última semana, por departamento y sexo. ....	60
<b>Figura 16.</b> Porcentaje de población que se sintió triste por edad y sexo. ....	61
<b>Figura 17.</b> Porcentaje de población que se sintió triste por departamento y sexo. ....	61
<b>Figura 18.</b> Adultos Mayores según idioma hablado con más frecuencia (%). ....	62
<b>Figura 19.</b> Adultos Mayores según idioma hablado con más frecuencia por departamento y sexo (hombre gráfico superior y mujer gráfico inferior). ....	62
<b>Figura 20.</b> Conocimiento de saber leer y escribir de los Adultos Mayores (%) por edad y sexo. ....	63
<b>Figura 21.</b> Conocimiento de saber leer y escribir de los Adultos Mayores (%) por departamento y sexo. ....	64
<b>Figura 22.</b> Tiene un seguro médico vigente (%) por departamento y sexo. ....	64
<b>Figura 23.</b> Declara que necesita alguna ayuda (%) por edad y sexo. ....	65
<b>Figura 24.</b> Personas que fuman (%) por edad y sexo. ....	65
<b>Figura 25.</b> Personas que fuman (%) por departamento y sexo. ....	66
<b>Figura 26.</b> Personas que beben (%) por edad y sexo. ....	66
<b>Figura 27.</b> Personas que beben (%) por departamento y sexo. ....	67
<b>Figura 28.</b> Personas que realizan deporte (%) por edad y sexo. ....	67
<b>Figura 29.</b> Personas que realizan deporte (%) por departamento y sexo. ....	68
<b>Figura 30.</b> Personas con discapacidad (%) por edad y sexo. ....	69
<b>Figura 31.</b> Personas con discapacidad (%) por departamento y sexo. ....	70
<b>Figura 32.</b> Personas diagnosticadas de depresión (%) por departamento y sexo. ....	70
<b>Figura 33.</b> Personas diagnosticadas de diabetes (%) por departamento y sexo. ....	71
<b>Figura 34.</b> Personas diagnosticadas de presión alta (%) por departamento y sexo. ....	71
<b>Figura 35.</b> Personas con problemas cardíacos (%) por departamento y sexo. ....	72
<b>Figura 36.</b> Personas con artritis (%) por departamento y sexo. ....	72
<b>Figura 37.</b> Adultos mayores que viven en área urbana (%) por departamento y sexo. ....	73
<b>Figura 38.</b> Adultos mayores que tienen pared de calidad (%) por departamento y sexo. ....	73
<b>Figura 39.</b> Adultos mayores que tienen techos de calidad (%) por departamento y sexo. ....	74
<b>Figura 40.</b> Adultos mayores que tienen pisos de calidad (%) por departamento y sexo. ....	74
<b>Figura 41.</b> Adultos mayores que tiene un buen piso o techo o pared de calidad (%) por departamento y sexo. ....	75
<b>Figura 42.</b> Adultos mayores con problemas de humedades o goteras (%) por departamento y sexo. ....	75
<b>Figura 43.</b> Adultos mayores que conviven con su pareja (%) por departamento y sexo. ....	76
<b>Figura 44.</b> Adultos mayores sin estudios (%) por edad y sexo. ....	76
<b>Figura 45.</b> Adultos mayores sin estudios (%) por departamento y sexo. ....	77
<b>Figura 46.</b> Adultos mayores que aprobaron hasta estudios primarios (%) por departamento y sexo. ....	77
<b>Figura 47.</b> Adultos mayores con estudios universitarios (%) por departamento y sexo. ....	78
<b>Figura 48.</b> Media de los años de estudios de los Adultos mayores por edad y sexo. ....	78
<b>Figura 49.</b> Media de los años de estudios de los Adultos mayores por departamento y sexo. ....	79
<b>Figura 50.</b> Adultos mayores que estudian actualmente (%) por departamento y sexo. ....	79
<b>Figura 51.</b> Adultos mayores que reciben ayuda o transferencia de familiares (%) por edad y sexo. ....	80
<b>Figura 52.</b> Adultos mayores que reciben ayuda o transferencia de familiares (%) por departamento y sexo. ....	80
<b>Figura 53.</b> Adultos mayores que reciben prestaciones del IPS o de la caja para jubilaciones (%) por edad y sexo. ....	81
<b>Figura 54.</b> Adultos mayores que reciben prestaciones del IPS o de la caja para jubilaciones (%) por departamento y sexo. ....	81
<b>Figura 55.</b> Cuantía de la prestación o jubilación de adultos mayores (%) por departamento y sexo. ....	82
<b>Figura 56.</b> Porcentaje de población que trabaja por edad y sexo. ....	82
<b>Figura 57.</b> Porcentaje de población que trabaja por departamento y sexo. ....	83

## Informe de diseño de intervenciones públicas

<b>Resumen ejecutivo</b> .....	<b>97</b>
<b>1. Introducción</b> .....	<b>100</b>
<b>2. Características de la transición demográfica en Paraguay: Hacia una sociedad envejecida</b> .....	<b>101</b>
<b>3. El sistema de protección social de Paraguay ¡Vamos! Y su respuesta a la población adulta mayor</b> .....	<b>105</b>
<b>4. Una revisión de la experiencia internacional en materia de políticas hacia la población adulta mayor</b> ..	<b>110</b>
<b>5. Recomendaciones: políticas públicas con impacto en el envejecimiento activo a partir de evidencias</b> ..	<b>114</b>
5.1 Sanidad y servicios sociales .....	115
5.2 Conductual .....	120
5.3 Personales .....	122
5.4 Entorno físico .....	124
5.5 Sociales .....	126
5.6 Económicos.....	127
<b>6. Conclusión</b> .....	<b>129</b>
<b>7. Referencias</b> .....	<b>132</b>

### Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> Composición de la población por grupos de edad. Paraguay. Años 1950-2100 .....	102
<b>Figura 2.</b> Indicadores de dependencia y de apoyo a la población de 60 años y más. Paraguay. Años 1950-2100.....	103
<b>Figura 3.</b> Porcentaje de residencialidad urbana y de población de 75 años y más en el universo de la población adulta mayor (60+). Paraguay. Años 1950-2100 .....	104
<b>Figura 4.</b> Determinantes del envejecimiento activo y su problematización e imputación causal, y su componente de respuesta estatal en el Sistema de Protección Social Vamos! .....	107
<b>Figura 5.</b> Departamentos según cobertura teórica de las Unidades de Salud de la Familia. Paraguay. Año 2021 .....	115
<b>Figura 6.</b> Departamentos según porcentaje de población de 60 años y más que en el último año no se realizó una consulta general ni control preventivo. Paraguay. Año 2015 .....	116
<b>Figura 7.</b> Departamentos según porcentaje de hombres de 60 años y más con hipertensión. Paraguay. Año 2015 .....	117
<b>Figura 8.</b> Departamentos según porcentaje de mujeres de 60 años y más con diabetes. Año 2015.....	118
<b>Figura 9.</b> Departamentos según porcentaje de población de 60 años y más que necesita asistencia para desarrollar actividades básicas (bañarse o vestirse o comer o salir de su cama). Paraguay. Año 2015 .....	119
<b>Figura 10.</b> Departamentos según porcentaje de hombres de 60 años que consumen tabaco. Paraguay. Año 2015 .....	120
<b>Figura 11.</b> Departamentos según porcentaje de hombres de 60 años que consumen alcohol. Paraguay. Año 2015 .....	121
<b>Figura 12.</b> Departamentos según cociente entre población de 60 años y predios deportivos. Paraguay. Año 2021 .....	122
<b>Figura 13.</b> Departamentos según porcentaje de población de 60 años y más que se siente deprimida o triste. Paraguay. Año 2015 .....	123
<b>Figura 14.</b> Departamentos según porcentaje de población de 60 años con discapacidad. Paraguay. Año 2015 .....	124

<b>Figura 15.</b> Departamentos según porcentaje de población de 60 años que vive en viviendas que se inundan cuando llueve. Año 2015 .....	125
<b>Figura 16.</b> Departamentos según porcentaje de población de 60 años que no sabe leer y escribir. Año 2015 .....	126
<b>Figura 17.</b> Departamentos según porcentaje de población de 60 años que sabe leer y escribir, pero tiene menos de 6 años de estudio. Paraguay. Año 2015 .....	127
<b>Figura 18.</b> Población de 60 años y más según situación de percepción de beneficios de la seguridad social e inserción laboral. Paraguay. Año 2020 .....	128



## Resumen ejecutivo

Con certeza, la pandemia ha cambiado muchas prioridades de la sociedad, entre ellos está el grado de vulnerabilidad en el que se encuentra la población de los adultos mayores. Este hecho afecta de lleno al fenómeno del envejecimiento (CEPAL, 2020). Por esta situación surge el interés de profundizar en la cuestión del envejecimiento, haciéndolo desde un punto de vista multidisciplinar, recogiendo la evidencia y los avances más recientes con el fin de hacer un ejercicio constructivo de reflexión sobre los principales retos.

En esta investigación se adopta el enfoque de envejecimiento activo (EA) promovido por la OMS quienes lo definen como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”. Esta institución ofrece un marco político para la formulación de planes que promuevan la salud y el envejecimiento activo donde se reconoce siete tipos de factores clave que inciden en el EA, los cuales se relacionan con i) la cultura y el género, ii) los sistemas sanitarios y servicios sociales, iii) factores personales inherentes a la conducta de las personas, iv) su biología y su genética, también el entorno v) físico, vi) social y vii) económico. Siguiendo este marco, se emplean el análisis estadístico y modelos econométricos para estudiar el EA en la población paraguaya.

Utilizando la Encuesta LPS (ELPS) 2015, se comienza analizando la información relativa a la definición de EA, consistente en la autovaloración que tienen los adultos mayores sobre aspectos positivos del envejecimiento como buena salud, y estar satisfecho con la vida, y otros aspectos negativos como sentirse deprimido, triste o solo. Seguidamente, se analiza la población adulta mayor, según los factores clave mencionados que influyen sobre el EA, y posteriormente se estiman diferentes modelos econométricos, desagregados por sexo, para determinar qué variables y el efecto que tienen sobre las características asociadas al envejecimiento indicadas previamente. Finalmente, en función de la prevalencia de esas variables en los departamentos del país y su posición relativa se generan mapas de calor que indican cuáles son los departamentos que requieren, comparativamente, especial atención en cuanto a necesidades de intervención.

Los resultados muestran que en todos los factores analizados hay variables que tienen relevancia en la población de adultos mayores en Paraguay a la hora de explicar el envejecimiento activo de la población. Entre las variables relevantes se pueden citar: tener seguro médico, poder realizarse consultas médicas; necesitar ayuda de terceros para actividades básicas en el hogar; los hábitos de fumar, beber y realizar deportes; la presencia de enfermedades; las condiciones de la vivienda; las oportunidades de educación; el hecho de recibir o no prestaciones y de trabajar. Con las estimaciones econométricas y los mapas de calor se presentan valores de las variables que influyen en el EA que deben ser objeto de atención y/o ser mejorados para contribuir a lograr incrementar las opciones de alcanzar un EA más pleno.

Para los agentes sociales y gubernamentales, esta investigación genera evidencia que contribuye en la toma de decisiones de la administración pública, y sirve como base para propuestas y diseño de lineamientos que impliquen mejorar las oportunidades de envejecer de forma activa. Entre las recomendaciones se destaca el desafío de impulsar una vida más saludable en la población, crear hábitos de ejercicio físico y mental, promover la formación continua y la igualdad de oportunidades.

# 1. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (OMS, 2015) se estima que para el año 2050 el 80% de la población global de 60 años o más residirá en países de bajos y medianos ingresos. América Latina en particular ha venido experimentado un aumento progresivo de la esperanza de vida en décadas recientes (Daskalopoulou et al.; 2018; Charlson et al., 2018). Las proyecciones muestran que en los próximos 15 años los países latinoamericanos experimentarán el aumento más rápido en el número de adultos mayores (Sander et al., 2015).

Según Huenchuan (2020)<sup>a</sup>, la crisis sanitaria, social y económica generada por la pandemia del COVID-19 está impactando con particular dureza sobre las personas mayores. Aunque el riesgo de contraer el COVID-19 está presente en todos los grupos de edad, los adultos mayores están expuestos a un riesgo significativamente mayor de mortalidad y enfermedad grave después de la infección, debido en gran parte a la mayor incidencia de enfermedades de base en este grupo poblacional.

En ese sentido, estudiar factores determinantes de un envejecimiento saludable y activo es esencial para establecer lineamientos y políticas efectivas de gobierno que lleven a menos discapacidad y enfermedad. Diferentes poblaciones, en diferentes países (e incluso dentro de un mismo país) experimentan el fenómeno de envejecer con marcada heterogeneidad (Lowsky DJ, et. al. 2014). Es por eso, que se considera fundamental identificar factores poblacionales e individuales asociados al proceso de envejecimiento activo de las personas en el Paraguay.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) promueve el envejecimiento activo para mejorar la calidad de vida<sup>1</sup> de las personas a medida que envejecen, favoreciendo sus oportunidades de desarrollo para una vida saludable, participativa y segura. Usando esta definición, se analizan variables medidas en la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS, 2015) y las Encuestas Permanentes de Hogares Continua (EPHC), que podrían asociarse al envejecimiento activo en Paraguay. Las variables independientes incluyen dimensiones conductuales como también socio-económicas, como por ejemplo: la actividad física, el tabaquismo, las condiciones de la vivienda, la tenencia de trabajo, la tenencia o acceso a ingresos, la composición familiar, entre otras. Las variables dependientes incluyen el estado general de salud y bienestar autoreportados por los encuestados. El objetivo es identificar variables que se asocien con el envejecimiento exitoso (Sabia et al., 2012) y más años de vida basados en buenas condiciones salud (Stenholm et al., 2016).

Esta investigación persigue estudiar los factores y/o comportamientos que llevarían a los adultos mayores de Paraguay hacia un envejecimiento activo y sugerir matrices que se materialicen en la etapa post COVID-19 evaluando las posibilidades existentes en este proceso de cambio. Todo esto se expone en las secciones de la siguiente manera: objetivos (sección 2); marco teórico y conceptual (sección 3); metodología (sección 4); resultados y discusión (sección 5); conclusiones (sección 6); contribución de la investigación (sección 7); referencias bibliográficas (sección 8) y anexos.

---

1 La Organización Mundial de la Salud (The WHOQoL Group, 1994) define que la calidad de vida es la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas, categorías y preocupaciones

## 2. Objetivos general y específicos

El objetivo general es estudiar los factores que influyen en el envejecimiento activo de la población de adultos mayores en el Paraguay. Identificar los problemas y necesidades con referencia a estos factores y que permitan tener herramientas para el diseño de una estrategia hacia el envejecimiento activo que contribuya a la mejora y recuperación de este sector de la población tras el COVID-19.

Objetivos específicos:

- Descripción de las características de la población adulta mayor, analizando estadísticas descriptivas oficiales y los regímenes de protección social por parte del Estado.
- Identificar los factores que influyen en el bienestar de los adultos mayores y el envejecimiento activo y cómo influyen esos factores en la población objeto de estudio.
- Utilizar los resultados del análisis estadísticos y econométricos para llevar a cabo una revisión de políticas públicas implementadas en otros países que apoyen a los adultos mayores en los diferentes aspectos que afectan a su bienestar y envejecimiento activo.
- Proponer recomendaciones de diseño e implementación de políticas públicas para el contexto local.

Las preguntas claves que se desean responder son:

- i. ¿En qué situación se encuentra la población adulta mayor en Paraguay con relación a los factores que influyen en el EA?
- ii. ¿Cuáles son y de qué modo afectan los diferentes factores a las características que determinan el EA de los adultos mayores en Paraguay?
- iii. ¿Cuáles son los departamentos que requieren especial atención en cuanto a necesidades de intervención?

### 3. Marco teórico y conceptual

En esta sección se definen los conceptos utilizados y el marco teórico que orienta el análisis descriptivo y econométrico en torno al envejecimiento activo. Sobre la base de diversas referencias bibliográficas, se inicia con el concepto de envejecimiento activo y posteriormente se definen los factores que inciden en el mismo.

#### 3.1 Definición de envejecimiento activo

En Fernández-Ballesteros et al, 2013a se encuentra una revisión bibliográfica que abarca entre el 1970 y 2007 acerca del término “envejecer bien” el cual agrupa un conjunto de palabras utilizadas indistintamente donde apuntan el proceso de envejecimiento como saludable (mayor peso en aspectos de salud), activo (funcionamiento físico y cognitivo), óptimo, competente, vital (aspectos comportamentales), productivo (aspectos laborables y económicos) y exitoso (que incluiría las anteriores), pero tienen especificaciones semánticas específicas. Estos autores, en el campo de la psicología, definen el envejecimiento activo como una baja probabilidad de enfermedad y discapacidad, alta aptitud física, alto funcionamiento cognitivo, estado de ánimo positivo y afrontamiento del estrés, y compromiso con la vida.

Según Walker, 2002, el término “envejecimiento activo” intenta armonizar de forma coherente diversos ámbitos políticos fragmentados y como contribución a esta armonización la OMS da a conocer en el documento “Envejecimiento activo: un marco político”<sup>2</sup> la definición de envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” y ofrece un conjunto de lineamientos para la formulación de planes que promuevan la salud y el envejecimiento activo (OMS, 2002).

En el año 2012, el Consejo y el Parlamento de la Unión Europea “Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional” quienes, según Parra, et al (2014), actualizan la definición donde puntúan que el envejecimiento activo significa “envejecer con buena salud y como miembro pleno de la sociedad, sentirse más realizados en el trabajo, más independientes en la vida diaria y más involucrados como ciudadanos”. En este evento, queda establecido el mandato de promover el envejecimiento activo en tres áreas: el empleo, la participación en la sociedad y la vida independiente<sup>3</sup>.

El envejecimiento activo es amplio y complejo de acuerdo a las tendencias internacionales (OMS, 2012; Comunidad de Madrid, 2017; S. Huenchuan, 2018; S. Huenchuan y Rivera (eds.), 2019; CGE, 2020); S. Huenchuan, 2020b; entre otros), y juega un papel clave en la estrategia global para la gestión de la población que envejece, implicando simultáneamente al plano político, social (Stenner, et al, 2011) y también involucra a los médicos, cuidadores, familiares, amigos y también a los mismos adultos mayores.

<sup>2</sup> En la II Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre Envejecimiento, celebrada en Madrid en 2002.

<sup>3</sup> <http://europa.eu/ey2012/>

El presente estudio adopta la línea y la definición de envejecimiento activo de la OMS, 2002 porque se considera la más adecuada a los objetivos de esta investigación.

### 3.2 Factores determinantes del envejecimiento activo

El marco político de la OMS (2002) reconoce siete tipos de factores clave del envejecimiento activo, los cuales se relacionan con i) la cultura y el género, ii) con el o los sistemas sanitarios y servicios sociales, iii) con factores personales inherentes a la conducta de las personas, a iv) su biología y su genética, así como también con el entorno v) físico, vi) social y vii) económico.

**La cultura y el sexo** son determinantes transversales incluidos dentro del marco de comprensión del envejecimiento activo. La cultura, que rodea a las personas y poblaciones, determina la forma en que envejecemos porque influye sobre todos los demás determinantes del envejecimiento activo. Además, la existencia de elementos diferenciadores por sexo afecta al bienestar de forma distinta a hombres y mujeres (Fernández-Mayoralas et al, 2018), unido a que las mujeres son mucho más en estos tramos de población debido a su mayor esperanza de vida en comparación con los hombres (Robine et al., 2002).

En la literatura, se ha hallado que la cultura y el género pueden implicar desigualdades y desventajas que se producen en torno a los roles y estereotipos relacionados con la participación y formación, la actividad productiva y factores de salud psicosociales (Fernández-Mayoralas et al., 2018). Por ejemplo, la tradicional responsabilidad de las mujeres sobre las tareas de cuidado y domésticas y la diferente distribución del uso del tiempo entre géneros tendrían consecuencias negativas en las remuneraciones y los ingresos de las mujeres (Victorino y Gauthier, 2005; Sauma, 2012; Le Feuvre et al., 2015). El rol social atribuido a cada uno, y no las diferencias biológicas y/o genéticas, contribuiría a que las mujeres presentaran peores puntuaciones en su estado funcional (Zunzunegui, 2011), mayor vulnerabilidad (Stark-Wroblewski et al., 2008), años de educación (Carvalho-Loures et al., 2010), acceso a tecnologías (Fernández Campomanes y Fueyo Gutiérrez, 2014; Parra, et al (2014), menores niveles de actividad física y mayor depresión (Teixeira, 2013). Para una revisión más exhaustiva sobre el envejecimiento y el género puede consultarse a Foster y Walker, 2013; Correa García et al, 2012; y Freixas, 1993.

**Los sistemas sanitarios y los servicios sociales** pueden fomentar el envejecimiento activo; para lo cual, es necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo<sup>4</sup> y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo tanto a una atención primaria<sup>5</sup> como a una asistencia de larga duración de calidad.

La OMS define la asistencia de larga duración como “el sistema de actividades desarrolladas por cuidadores informales (familia, amigos, vecinos) o profesionales (servicios sanitarios y sociales) para garantizar que una persona que no pueda valerse por sí misma pueda llevar una vida con la mayor calidad posible, según sus gustos personales, y con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización y dignidad humana” (OMS, 2000)

4 La perspectiva del ciclo vital reconoce que las personas mayores no son un grupo homogéneo y que la diversidad del individuo tiende a aumentar con la edad y que las intervenciones de ayuda son importantes en todas las etapas de la vida (OMS, 2002).

5 Promoción de la salud y prevención de las enfermedades, servicios curativos, y servicios de salud mental.

La adopción de **conductas** de vida saludables y la participación activa en el propio autocuidado son importantes en todas las etapas del curso vital. Uno de los mitos sobre el envejecimiento gira en torno a la idea de que, en la vejez, ya es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable. Y, al contrario, implicarse en una actividad física adecuada, una alimentación sana, no fumar y el consumo prudente de alcohol y medicamentos en la vejez puede evitar la discapacidad y el declive funcional, prolongar la longevidad y mejorar la propia calidad de vida.

Muchos estudios incluyen la dieta, la actividad física y el estilo de vida como factores que están relacionados con el comportamiento de la persona y que son significativos en el envejecimiento activo (Da Silva et al., 2016; Annear, et al., 2014; Cunningham, et al., 2004). Sugieren que las dietas restrictivas y los hábitos alimentarios saludables parecen mejorar el equilibrio entre la imposición del envejecimiento físico y las limitaciones debidas a enfermedades y dolencias. En Da Silva et al., 2016 encontraron que aquellos ancianos que nunca han fumado o bebido disfrutaron de un envejecimiento activo considerablemente mejor en comparación con aquellos con tales hábitos.

Las características relacionadas con **factores personales** como la biología y la genética y los factores psicológicos influyen en gran medida en cómo envejece una persona. El envejecimiento es un conjunto de procesos biológicos determinados genéticamente que puede definirse como un deterioro funcional progresivo y generalizado que ocasiona una pérdida de la respuesta de adaptación a la agresión y un aumento del riesgo de enfermedades asociadas a la edad (Kirkwood, 1996). Los factores psicológicos, como la inteligencia y la capacidad cognoscitiva (por ejemplo, la capacidad de resolver problemas y adaptarse a los cambios y a las pérdidas) son potentes predictores del envejecimiento activo y la longevidad (Smits et al, 1999). Durante el envejecimiento normal, algunas capacidades cognitivas (como la velocidad de aprendizaje y la memoria) disminuyen de forma natural con la edad.

El **entorno físico**, vinculado a la seguridad de la vivienda y al acceso a los servicios de transporte son esenciales para el bienestar de las personas mayores. La ubicación de la vivienda y su proximidad a los miembros de la familia, a los servicios de transporte pueden marcar la diferencia entre la interacción social positiva y el aislamiento.

Hay una amplia literatura que consideran a la vivienda y el entorno construido como determinantes de la salud (Garín et al., 2014) afines con los edificios, espacios y productos creados o modificados para la adecuación de las necesidades de las personas mayores. También está relacionado con las caídas, contaminación, interacción social, seguridad, cuestiones económicas y climáticas (Tse, 2005; Charlson et al, 2012). El efecto del entorno construido sobre las personas mayores en particular debe tenerse en cuenta ya que esta población tiende a pasar más tiempo en el hogar en comparación con otros grupos de edad (Clarke y Nieuwenhuijsen, 2009).

El **entorno social**, referido al apoyo social, a las oportunidades para la educación y el aprendizaje continuo durante toda la vida, a la paz y la protección frente a la violencia y el abuso, es un factor fundamental que mejora la salud, la participación y la seguridad de las personas a medida que envejecen.

Existen tres aspectos del **factor económico** que tienen un efecto especialmente significativo sobre el envejecimiento activo: los ingresos, el trabajo y la protección social. Es necesario que las políticas de envejecimiento activo se entrecrucen con planes más amplios para reducir la pobreza en todas las edades. En todos los países del mundo, las familias proporcionan la mayor parte del apoyo a los ancianos que necesitan ayuda. Sin embargo, a medida que las sociedades se desarrollan y comienza a decaer la tradición de que las generaciones vivan juntas, los países recurren cada vez más al desa-

rrollo de mecanismos que proporcionen protección social a las personas de edad avanzada que no pueden ganarse la vida y están solas y son vulnerables.

A nivel internacional, muchos son los estudios que evidencian que estos factores influyen en el envejecimiento activo de la población. Por ejemplo, cabe mencionar el trabajo de Fernández-Ballesteros et al., 2013b donde afirman que, según los biogerontólogos, un 25% de las formas en que los individuos envejecen se explica por la genética y el 75% se debe a las condiciones ambientales que incluye eventos conductuales ( Kirkwood, 2015). Es decir, el envejecimiento se rige no solo por la edad y los genes, sino también por las interacciones entre las condiciones socioambientales y los eventos personales y conductuales (Bandura, 1986 y 1997).

En Annear et al., 2014 realizan una revisión sistemática sobre la influencia que tienen las variables que influyen en la salud y nivel de actividad de los adultos mayores a través de un sistema de valoración de 83 estudios cuantitativos y cualitativos. En los hallazgos identifican variables tanto personales (etnicidad y normas culturales, energía y motivación, sexo, edad, educación, genética, autoeficacia y circunstancias financieras personales) como ambientales (el clima, el nivel de contaminación, iluminación de las calles, condiciones del tráfico, accesibilidad e idoneidad de los servicios e instalaciones, condiciones socioeconómicas, infraestructura peatonal, vida comunitaria, exposición al comportamiento antisocial, participación en redes sociales, degradación del medio ambiente, nivel de urbanismo, exposición a entornos naturales, familiaridad con el medio ambiente y otros). En los estudios evaluados por estos autores, la mayoría manifestó que las variables consideradas sí tienen relación significativa con el envejecimiento activo. Sólo algunos de estos análisis aluden no tener relación o tener una conexión entre ellas contradictoria o identificaron la influencia de combinaciones de estas variables personales y ambientales. Estudios de este tipo se pueden consultar en De Souza Lnn et al., 2018; Lehne et al., 2016; Bauman et al.,2016.; Kerr et al., 2012, entre otros.

Por último, se han revisado diversos estudios<sup>6</sup> que caracterizan la situación de los adultos mayores en el Paraguay desde distintas perspectivas<sup>7</sup>, pero no se ha encontrado ninguna investigación que se enfoque directamente en el EA. En el presente trabajo se adentra en este tema para tener una base y primera aproximación que guíe, quizás a futuras líneas de investigación.

---

6 Brizuela, 2009; Vázquez-Prada, 2012; Soto, P., 2014; Rojas Viñales, 2013 y 2014; Zavattiero, G., 2015; Ministerio de Hacienda, 2013 y 2019, Rodríguez, L, 2015; Rodríguez, L. y Benítez, G, 2018; Ovando, F, 2018; y Bruno, S., 2018.

7 Descripción de programas públicos, situación de pobreza y desigualdad y otros.

## 4. Metodología

En esta sección se detallan los datos utilizados en el análisis, las variables dependientes e independientes, así como el modelo econométrico aplicado.

Las preguntas que guían este estudio son las siguientes:

¿En qué situación se encuentran la población adulta mayor en Paraguay con relación a los factores que influyen en el EA? ¿Cuáles son y de qué modo afectan las variables dentro de los factores a las características que determinan el EA de los adultos mayores en Paraguay? ¿Cuáles son los departamentos que requieren especial atención en cuanto a necesidades de intervención?

Para responderlas, se realiza lo siguiente:

- i. Examen de los principales factores que más influyen en el EA mediante el análisis descriptivo de las principales características, diferenciando por sexo y departamento.
- ii. Estudio que determine qué factores son los más relevantes en la población de adultos mayores en Paraguay, mediante la realización de diferentes análisis econométricos.
- iii. Análisis de los resultados detectando los factores más importantes a la hora de favorecer (o reducir) que la población de mayores en el país tenga un EA.
- iv. Detección de los departamentos que presentan un mayor riesgo de no lograr un EA en sus adultos mayores, mediante la generación de mapas de calor.

Para el análisis se recurre a la base de datos disponibles de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS, 2015) relevada por la Secretaría Técnica de Planificación y el Banco Interamericano de Desarrollo<sup>8</sup>. El análisis descriptivo de variables se complementa con datos de las Encuestas Permanente de Hogares (EPHC) realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y datos de Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

### 4.1 Datos

En el análisis econométrico se utiliza la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) para el año 2015. La ELPS es una encuesta longitudinal<sup>9</sup> diseñada para monitorear y evaluar los sistemas de protección social, y su interrelación con el mercado del trabajo. Tiene como población objetivo a

8 Otra posible fuente estadística que ha sido valorada inicialmente fue la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) 2018 realizado por la Agencia de Cooperación Internacional de Corea (KOICA) y la Secretaría Técnica de Planificación (STP). Sin embargo, como el objetivo de este trabajo es ofrecer resultados a nivel departamental, la SABE ha sido descartada para este ejercicio porque solo se encuestaron las zonas de Asunción y el Departamento Central.

9 Tiene como objeto entrevistar un panel de individuos a través del tiempo, pero hasta la fecha no se conoce una nueva encuesta.

todas las personas de 15 y más años que componen la población nacional con una cobertura de 16 Departamentos. Los departamentos Boquerón y Alto Paraguay no fueron considerados por concentrar menos del 1.5% de la población.

La muestra total de la ELPS es de 15.173 personas distribuidos a lo largo del territorio nacional y el diseño de la muestra es estratificado geográficamente por zona urbana – rural, de conglomerados, trietápica, con afijación proporcional al tamaño, para todos los departamentos.

Se utiliza adicionalmente la EPHC para los años 2019 (pre pandemia) y 2020 (en situación de pandemia) que recoge información sobre diferentes dimensiones del bienestar de los hogares paraguayos, y la base de datos del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), de la División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) con el fin de complementar el análisis sobre las condiciones de vida de la población adulta mayor en Paraguay, previas a la pandemia, y la afectación derivada de la misma y las medidas de gestión.

Para identificar y estimar los problemas y necesidades relevantes a la población de adultos mayores en el Paraguay, así como los factores que inciden en el envejecimiento activo, primero, se define y selecciona la población de adultos mayores<sup>10</sup> a las personas de 60 años y más de edad. Segundo, se analizan y seleccionan las preguntas de la ELPS que concuerdan con la literatura para definir las variables dependientes e independientes.

## 4.2 Variables dependientes

Siguiendo la definición de envejecimiento activo (EA), centrado en una vida saludable, participativa y segura, donde las personas mayores pueden vivir la vejez con buena salud y en un entorno propicio, y usando los datos de la ELPS (2015), se realiza un análisis descriptivo de aspectos positivos asociados a un EA en los adultos mayores como es la valoración subjetiva que realiza la persona sobre tener buena salud o estar satisfecho, así como otras características que reducen la existencia de un EA, como es la sensación de soledad o tristeza, o la sensación de estar deprimido. Para ello, se emplean diferentes técnicas de estadística descriptiva como los promedios condicionados a diferentes variables, utilización de histogramas de frecuencia.

Las variables dependientes se refieren a las variables proxys que puedan asemejarse a las características que contribuyen a tener un envejecimiento activo, que esta asociado a una vida saludable, participativa y segura, donde las personas mayores pueden vivir la vejez con buena salud y en un entorno propicio.

En la ELPS, en el “Módulo E: Salud” se encuentran las preguntas:

- E7. Usted diría que su salud es: 1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala 6. Muy mala .
- E46. Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante la semana pasada. Para cada pregunta por favor dígame si la mayor parte del tiempo: 1. Se ha sentido deprimido 2. Ha sentido que todo lo que hacía era un esfuerzo 3. Ha sentido que su sueño era intranquilo 4. Se ha sentido feliz 5. Se ha sentido solo 6. Ha sentido que disfrutaba de la vida 7. Se ha sentido triste 8. Se ha sentido cansado 9. Ha sentido que tenía mucha energía.

---

10 Según la OMS (2002), la vejez se define como 60 años o más que es el estándar de las Naciones Unidas.

Esto es una valoración subjetiva que realiza la persona sobre su estado de salud física y el estado emocional. Para cada pregunta, los adultos mayores deben responder si experimentaron o no un determinado estado de salud y un estado emocional. En el cuadro 1 se pueden observar los criterios o condiciones seguidos para la construcción de las variables de envejecimiento activo.

Considerando algunos hallazgos de Fernández-Ballesteros (2008), mencionados en Fernández-Ballesteros, et al, (2010) varios estudios llevaron a cabo encuestas a adultos mayores con el objetivo de definir sus conceptualizaciones de bienestar en la vejez, y sobre cómo describen o perciben un envejecimiento exitoso. Algunos han realizado comparaciones entre países o culturas, se realizaron preguntas sobre evaluaciones generales de la vida, experiencias, concepciones del bienestar y visiones sobre el proceso del envejecimiento. Los trabajos concluyeron que muchas de las respuestas relacionadas a aspectos del funcionamiento subjetivo, como las actitudes hacia la vida, el disfrutar de la misma, las relaciones positivas y aceptar el cambio, son los criterios típicamente considerados para aproximarse al concepto de un envejecimiento exitoso.

También en Stone et al, 2010, realizan un estudio sobre del bienestar psicológico en Estados Unidos y su distribución por edades, donde consideran el bienestar global (valoración general de tiene una persona de su vida) y el estado afectivo (felicidad o estrés) como aspectos clave para la salud de los individuos y los grupos de personas, utilizando variables auto valorativas sobre el estado afectivo que incluyen componentes tanto positivos (felicidad) como negativos (estrés, ira, tristeza) del bienestar.

Además de estos trabajos descritos con anterioridad, son varias las investigaciones donde se utilizan el ámbito emocional como medida de bienestar entre los que se puede encontrar Steptoe et al, 2008; Rocke y Lachman, 2008; Scheibe y Carstensen, 2010; Notthoff y Carstensen, 2014, entre otros.

Siguiendo esta literatura y a criterio de los investigadores se seleccionan 6 variables proxy de envejecimiento activo. Por tanto, operativamente una persona adulta mayor experimenta el envejecimiento activo si percibe que su salud es excelente, muy bueno o buena, si se siente feliz, si siente que disfruta de la vida, si no se siente deprimido, si no se siente solo o si no se siente triste.

**Cuadro 1.** Construcción de variable dependiente: envejecimiento activo

Nº	Variables proxy de envejecimiento activo: Valoración sobre su estado de salud y emocional	Tipo de variable	Pregunta de la ELPS	Si cumple con la condición, toma el valor:
1	Buena salud	Binaria	pr e7 Usted diría que su salud es: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Excelente</li> <li>• Muy buena</li> <li>• Buena</li> <li>• Regular</li> <li>• Mala</li> <li>• Muy mala</li> </ul>	1 = opina que su salud es excelente o muy buena o buena; 0 en caso contrario
2	Felicidad	Binaria	pr e46_04 Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante la semana pasada. Para cada pregunta por favor dígame si la mayor parte del tiempo 04 Se ha sentido feliz	1= si en la última semana se ha sentido feliz; 0 en caso contrario
3	Disfruta de la vida	Binaria	e46_06 Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante la semana pasada. Para cada pregunta por favor dígame si la mayor parte del tiempo 06 Se ha sentido que disfruta de la vida	1= si en la última semana ha sentido que disfrutaba de la vida; 0 en caso contrario

Nº	VARIABLES PROXY DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO: VALORACIÓN SOBRE SU ESTADO DE SALUD Y EMOCIONAL	Tipo de variable	Pregunta de la ELPS	Si cumple con la condición, toma el valor:
4	Deprimido	Binaria	e46_01 Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante la semana pasada. Para cada pregunta por favor dígame si la mayor parte del tiempo 01 Se ha sentido deprimido	1= si en la última semana se ha sentido deprimido; 0 en caso contrario
5	Soledad	Binaria	e46_05 Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante la semana pasada. Para cada pregunta por favor dígame si la mayor parte del tiempo 05 Se ha sentido solo	1= si en la última semana se ha sentido solo; 0 en caso contrario
6	Tristeza	Binaria	e46_07 Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante la semana pasada. Para cada pregunta por favor dígame si la mayor parte del tiempo 07 Se ha sentido triste	1= si en la última semana se ha sentido triste; 0 en caso contrario

Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

## 4.3 Variables independientes

Siguiendo el marco conceptual y la influencia que tiene cada factor en el envejecimiento activo, se analiza la información de la ELPS para identificar las variables disponibles. En el cuadro 2 se detallan las variables independientes que se consideran relevantes y se agrupan en los 7 factores: i) culturales y de género, ii) relacionados al sistema sanitario y servicios sociales, iii) conductuales, iv) biológicos y genéticos, v) del entorno físico, vi) del entorno social y vii) del entorno económico.

**Cuadro 2.** Construcción de variables independientes: envejecimiento activo

Variable	Tipo de variable	Pregunta de la ELPS	Condición
<b>1. Factores culturales y sexo</b>			
Sexo	Binaria	a6	1 = hombre y 0 mujer
Identificación cultural	Binaria	a9a. ¿Cómo se identifica Ud. según su cultura y costumbres? • Ascendencia blanca • Ascendencia indígena • Ascendencia mestiza	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
Idioma o lengua hablado	Binaria	a10a_e ¿Qué idioma (s) o lengua(s) habla Ud.? • Lengua sólo guaraní • Guaraní y castellano • Sólo castellano	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
Sabe leer y escribir	Binaria	B1 ¿Sabe leer y escribir?	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
<b>2. Factores relacionados al sistema sanitario y servicios sociales</b>			
Tiene seguro	Binaria	ea ¿Actualmente tiene algún seguro médico vigente en el país?	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
Tiene seguro IPS	Binaria	e1_01 ¿Por cuál seguro médico está cubierto usted? IPS	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario

Variable	Tipo de variable	Pregunta de la ELPS	Condición
Utiliza el seguro	Binaria	e1d ¿Utiliza los servicios de salud del seguro por el que está cubierto usted?	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
Indicadores del sistema sanitario vinculado a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo a la atención primaria y de larga duración	Binaria	e19_01 hasta e19_12 En los últimos 12 meses, ¿Usted ha concurrido a un establecimiento de salud por algunos de los siguientes motivos? si en los últimos 12 meses ha ido a un centro salud para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta general</li> <li>• Consulta de Especialidad (ginecólogo, post parto, control de embarazo, pediatra)</li> <li>• Consulta de Urgencias</li> <li>• Atención Dental</li> <li>• Exámenes de laboratorio</li> <li>• Rayos X o ecografías</li> <li>• Cirugía</li> <li>• Hospitalización</li> <li>• Control de enfermedades crónicas</li> <li>• Control preventivo</li> <li>• Vacunación</li> <li>• No ha acudido</li> </ul>	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
Hospitalización	Continua	Pr e26. Numero noches ingresado en hospital última vez	número noches estuvo hospitalizado
Indicadores relacionados a requerimientos de servicios sociales	Binaria	e18_03 hasta e18_08 ¿Habitualmente usted necesita ayuda de terceros o tiene dificultad para realizar las siguientes actividades? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesita ayuda para Subir escalera</li> <li>• Necesita ayuda para el Bañarse</li> <li>• Necesita ayuda para Vestirse</li> <li>• Necesita ayuda para Comer</li> <li>• Necesita ayuda para salir de la cama</li> <li>• No necesita ayuda para realizar ninguna de las anteriores</li> </ul>	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
<b>3. Factores conductuales</b>			
Peso	Continua	pr e11 y e12. cuál es el peso actual, en kg	número
Altura	Continua	pr e9 y e10. cuál es la estatura actual, en cm.	número
Índice de Masa Corporal	Continua	división de altura / peso	número
Fuma	Binaria	Pr e13. si la persona fuma actualmente	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
Bebe	Binaria	Pr e15. si la persona consume bebidas alcohólicas	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
Regularidad con la que practica deporte o alguna actividad física	Binaria	e8 ¿Con qué regularidad practica usted deporte o alguna actividad física? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Practica bastante deporte: si practica deporte todos los días, entre 5 a 3 veces por semana</li> <li>• Practica algo de deporte: si practica deporte de 1 a 2 veces por semana o 1 a 3 veces al mes</li> <li>• No practica deporte (o muy poco): si practica algunas veces al año o nunca o casi nunca</li> </ul>	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
<b>4. Factores biológicos y genéticos</b>			
Edad, Edad <sup>2</sup>	Continua	a7a	60 o más
Discapacidad	Binaria	E34. Si tiene alguna discapacidad o invalidez	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario

Variable	Tipo de variable	Pregunta de la ELPS	Condición
Factores personales relacionadas al diagnóstico de enfermedades	Binaria	e39_01 hasta e39_11 En los últimos dos años ¿Le ha sido diagnosticada alguna de las siguientes condiciones médicas por un doctor? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene asma</li> <li>• Tiene depresión</li> <li>• Tiene diabetes</li> <li>• Tiene presión alta</li> <li>• Tiene problemas cardíacos</li> <li>• Diagnosticado de cáncer</li> <li>• Diagnosticado de artritis o artrosis</li> <li>• Tiene problemas renales</li> <li>• Tiene problemas asociados a derrame cerebral</li> <li>• Tiene problemas mentales</li> <li>• Tiene SIDA</li> </ul>	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
<b>5. Factores del entorno físico</b>			
Urbana-Rural	Binaria	Si el Área donde reside es urbana	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
Vive en una casa	Binaria	pr g1. si el tipo de vivienda que ocupa es una casa (caso contrario es dpto, pieza de inquilinato, rancho, vivienda improvisada, otro).	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
Nº de piezas o cuartos	Continua	Pr g2. número piezas o cuartos son de uso exclusivo del hogar	número
Buena pared	Binaria	Pr g3. Tipo predominante de paredes: Pared de calidad si material pared es cemento o ladrillo (caso contrario es adobe, madera, estaqueo, tronco, cartón, no tiene pared).	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
Buen techo	Binaria	Pr g4. Material predominante en el techo: Techo de calidad si material techo es hormigón, teja (caso contrario es fibrocemento, chapa, paja, tronco, cartón).	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
Buen piso	Binaria	Pr g5. Material predominante en los pisos: Se considera buen piso si el material es parquet, alfombra, mosaico, cerámica, granito, baldosa (caso contrario es ladrillo, madera, tierra, lecherada).	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
Agua techo	Binaria	pr g6_01 y g6_02. Hay problemas de humedades en el techo, goteras si en el techo hay goteras o humedad.	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
Convive	Binaria	Pr a8a. Convive: si pareja o cónyuge vive en hogar.	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
Pareja	Binaria	Pr a8. Tiene pareja: Si estado civil "casado" o "unido".	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
<b>6. Factores del entorno social</b>			
No tiene estudios	Binaria	b4 ¿A qué nivel corresponde el último grado o curso más alto que aprobó?	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
Tiene estudios primarios	Binaria	B4. ¿A qué nivel corresponde el último grado o curso más alto que aprobó? 5. Educación Escolar Básica (1º al 6º) Ex Primaria	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
Si ha estudiado una carrera universitaria	Binaria	Pr. b6 ¿Cuántas carreras diferentes ha estudiado usted?	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
Estudia ahora	Binaria	b2 Actualmente, ¿asiste a una institución educativa?	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
Años de escolarización	Continua	Pr escolaridad. años de estudio.	número

Variable	Tipo de variable	Pregunta de la ELPS	Condición
<b>7. Factores del entorno económico</b>			
Recibe pensión alimenticia	Binaria	d45 ¿Ha solicitado Pensión Alimentaria para Adultos Mayores en situación de pobreza que entrega el estado? Si lo solicita y si lo recibió; si lo solicita y le denegaron	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
Recibe alguna transferencia	Binaria	f33 En los últimos 12 meses, ¿recibió algún ingreso por concepto de ayuda de personas ajenas a su hogar o instituciones públicas o privadas establecidas en este país? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensiones o prestaciones por divorcios o cuidados de hijos</li> <li>• Ayuda en dinero de familiar</li> <li>• Ayuda en dinero de no familiar</li> <li>• Donación de institución no gubernamental</li> <li>• Otro ingreso</li> <li>• Recibe alguna de las anteriores</li> </ul>	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
Recibe alguna prestación	Binaria	pr d22_1 hasta d22_6. Recibe alguna prestación: si recibe Jubilación o pensión de vejez /retiro, invalidez, viudez, orfandad, accidente laboral o pensión de sobreviviente dependiente.	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario
Cuantía de la prestación	Continua	d24_ ¿Cuál es el monto de su jubilación y/o pensión?	número
Trabaja	Binaria	pr c2_m1a2015. Situación laboral: opciones de inactivo, desempleado y trabajando.	1 = si se identifica con esa característica y 0 en caso contrario

Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

Las variables independientes seleccionadas para este estudio son capaces de afectar la probabilidad de lograr un envejecimiento activo por parte de los adultos mayores. Por lo tanto, los resultados de este análisis permitirán identificar y desarrollar diversas intervenciones de políticas públicas en torno al envejecimiento activo. En la siguiente sección se detalla el modo en que se realizará el análisis.

#### 4.4 Modelo econométrico

Aplicando técnicas de estadística descriptiva se obtienen porcentajes y promedios condicionados a diferentes variables, e histogramas de frecuencia, así como mapas de calor, que permiten determinar la heterogeneidad departamental existente en el país.

Junto con la aproximación estadística, y utilizando la encuesta previamente indicada, se considera la siguiente regresión econométrica:

$$y_{ij} = \alpha_{ij} + \beta x'_i + \varepsilon_{ij}$$

Donde es la variable dependiente del individuo “i” asociada a una determinada característica “j” del envejecimiento activo, j= considera que tiene buena salud, felicidad, disfruta de la vida, depresión, soledad y tristeza, mientras que el vector  $x'_i$  captura el conjunto de factores analizados en la sección anterior que afectan a lograr un envejecimiento activo, como edad, fumador, vive con fa-

miliares, tiene diabetes, etc., y siendo el término de error de la ecuación que captura todas aquellas características y factores que afectan a la variable dependiente y que no han sido consideradas en la regresión econométrica.

El objetivo consiste en aplicar diferentes especificaciones<sup>11</sup> y métodos econométricos con los cuales se obtienen una estimación del vector de parámetros  $\beta$  que determinan el efecto que tienen las variables de los factores, dados en  $x$ , sobre las características de envejecimiento activo considerado, y si es estadísticamente significativo indicaría que ese factor si influye sobre el EA.

Finalmente, con los factores que influyen sobre el EA, y los valores que presentan los diferentes departamentos en esas características, se calculan mapas de calor a nivel departamental, que permiten determinar aquellos departamentos que pueden estar en mayor riesgo de no lograr un EA en su población, ya sea porque presentan valores bajos de aquellos factores que influyen positivamente en lograr un EA o porque tienen cifras altas (comparativamente al resto de departamentos del Paraguay) de los factores que impiden lograr un E.A

---

11 Dependiendo de las características de la variable dependiente de la regresión, se consideran especificaciones de modelos logit simples, logit multinomiales y logit ordenados. Para más detalles consultar el anexo 1.

## 5. Resultados y discusión

### 5.1 Análisis descriptivo

De la ELPS, se obtiene una muestra efectiva para el análisis descriptivo y econométrico compuesta de 3072 individuos seleccionados de 60 años y más de edad, de los cuales 1429 son hombres y 1643 son mujeres, que con los factores de expansión representarían a 339.968 hombres y a 323.967 mujeres (51,2 % hombres y 48,8% mujeres). Representan el 20% de la población de 15 años y más, en el año 2015<sup>12</sup>. En función de la edad y el sexo, se observa el perfil esperado de esta población. En franjas de edades menores se tienen mayores porcentajes de adultos mayores, y a medida que aumenta la edad el número de observaciones se reduce (Figura 1). Con respecto a la distribución de los adultos mayores por departamentos geográficos, la mayoría de los individuos, independientemente del sexo, se encuentra en Central, Asunción e Itapúa, suponiendo casi el 40% de la muestra de datos analizada (Figura 2).

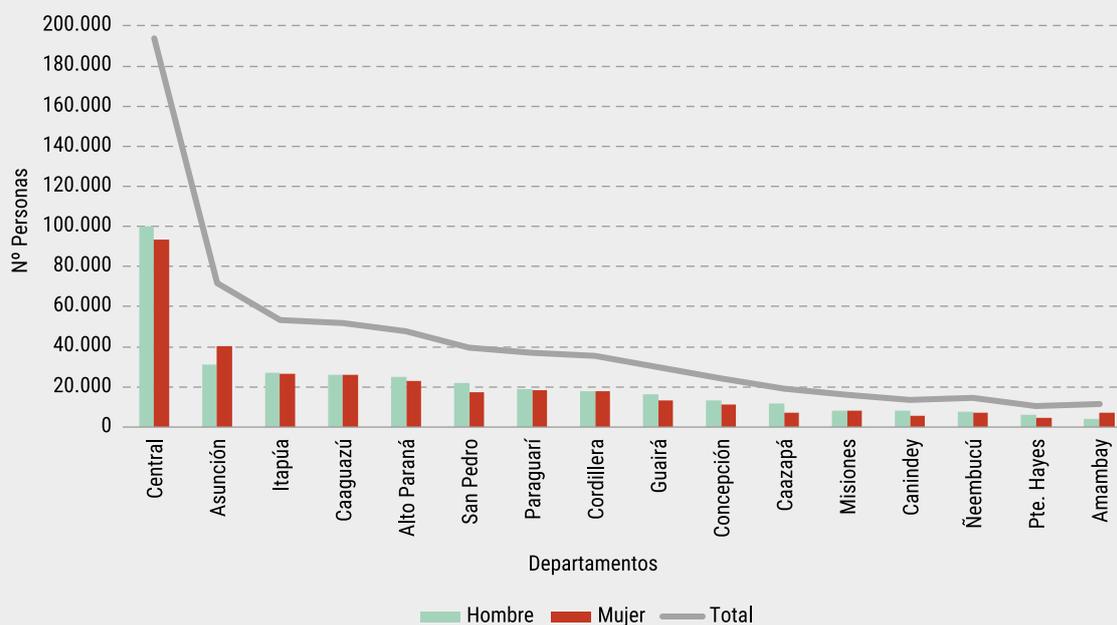
**Figura 1.** Densidad de población por edad y sexo



Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

12 No incluye los departamentos de Boquerón y Alto Paraguay

**Figura 2.** Densidad de población por departamento y sexo.



Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

### 5.1.1 Análisis de las variables subjetivas asociadas al envejecimiento activo

A continuación, se presenta las variables subjetivas que se han considerado como variables proxis de los factores determinantes del envejecimiento activo, mostrando el análisis descriptivo de las más relevantes.

Siguiendo de nuevo la definición de envejecimiento activo, que pretende una vida saludable, participativa y segura, donde las personas mayores pueden vivir la vejez con buena salud y en un entorno propicio, estos son los resultados de las variables consideradas.

**Cuadro 3.** Estadísticas descriptivas de las variables proxis de los factores determinantes del envejecimiento activo

	Buena salud	Se siente feliz	Disfruta de la vida	Se siente deprimido	Se siente solo	Se siente triste
<b>Total</b>						
N	656.791	656.791	656.791	656.942	656.942	656.942
Media	0.712	0.802	0.676	0.151	0.298	0.251
Desv. S.	0.453	0.387	0.457	0.359	0.407	0.409
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Máximo	1	1	1	1	1	1

	Buena salud	Se siente feliz	Disfruta de la vida	Se siente deprimido	Se siente solo	Se siente triste
<b>Hombre</b>						
N	334.584	334.584	334.584	334.734	334.734	334.734
Media	0.733	0.825	0.712	0.105	0.281	0.189
Desv. S.	0.445	0.357	0.439	0.309	0.377	0.360
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Máximo	1	1	1	1	1	1
<b>Mujer</b>						
N	321.806	321.806	321.806	321.806	321.806	321.806
Media	0.687	0.781	0.641	0.197	0.316	0.311
Desv. S.	0.461	0.413	0.473	0.399	0.433	0.445
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Máximo	1	1	1	1	1	1

**Fuente:** Elaboración propia en base a la ELPS 2015

En el cuadro 3 se observan la cantidad de personas que responden a estas preguntas y su desglose por sexo. En media, los hombres presentan mayores porcentajes en las variables positivas (salud, felicidad y disfrute de la vida) y menores porcentajes en las variables negativas (depresión, soledad y tristeza). El 68,7% de las mujeres consideran que tienen buena salud, permaneciendo constantes en las diferentes edades de la distribución (Anexo 2: Figura 6), mientras que, en el caso de los hombres, el valor asciende a 73,3% en promedio, pero este valor va descendiendo en los últimos tramos de edad incluso por debajo de las mujeres (Anexo 2: Figura 6)<sup>13</sup>.

El resultado de esta variable es bastante semejante entre departamentos y no tanto así entre sexos, el más alto reportado de buena salud es el de Presidente Hayes con 82% de hombres que consideran que tienen buena salud y un 68% de mujeres; Concepción tiene un 86,9% de mujeres, similar al 81,7% de hombres, cifras parecidas en Paraguarí, Guairá, Asunción y Central en ambos sexos. Sin embargo, en Itapúa sólo el 52,9% de mujeres reporta esta condición con casi 20% de diferencia con los hombres (69,8% de hombres), destacando también Alto Paraná, Misiones y Ñeembucú (Anexo 2: Figura 7) con bajos porcentajes de población con buena salud.

En las variables subjetivas de “Se sintió feliz” y “disfruta de la vida”, también los hombres reportan sentirse mejor en comparación con las mujeres, pero los valores parecen constantes a lo largo de la distribución por edad y a nivel departamental. Son las diferencias por sexo de entre 10, 15 y hasta 20 puntos más en hombres sobre las mujeres las que más llaman la atención en casi todos los departamentos, como por ejemplo Guairá, Cordillera, Alto Paraná, Caaguazú, Ñeembucú y Asunción (Anexo 2: Figuras 8, 9, 10, y 11).

En los factores determinantes con connotación negativa, “sentirse deprimido”, “sólo” o “triste”, también existen estas diferencias por sexo y mucha más variabilidad a nivel departamental. Destaca la variable sentirse deprimido, en casi todos los departamentos la media está por debajo de los 10% tanto en hombres como en mujeres, pero en el departamento Central alcanza el 33,4% en hombres y el 31,3% en mujeres (Anexo 2: Figura 12 y 13).

<sup>13</sup> En el Anexo 2 se presentan las figuras por edad y departamento adicionales.

El sentimiento de soledad afecta en promedio a un 30% de la población adulta mayor, a medida que avanza la edad, más mujeres tienden a sentirse solas en comparación a los hombres cuyo porcentaje es más estable a lo largo de la distribución por edad (Anexo 2: Figura 14). A nivel departamental hay más variedad, departamentos como Caazapá, Ñeembucú, Itapúa o Paraguarí están por encima del promedio, y departamentos como Concepción, Canindeyú o Guairá están muy por debajo del promedio (Anexo 2: Figura 15). Sin embargo, la tristeza afecta claramente más a las mujeres que a los hombres en todas las edades y departamentos (Anexo 2: Figura 16 y 17). Los promedios más altos de esta variable llegan a alcanzar el 43,6% en Amambay y 41% en Cordillera para el caso de las mujeres, y los 28,7% en Itapúa y 28,5% en Ñeembucú en los hombres.

### 5.1.2 Análisis de los factores que influyen en el envejecimiento activo

En esta sección se analizan las variables que se consideran relevantes y que pueden influir positiva o negativamente en las variables proxys hacia un envejecimiento activo en la población paraguaya. Una vez analizadas se seleccionan las que se van a incluir en los modelos<sup>14</sup>.

Se presentan las estadísticas descriptivas de cada grupo de factores. Como se mencionó anteriormente, en todas las variables de todos los factores se desglosa en hombre y mujer para su análisis.

Se empieza por la cultura que rodea a las personas que puede determinar la forma en que se envejece, principalmente porque influye en los demás factores. Analizando la identificación cultural de los adultos mayores se observa que predomina la ascendencia mestiza y blanca, la indígena no llega al 5% y otras ascendencias representa el 6,6% en promedio (Cuadro 4). Los idiomas de comunicación más utilizados en el hogar son el castellano y guaraní con un 48,3% en promedio, seguido de sólo guaraní con 42,2% y sólo castellano un 8,2%. En la distribución por edades se observa que a medida que aumenta la edad de las personas aumenta el porcentaje de los que hablan sólo guaraní. Las diferencias se producen más por departamentos no tanto así por sexo (Anexo 2: Figura 18 y 19).

Se registra una prevalencia de hombres en la proporción de quienes saben leer y escribir en todos los rangos de edades siendo el promedio 87,9% de hombres sobre 80,5% de mujeres. También es significativo el descenso en el porcentaje de personas mayores que leen a medida que aumenta la edad, con una reducción de 10 puntos entre el máximo y mínimo de edad considerando los sexos (Anexo 2: Figura 20). Estas diferencias se hacen más notorias por departamentos donde las brechas más altas se observan en Misiones, Ñeembucú y Caazapá; y proporciones más equitativas en Asunción, Cordillera y Alto Paraná (Anexo 2: Figura 21).

**Cuadro 4.** Estadísticas descriptivas de las variables del factor 1 “Culturales y sexo”

	Ascendencia Blanca y mestiza	Ascendencia indígena	Habla sólo castellano	Habla sólo guaraní	Habla castellano y guaraní	Sabe leer y escribir
<b>Total</b>						
N	664336	661166	661166	661166	661166	658859
Media	0.886	0.043	0.082	0.428	0.478	0.842
Desv. S.	0.319	0.205	0.275	0.494	0.500	0.364
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Máximo	1	1	1	1	1	1

<sup>14</sup> Se analizan más variables que las incluidas en los modelos debido a que por separado pueden aportar información relevante, pero juntas pueden tener problemas de correlación.

	Ascendencia Blanca y mestiza	Ascendencia indígena	Habla sólo castellano	Habla sólo guaraní	Habla castellano y guaraní	Sabe leer y escribir
<b>Hombre</b>						
N	339968	339109	339109	339109	339109	336802
Media	0.875	0.045	0.061	0.468	0.468	0.879
Desv. S	0.331	0.209	0.241	0.498	0.499	0.325
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Máximo	1.00	1	1	1	1	1
<b>Mujer</b>						
N	323967	322057	322057	322057	322057	322057
Media	0.898	0.041	0.103	0.387	0.487	0.805
Desv. S.	0.303	0.200	0.306	0.487	0.500	0.397
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Máximo	1.00	1	1	1	1	1

**Fuente:** Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

Se localiza información que relaciona la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración de calidad. En la ELPS, se divide en área de seguro, asistencia sanitaria y necesidades más relacionadas con dependencia.

El sistema sanitario, en este estudio está medido mediante estas tres variables, la tenencia de seguro médico, si el seguro médico es de IPS y si utiliza el seguro médico. En los mismos se observa que, en el año de la encuesta, apenas el 29,8% de hombres y el 38,4% de mujeres cuentan con un seguro médico vigente (Cuadro 5). De los cuales corresponden a IPS el 24,6% de hombres y 31,5% de mujeres, por tanto, el resto dependerían de los servicios de salud proveídos por el MSPBS.

En cuanto a la situación departamental, estar asegurado es más habitual en departamentos (Anexo 2: Figura 22) como Asunción y Central – con valores hasta de 60,8% - mientras que en los demás, el porcentaje de asegurados se sitúa en valores mucho más bajos, especialmente en hombres. En algunos departamentos, como Guairá, Amambay o Alto Paraná, la diferencia entre sexos supera los 20 puntos porcentuales, doblando las mujeres los niveles de aseguramiento.

El acceso a los servicios de salud se pudo medir mediante la respuesta de la concurrencia a los establecimientos de salud de las personas. En este sentido, las mujeres presentan valores superiores al de los hombres, con valores que incluso doblan a los valores masculinos, como consulta de especialidades o asistencia dental.

El deterioro funcional a medida que avanza la edad se traduce muchas veces en dificultades para realizar por sí mismas algunas actividades cotidianas lo que se traduce en incrementos de necesidades asistenciales. Desde este punto de vista, los resultados de la encuesta muestran que las mujeres reportan tener más dificultades y necesitar ayuda de terceros en comparación a los hombres, como es el caso de necesidad de ayuda para subir escaleras, bañarse, vestirse, comer o salir de la cama. Asciende a 68,4% de los hombres los que reportan no necesitar ayuda de terceros para sus actividades diarias, mientras que ese valor se reduce al 57,7% en las mujeres.

Como se espera, a medida que la edad aumenta la necesidad de ayuda se incrementa de manera continuada, con diferencias de 20 puntos porcentuales entre los mayores de 60 años respecto a los de 80 años (Anexo 2: Figura 23). Además, el diferencial de 10 puntos entre hombres y mujeres se mantiene a lo largo de toda la distribución.

**Cuadro 5.** Estadísticas descriptivas de las variables del factor 2 “Sistema sanitario y servicios sociales”

	Total					Hombre			Mujer		
	N	Media	Desv. S.	Mín	Máx	N	Media	Desv. S.	N	Media	Desv. S.
Tiene seguro	658859	0.341	0.475	0	1	336802	0.298	0.459	322057	0.384	0.487
Tiene seguro IPS	658859	0.281	0.450	0	1	336802	0.246	0.432	322057	0.315	0.465
Utiliza seguro	658859	0.305	0.461	0	1	336802	0.261	0.441	322057	0.348	0.477
Consulta general	658074	0.516	0.500	0	1	336087	0.452	0.498	321987	0.579	0.493
Consulta especialista	658074	0.157	0.365	0	1	336087	0.101	0.304	321987	0.213	0.411
Consulta urgencias	658074	0.131	0.338	0	1	336087	0.107	0.310	321987	0.155	0.362
Consulta dentista	658074	0.073	0.257	0	1	336087	0.050	0.215	321987	0.096	0.293
Exámenes laboratorio	658074	0.414	0.493	0	1	336087	0.357	0.481	321987	0.471	0.499
Rayos X o ecografías	658074	0.214	0.411	0	1	336087	0.185	0.391	321987	0.242	0.429
Cirugías	658074	0.042	0.199	0	1	336087	0.036	0.182	321987	0.047	0.214
Hospitalización	657805	0.078	0.268	0	1	336087	0.066	0.246	321718	0.090	0.288
Control enferme crónicas	657805	0.077	0.267	0	1	336087	0.065	0.248	321718	0.089	0.285
Control preventivo	657805	0.073	0.262	0	1	336087	0.071	0.259	321718	0.075	0.264
Vacunación	657908	0.113	0.318	0	1	336087	0.088	0.286	321718	0.137	0.346
No ha acudido	657471	0.288	0.451	0	1	335650	0.352	0.476	321718	0.224	0.414
Ayuda escalera	657471	0.210	0.405	0	1	335650	0.154	0.361	321718	0.266	0.440
Ayuda baño	657769	0.027	0.160	0	1	335650	0.018	0.136	321718	0.036	0.182
Ayuda vestir	657769	0.028	0.163	0	1	335650	0.021	0.143	321718	0.035	0.182
Ayuda comer	657769	0.016	0.121	0	1	335650	0.012	0.108	321718	0.019	0.132
Ayuda cama	657769	0.025	0.154	0	1	335650	0.012	0.112	321718	0.038	0.186
No necesita ayuda	657769	0.631	0.482	0	1	335650	0.684	0.465	321718	0.577	0.494

**Fuente:** Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

El envejecimiento activo se centra en un estilo de vida saludable, esto implica una actividad física adecuada, una alimentación sana, no fumar y el consumo prudente de alcohol y medicamentos en la vejez.

En media en todo el país, el 17,5% de los hombres fuma y el 4,2% de las mujeres (Cuadro 6), y por tramos de edad, es en los adultos de menor edad donde el porcentaje de hombres fumadores se eleva hasta valores entre el 20 – 25%, y va descendiendo de forma lineal a un 10% (Anexo 2: Figura 24). Para el caso de mujeres, el valor se mantiene estable entorno al 5% para todas las edades. El análisis a nivel departamental se muestra mucha heterogeneidad, con niveles más bajos de consumo de tabaco como en Asunción, Misiones, Paraguari – con un 7% de promedio, mientras que Canindeyú se sitúa en casi el 40% de hombres fumadores (Anexo 2: Figura 25).

De forma similar al consumo de tabaco, el consumo de alcohol muestra grandes diferenciales entre hombres y mujeres, con un 32,7% de hombres que declaran que beben, mientras que solamente el 5,6% de mujeres. El análisis por edad refleja también altos niveles de consumo de alcohol en hom-

bres mayores entre 60 – 65 años, cercanas al 42%, mientras que, en edades más altas, el porcentaje baja entre 18 y 20% (Anexo 2: Figura 26). Para el caso femenino, la media se mantiene por debajo de 10% con cierto descenso con el paso de la edad.

En cuanto a la pregunta de ¿con qué regularidad practica deporte o alguna actividad física? se observan valores muy altos de porcentajes de personas que no practican deporte o lo hacen muy poco. Cabe señalar que incluso en edades más bajas, como 60 años, los valores alcanzan entorno al 60% en hombres y 70% en mujeres, valores que aumentan a medida que avanza la edad (Anexo 2: Figura 28). Las medias de los que practican algo de deporte asciende a un 13,2% en hombres y un 7,7% en mujeres. Y los que declaran que practican bastante deporte remonta a 20,3% en el caso masculino y 14,5% para el caso femenino.

Por lo que respecta a las diferencias geográficas en el país, en el caso masculino se observa una gran dispersión en los porcentajes de adultos que no realizan deporte, pasando del 88% en el departamento de Caazapá hasta un 43% de Ñembucú, duplicando los valores, mientras que en el caso femenino la variabilidad es mucho menor, entre 92% hasta el 60% - un tercio (Anexo2: Figura 29).

**Cuadro 6.** Estadísticas descriptivas de las variables del factor 3 “Conductuales”

	IMC	Fuma	Bebe	Realiza mucho deporte	Realiza poco deporte	Realiza nada deporte
<b>Total</b>						
N	657769	657769	657769	657478	657342	657342
Media	2.40	0.108	0.192	0.174	0.105	0.721
Desv. Desviación	0.43	0.309	0.394	0.381	0.308	0.450
Mínimo	0.97	0	0	0	0	0
Máximo	4.08	1	1	1	1	1
<b>Hombre</b>						
N	335650	335650	335650	335650	335650	335650
	4319	4319	4319	4319	4319	4319
Media	2.35	0.175	0.327	0.203	0.132	0.664
Desv. Desviación	0.40	0.377	0.468	0.403	0.341	0.473
Mínimo	0.97	0	0	0	0	0
Máximo	4.05	1	1	1	1	1
<b>Mujer</b>						
N	321718.35	321718	321718	321427	321291	321291
Media	2.45	0.042	0.056	0.145	0.077	0.778
Desv. Desviación	0.45	0.195	0.228	0.354	0.267	0.417
Mínimo	1.38	0	0	0	0	0
Máximo	4.08	1	1	1	1	1

**Fuente:** Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

Desde una óptica biológica y genética, el envejecimiento puede definirse como un deterioro funcional progresivo y generalizado, lo que conlleva muchas veces a enfermedades de diversos tipos y gravedades. En este factor también se encuentran los determinantes psicológicos, como la capacidad cognoscitiva.

Los datos muestran la existencia de enfermedades claramente asociadas con el envejecimiento (Cuadro 7 y Anexo 2: Figuras 30 al 36), como son la presión alta, diabetes, artritis o artrosis, problemas cardíacos, o problemas renales. Esta información tiene concordancia con lo reportado en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en ese año, quienes indican que las principales causas de morbilidad son la infección respiratoria aguda (IRA), parasitosis intestinal, enfermedad diarreica aguda (EDA), hipertensión arterial (HTA) y anemia.

El análisis descriptivo muestra que, cuanto más edad tiene el adulto, independientemente de ser hombre o mujer, más probabilidades tiene de padecer alguna discapacidad, pasando de valores cercanos al 5% en población de 60 años hasta el 25% en personas con 80 años y más (Anexo 2: Figura 30). La variabilidad departamental muestra diferenciales de tasas de discapacidad entre el 35% de Misiones hasta porcentajes inferiores al 10% de Central y Amambay (Anexo 2: Figura 31).

En cuanto a los diagnósticos sobre las condiciones médicas relacionadas con los factores psicológicos como ser diagnosticado de depresión se puede observar que las mujeres presentan valores más altos que los hombres, aunque eso puede estar relacionado también a que acuden en menor porcentaje a las consultas (como se vio en el factor 2). Por ejemplo, la depresión presenta una media de 2,1% en el caso femenino y sólo un 0,5% en el caso masculino, y los porcentajes por departamentos son aún más diferentes entre sexo y entre departamentos (Anexo 2: Figura 32).

**Cuadro 7.** Estadísticas descriptivas de las variables del factor 4 “Biológicos y genéticos”

	Discapacidad	Asma	Depresión	Diabetes	Presión alta	Cardíaca	Cáncer	Artritis	Renal	Derrame	Mental
<b>Total</b>											
N	657342	657342	656545	656412	656412	656412	656412	656344	656344	656344	656344
Media	0.151	0.005	0.013	0.042	0.112	0.031	0.005	0.051	0.011	0.000	0.000
Desv.	0.359	0.075	0.112	0.200	0.316	0.171	0.067	0.220	0.108	0.025	0.018
Mín	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Máx	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Hombre</b>											
N	335650	335650	334852	334852	334852	334852	334852	334784	334784	334784	334784
Media	0.155	0.006	0.005	0.036	0.109	0.025	0.003	0.024	0.015	0.000	0.000
Desv.	0.362	0.077	0.071	0.185	0.313	0.154	0.052	0.154	0.123	0.000	0.000
Mín	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Máx	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
<b>Mujer</b>											
N	321291	321291	321291	321158	321158	321158	321158	321158	321158	321158	321158
Media	0.147	0.005	0.021	0.047	0.116	0.037	0.006	0.078	0.008	0.001	0.001
Desv.	0.355	0.074	0.143	0.215	0.320	0.187	0.079	0.268	0.090	0.036	0.025
Mín	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Máx	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

**Fuente:** Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

El factor 5 se refiere al entorno físico considerando que una vivienda y un vecindario seguros y adecuados son esenciales. Es importante la ubicación, teniendo en cuenta la proximidad a los miembros de la familia, los servicios y el transporte. Para este factor, en la encuesta lo más cercano para medir estas características se encuentran las variables relacionadas a las condiciones de la vivienda, la zona urbana y rural y a si tiene pareja y si convive con ella.

Hay un alto porcentaje de población que vive en zona urbana, tanto para hombres como para mujeres (Cuadro 8). Sin embargo, en la distribución por departamento presenta mayor diversidad entre los mismos, en muchos departamentos la zona rural aún predomina en un gran porcentaje del territorio (Anexo 2: Figura 37).

En cuanto a las características de calidad de las viviendas la media se ubica en cifras bastante altas, entre el 80 y 90% tiene al menos pisos o techos de calidad (Anexo 2: Figura 41). En los que se ubican por debajo de las medias se observa un patrón similar en las variables estudiadas, siendo los departamentos de Canindeyú, Caazapá, San Pedro y Caaguazú los que presentan porcentajes mas bajos.

Una variable importante para los adultos mayores es la compañía y cercanía de la familia donde en esta encuesta se ha encontrado la medición de si tiene pareja (un 70,3% en hombres y 47,1% en mujeres), y si convive con la pareja (un 66,9% en hombres y 45,1% en mujeres). Estos porcentajes no varían bastante en la distribución por departamento, pero sí se observa una diferencia por sexo (Anexo 2: Figura 43).

**Cuadro 8.** Estadísticas descriptivas de las variables del factor 5 “Entorno físico”

	Zona urbana	Vive en casa	Total piezas	Buena pared	Buen techo	Tiene goteras	Buen piso	Buena casa	Tiene pareja	Convive
<b>Total</b>										
N	661788	656344	654948	656871	656800	656800	656800	656800	656800	656800
Media	0.586	0.902	3.365	0.754	0.655	0.48	0.49	0.815	0.587	0.56
Desv. S.	0.492	0.299	1.654	0.431	0.475	0.500	0.500	0.388	0.492	0.496
Mínimo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	1	1	10	1	1	1	1	1	1	1
<b>Hombre</b>										
N	339109	334784	334151	334926	334734	334734	334734	334734	334734	334734
Media	0.542	0.883	3.347	0.731	0.628	0.469	0.46	0.792	0.703	0.669
Desv. S.	0.498	0.323	1.794	0.445	0.484	0.499	0.498	0.407	0.456	0.470
Mínimo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	1	1	36	1	1	1	1	1	1	1
<b>Mujer</b>										
N	322679	321158	320395	321543	321664	321664	321664	321664	321664	321664
Media	0.631	0.921	3.384	0.778	0.682	0.491	0.52	0.838	0.471	0.451
Desv. S.	0.482	0.269	1.495	0.414	0.465	0.500	0.500	0.366	0.499	0.497
Mínimo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	1	1	23	1	1	1	1	1	1	1

Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

En el Cuadro 9 se consideran el apoyo social, las oportunidades para la educación y el aprendizaje continuo durante toda la vida como variables proxys al factor 6 “Entorno social”.

La mayoría de los adultos mayores tienen estudios de primaria, siendo el porcentaje de personas sin estudio o universitarios muy similar en el caso masculino, el 5-6%, mientras que en el caso femenino las mujeres sin estudios duplica a las de con estudios universitarios.

En las zonas predominantemente urbanas, como Asunción o Central, el porcentaje de adultos mayores sin estudios es relativamente bajo, mientras que, en departamentos más rurales, como Misiones, Canindeyú, Amambay o Caazapá, los niveles de adultos sin estudios superan el 20% en la mayoría de los casos (Anexo 2: Figuras 44 al 46).

El porcentaje de adultos mayores egresados de la universidad se sitúa en torno al 6%, siendo superior en el caso masculino al femenino. Los departamentos con más concentración de población presentan porcentajes de población universitaria más altos, como Asunción con un 22,6% en hombres y 23,4% en el caso de las mujeres, mientras que entre los departamentos con porcentajes muy bajos o ceros están Canindeyú, Amambay, Concepción, Caazapá, y Caaguazú (Anexo 2: Figuras 47).

El promedio de años de estudio de esta población es de 5 años, siendo Asunción (8,6 años de estudios en hombres y 8,5 años en mujeres) y el departamento Central (6 años en hombres y 5,2 años en mujeres) los que están por encima de este promedio (Anexo 2: Figuras 49).

También se analizó la variable de “estudia actualmente” que muestra un porcentaje muy bajo en promedio (0,1%), cabe destacar algunos departamentos como Caaguazú, Concepción, Misiones y Presidente Hayes con porcentajes muy por encima del promedio (4,1%; 5,3%; 3% y 6,3% respectivamente) (Anexo 2: Figura 50).

**Cuadro 9.** Estadísticas descriptivas de las variables del factor 6 “Entorno social”

	Estudios universitarios	Estudia ahora	No tiene estudios	Estudios primarios	Años de estudio
<b>Total</b>					
N	656538	656538	656538	656538	653136
Media	0.062	0.01	0.094	0.705	5.1
Desv. S.	0.242	0.101	0.291	0.458	4.014
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	1	1	1	1	20
<b>Hombre</b>					
N	334734	334734	334734	334734	332696
Media	0.051	0.01	0.066	0.721	5.22
Desv. S.	0.222	0.101	0.247	0.451	3.838
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	1	1	1	1	20
<b>Mujer</b>					
N	321403	321403	321403	321403	320039
Media	0.072	0.01	0.122	0.689	4.98
Desv. S.	0.261	0.100	0.329	0.465	4.188
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	1	1	1	1	20

**Fuente:** Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

Existen tres aspectos del ámbito económico que tienen un efecto especialmente significativo sobre el envejecimiento activo: los ingresos, el trabajo y la protección social.

En el cuadro 10 se muestran que, en el año de la encuesta, el 20% solicitaron y recibieron la pensión alimentaria para adultos mayores y otros 18% solicitaron y le denegaron. La ayuda familiar sigue siendo la forma de ingreso muy importante y en cuanto a jubilación, el porcentaje llega sólo al 10%. El porcentaje de personas que trabajan llega a 52,3% en hombres y a 22,5% en mujeres.

A medida que el adulto mayor tiene más edad, la probabilidad de recibir ayuda o transferencia familiar aumenta, siendo más alto siempre en el caso de las mujeres, pasando del 20% para edades de 60 años hasta el 32% - 43% para personas de 80 años (Anexo 2: Figura 51). Las diferencias por departamentos se triplican, con porcentajes de adultos mayores que reciben ayuda familiar, de entre 48,3% (Presidente Hayes) y 45,3% (Cordillera) en el caso de mujeres hasta valores de 15% en ambos sexos en el caso de Asunción (Anexo 2: Figura 52).

Entre 60 a 70 años, tanto hombres como mujeres presentan porcentajes de población que reciben jubilaciones muy similares. Para la última década presentada – de 70 a 80 años – el comportamiento se diferencia, con valores más altos para el caso masculino que el femenino (Anexo 2: Figura 53). Respecto al porcentaje de personas que reciben prestación en función del departamento donde residen, en Asunción, Concepción y Central se observan los valores más altos, hasta 24% de los adultos mayores que reciben prestaciones, mientras que, en Caazapá, o Guairá solamente el 1% son beneficiarios (Anexo 2: Figura 54).

**Cuadro 10.** Estadísticas descriptivas de las variables del factor 7 “Entorno económico”

	Recibe prestación	Monto total prestación	No recibe prestación	Pensión alimenticia solicita y si le conceden	Pensión alimenticia solicita y no le conceden	Trabaja
<b>Total</b>						
N	656538	53076	656538	656538	656538	656791
Media	0.106	2.580.460,37	0.894	0.198	0.181	0.374
Desv. S	0.309	1.906.962,16	0.309	0.400	0.384	0.485
Mínimo	0	500.000	0	0	0	0
Máximo	1	8.000.000	1	1	1	1
<b>Hombre</b>						
N	334734	34351	334734	334734	334734	334584
Media	0.114	2.838.461,59	0.886	0.208	0.171	0.523
Desv. S	0.318	2.234.671,58	0.318	0.408	0.376	0.500
Mínimo	0	500.000	0	0	0	0
Máximo	1	8.000.000	1	1	1	1
<b>Mujer</b>						
N	321403	18725	321403	321403	321403	321806
Media	0.098	2.107.157,79	0.901	0.188	0.191	0.225
Desv. Desviación	0.299	894.771,44	0.298	0.392	0.392	0.427
Mínimo	0	500.000	0	0	0	0
Máximo	1	4.765.000	1	1	1	1

**Fuente:** Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

### 5.1.3 Situación social de la población adulta mayor y las implicancias de la pandemia COVID-19

Para completar el panorama descriptivo de los factores y observar datos de la situación de la población objetivo de años más recientes, se realiza a continuación una comparativa de algunas variables relevantes de la Encuesta Permanente de Hogares para los años 2019 (pre-pandemia) y 2020 (en situación de pandemia) cuyos resultados se visualizan en el siguiente cuadro.

En los indicadores vinculados al mercado de trabajo, se visibiliza una retracción en los niveles de actividad en general (población de 60 años y más) y la tasa específica de ocupación de la población de 60 a 69 años (que dentro de la población adulta mayor es el segmento que mayormente se mantiene vinculado al mercado). No obstante, la desagregación de las tasas por sexo muestra que la retracción general se atribuye a un fuerte retroceso en los niveles de actividad y ocupación de las mujeres; mientras que los hombres muestran valores prácticamente iguales al contexto previo a la pandemia. En las mujeres de 60 años y más la participación en la actividad retrocede 4,2 puntos porcentuales y entre las de 60 y 69 años la ocupación se retrotrae 6,5 puntos porcentuales. En síntesis, el impacto de la pandemia en el mundo del trabajo recae en las mujeres adultas mayores, hecho que se encuentra en consonancia con lo observado para la población en general (INE, 2021).

Sin embargo, al aproximarse al nivel de percepción general de ingresos, ya sea por actividad laboral como por beneficios de la seguridad social, se observan situaciones similares en ambos años. Una proporción de 7 de cada 10 personas adultas mayores está constituida por perceptores de ingresos, valor que se mantuvo en el contexto de pandemia. Cabe destacar de todas formas la clara desigualdad por género, donde en 2020 el 60,8% de las mujeres accedía a ingresos laborales y/o de la seguridad social; en tanto que en los hombres esa proporción alcanzó el 82,4%.

**Cuadro 11.** Población de 60 años y más por indicadores sociales según sexo y año. Paraguay. Años 2019-2020

Indicador	Total		Hombres		Mujeres	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Tasa de actividad	48,0	45,6	61,7	62,2	34,9	30,7
Tasa específica de ocupación 60-69 años	63,3	59,4	75,1	74,8	50,8	44,3
Porcentaje de personas con ingresos laborales o de la seguridad social	70,0	71,0	79,8	82,4	60,6	60,8
Porcentaje de personas en situación de pobreza por ingresos	18,9	19,7	18,2	20,2	19,5	19,2
Porcentaje de personas con enfermedades o accidentes que acudieron a asistencia sanitaria	78,9	68,6	74,2	69,5	82,8	67,9

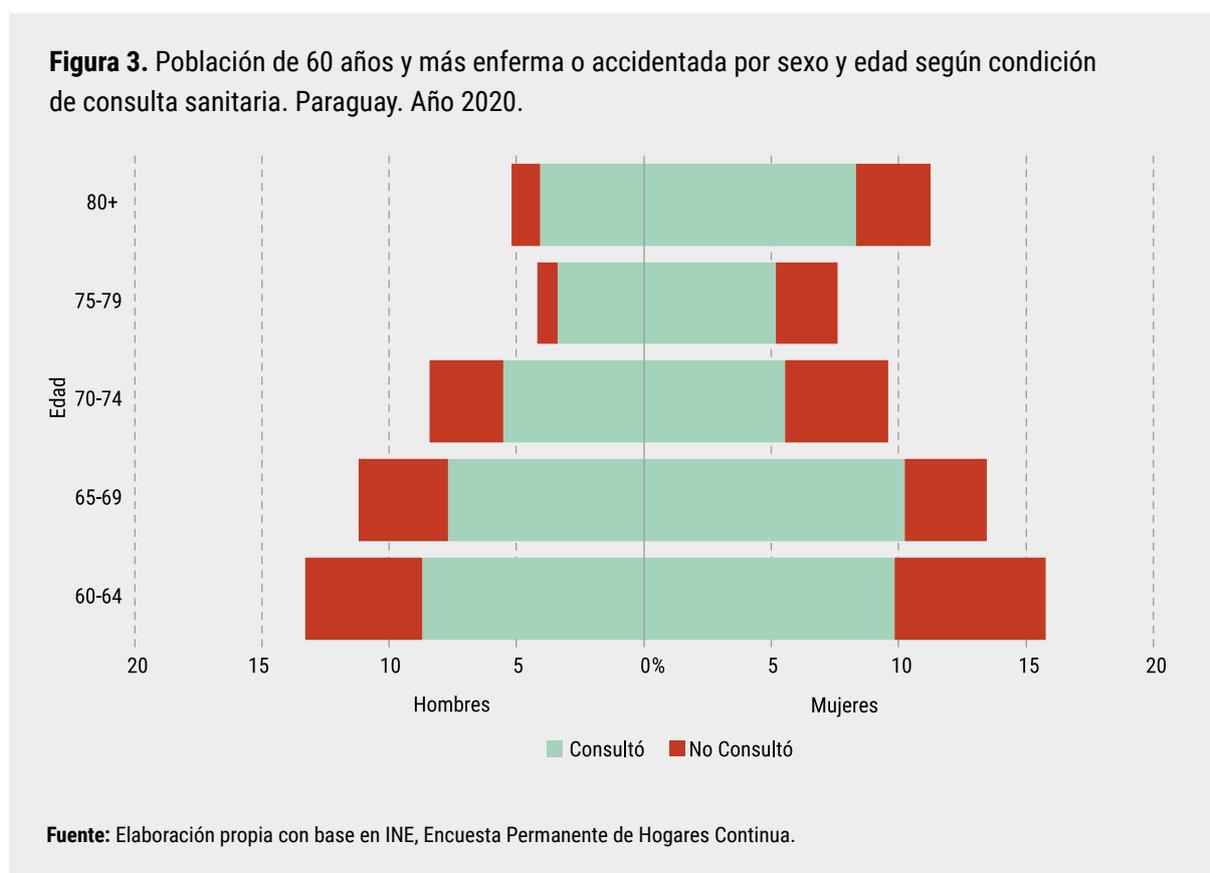
**Fuente:** Elaboración propia con base en INE, Encuesta Permanente de Hogares Continua.

En cuanto a la incidencia de la pobreza por ingresos, tampoco se observa un incremento estadísticamente marcado. El nivel se mantiene por debajo del 20%, sin diferenciales claros por género.

Se destaca el retroceso de la atención sanitaria ante enfermedades o accidentes. La predominancia de la pandemia como preocupación central del sistema sanitario y la pauta de reducción de la movilidad de la población hasta los niveles mínimos aparejó una menor cobertura general de la demanda sanitaria. En 2019 el 78,9% de la población de 60 años y más enferma o accidentada en los últimos 90 días al relevamiento había acudido a atenderse. Esa proporción bajó al 68,6% en 2020. Al

observar este fenómeno por género se evidencia que el núcleo de la reducción de la atención se dio en las mujeres (retracción de 14,9 puntos porcentuales), en tanto que en los hombres fue sustantivamente menor (4,7 puntos porcentuales).

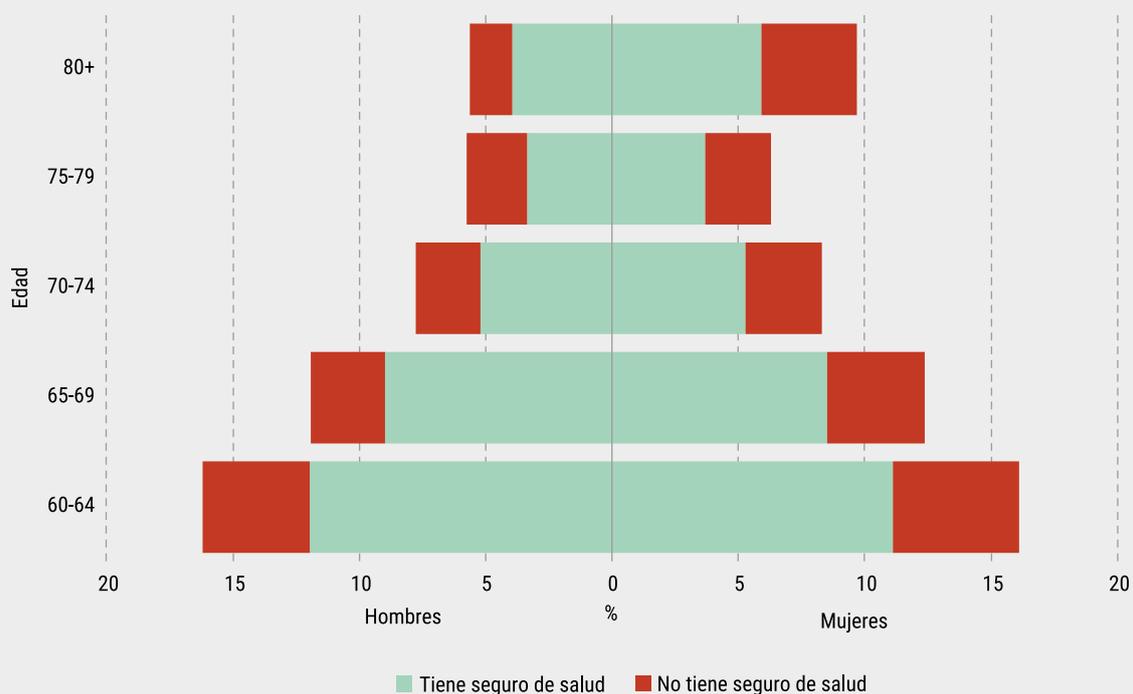
Ya desde una perspectiva demográfica de la atención sanitaria en 2020, se muestra que el fenómeno de la no atención está concentrado en el segmento 60-64 años en general y en el grupo de las mujeres de esa edad en particular (figura 3). Entre los hombres, se observa una menor incidencia de la falta de atención a medida que se asciende en los tramos de edad, siendo niveles mínimos a partir de los 75 años. Entre las mujeres ese patrón de reducción progresivo es menos claro, destacando la alta incidencia de la atención entre las que tienen más de 75 años.



Partiendo de la premisa de la existencia de un sistema público que, aun con serias limitaciones, es de acceso universal, la tenencia de seguros de salud implica una atención sanitaria en mejores condiciones de infraestructura, en tiempos de consulta (especialmente en la atención a consultorios externos) y en facilidades de acceso a medicamentos. El seguro de salud se adquiere por la situación de cotizante o beneficiario del Instituto de Previsión Social, regímenes especiales (militares y policías) o por medio del sector privado; ya sea de manera directa por parte de las personas adultas mayores o por la cobertura extendida a través de sus hijas/os.

Mediante alguna de las vías mencionadas, el 68% de la población adulta mayor posee algún seguro de salud. Más allá del valor promedio, los hombres tienen una cobertura mayor (70,8%) que las mujeres (65,5%). Dentro de este último grupo, cabe señalar la menor cobertura relativa en el segmento etario que tiene mayor demanda teórica, las de 80 años y más, donde sólo el 39,2% posee un seguro de salud.

**Figura 4.** Población de 60 años por sexo y edad según condición de tenencia de seguro de salud. Paraguay. Año 2020.

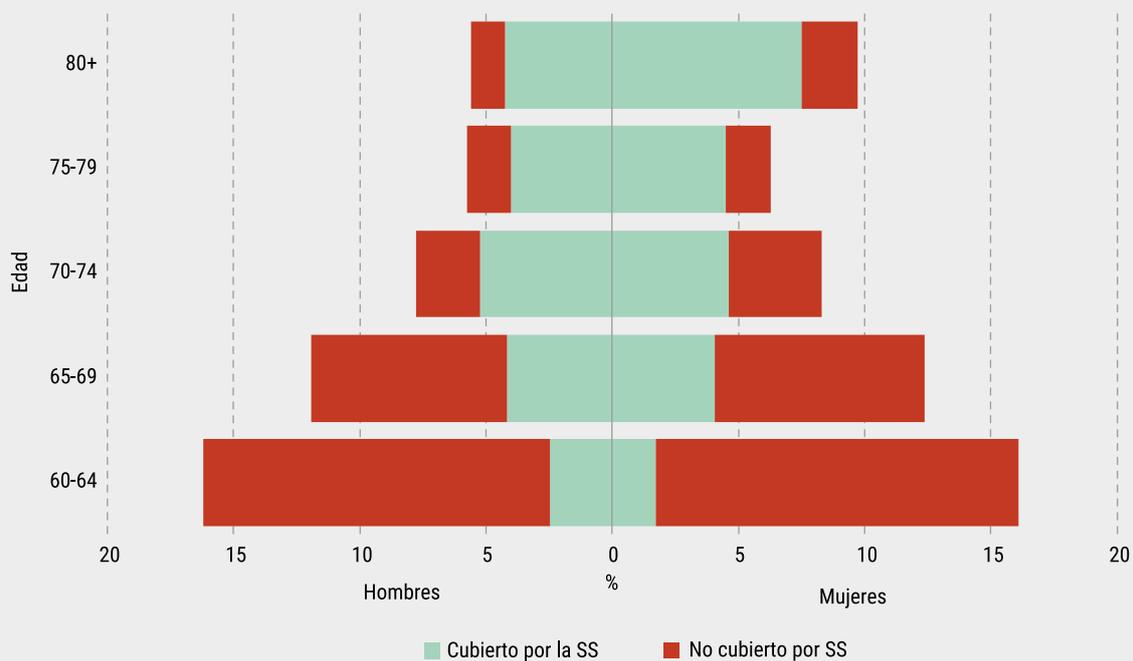


**Fuente:** Elaboración propia con base en INE, Encuesta Permanente de Hogares Continua.

A diferencia del acceso al seguro de salud, la cobertura de la seguridad social (contributiva, como activo o pasivo; o no contributiva) muestra un nivel global sustantivamente menor, de 42,6% (figura 5). La menor cobertura se da en el primer quinquenio (60-64), donde sólo quedan cubiertas las personas que actualmente cotizan o que ya accedieron a un beneficio contributivo. Solo el 13% de las personas de ese segmento están cubiertas por la seguridad social, con un diferencial de mayor cobertura en hombres que en mujeres.

Ya a partir de los 65 años la cobertura aumenta ostensiblemente, en virtud del despliegue del pilar no contributivo de la seguridad social, por medio de la pensión alimentaria. En el segmento de 65-59 la cobertura asciende a 33,9%; donde también se observa una mayor paridad entre sexos. Ya en los segmentos superiores la cobertura supera siempre a la mitad de la población; y con tendencia ascendente a medida que las edades son superiores. En el segmento mayor (80 años y más) la cobertura alcanza al 76,8% de la población.

**Figura 5.** Población de 60 años por sexo y edad según condición de cobertura de la seguridad social. Paraguay. Año 2020



Fuente: Elaboración propia con base en INE, Encuesta Permanente de Hogares Continua.

## 5.2 Análisis de la importancia de los factores sobre el envejecimiento activo. Modelo econométrico

A continuación, se estudia cómo los factores analizados en la parte estadística anterior afectan a las facetas o características relevantes del envejecimiento activo. Para ello se estiman los modelos mencionados en la metodología.

Los resultados de las diferentes estimaciones se detallan en el anexo 3, y para su lectura, interpretación y posterior utilización para las sugerencias para políticas públicas se han aplicado las siguientes etapas de sistematización de los resultados obtenidos en las diferentes regresiones.

### PASO 1: Proceso de agrupación de características asociadas a envejecimiento activo.

Las diferentes características sobre el envejecimiento activo informan sobre la valoración personal que realizan los adultos mayores sobre las diferentes preguntas<sup>15</sup>:

<sup>15</sup> Dan como resultado una variable dicotómica, dado que la respuesta a cada una de las preguntas toma valor 1 si la persona contesta "sí" y 0 en caso contrario

**Cuadro 12.** Agrupación de características asociadas al envejecimiento

Características de envejecimiento activo	Agrupación
Si tiene buena salud	Aspectos que afectan positivamente al envejecimiento activo (características positivas del EA)
Si disfruta de la vida	
Si se considera feliz	
Si se siente triste	Aspectos que afectan negativamente al envejecimiento activo (características negativas del EA)
Si se siente deprimido	
Si se siente solo	

Fuente: Elaboración propia.

Las tres primeras características del Cuadro 12 están asociadas a una visión positiva, de tal forma que si un adulto mayor contesta sí a alguna (o varias) de ellas implicaría un buen camino hacia un envejecimiento activo, mientras que las tres últimas, con un marcado carácter negativo implican que su existencia en alguna persona impide la consecución a un envejecimiento activo.

## **PASO 2: Agrupación de los factores que influyen sobre las dos valoraciones de envejecimiento activo realizadas en el paso anterior (características positivas del EA y características negativas de EA).**

En los cuadros del Anexo 3 se ofrecen las diferentes estimaciones de los modelos Logit realizadas donde se calcula cómo cada variable de los factores del envejecimiento activo influye en las diferentes características considerados.

Se seleccionan para el análisis posterior exclusivamente aquellas variables que son estadísticamente significativas, y que, por lo tanto, presentan un p-valor por debajo de 0.1.

A continuación, se analiza el signo que presenta el parámetro asociado a esa variable, pudiéndose dar alguna de las **4 siguientes situaciones** que se presenta a continuación:

- 1. Característica positiva de EA y variable con su parámetro asociado con signo positivo:** En esta situación, cuando la variable aumenta hace que sea más probable que la característica (variable dependiente de la regresión estimada) tome el valor 1, y por lo tanto mejore en ese aspecto positivo asociado al envejecimiento. Consecuentemente, cuanto más aumenten los valores de estos factores más probable es que la gente disfrute de un EA. Estos factores **promueven** el EA.
- 2. Característica positiva de EA y variable con su parámetro asociado con signo negativo:** ahora, cuando la variable aumenta su valor eso hace que sea más probable que la característica (variable dependiente de la regresión estimada) tome el valor 0, y, por lo tanto, reduzca ese aspecto positivo del envejecimiento. Cuando más aumentan los valores de estos factores, más disminuye el disfrute de un EA. Estos factores **frenan** el EA.
- 3. Característica negativa de EA y variable con su parámetro asociado con signo positivo:** Si la característica es negativa, por ejemplo, sentirse deprimido, una variable que tiene un parámetro positivo implica que cuando aumenta su valor entonces es más probable que esa característica tome el valor 1, y, por lo tanto, que aumente ese aspecto negativo del envejecimiento. Así que cuanto más aumenta los valores de este factor menos probable es que contribuya a que los adultos mayores tengan un EA pleno. Estos factores **frenan** el EA.

- 4. Característica negativa de EA y variable con su parámetro asociado con signo negativo:**  
Si la característica es negativa, por ejemplo, sentirse deprimido, una variable que tiene un parámetro negativo implica que cuando aumenta su valor entonces es más probable que esa característica tome el valor 0, y, por lo tanto, que se reduzca ese aspecto negativo del envejecimiento. Actúan como protectores ante elementos adversos, así que cuanto más aumenta los valores de este factor más probable es que contribuya a que los adultos mayores tengan un EA pleno. Estos factores **impulsan** el EA.

En el Cuadro 13 se muestra las posibles interpretaciones de los factores estudiados, en función del efecto sobre una característica positiva o negativa del EA y del signo del parámetro de la regresión.

**Cuadro 13.** Interpretación del efecto de los factores sobre las características de EA

Características del EA	Signo del parámetro en la regresión	
	Factor con signo positivo	Factor con signo negativo
Positiva (Salud, felicidad, disfrute de la vida)	(+) Aumenta las caract. positivas del EA	(-) Disminuye las caract positivas del EA
Negativa (Depresión, tristeza, soledad)	(+) Aumenta las caract. negativas del EA	(-) Disminuye las caract negativas EA

Fuente: Elaboración propia.

En los cuadros 14 y 15 se presenta el resumen de los resultados, se muestra las variables de cada grupo de factores que salieron estadísticamente significativas en los modelos estimados y cómo afecta según su signo a la agrupación de las características del EA en la población paraguaya.

**Cuadro 14.** Resumen de los factores que influyen en el EA de las Mujeres

Factor al que pertenece y variables		Carac + de EA		Caract - de EA	
		(Salud, felicidad, disfruta de la vida)		(Depresión, tristeza, soledad)	
		Aumenta (param+)	Disminuye (param -)	Aumenta (param +)	Disminuye (param -)
1- Cultural	Hablar solo guaraní	✓			✓
	Ascendencia mestiza y blanca	✓			
	Ascendencia indígena		✓	✓	
	Hablar castellano y guaraní	✓			
2- Asistencia sanitaria y social	Acude a asistencia dental	✓✓			
	Acude a vacunación	✓			
	Tiene seguro médico	✓✓✓			
	Realiza controles enferm. crónicas		✓✓		
	Acude análisis laboratorio				✓
	Acude a urgencias		✓		
	Acude a Rayos X o ecografías		✓✓	✓✓✓	
	Acude a Cirugía	✓			✓
Acude a hospitalización			✓		

Factor al que pertenece y variables		Carac + de EA		Caract – de EA	
		(Salud, felicidad, disfruta de la vida)		(Depresión, tristeza, soledad)	
		Aumenta (param+)	Disminuye (param -)	Aumenta (param +)	Disminuye (param -)
2- Asistencia sanitaria y social	Necesita ayuda para subir escaleras		✓✓	✓✓✓	
	Necesita ayuda para el baño			✓	
	Necesita ayuda para salir cama		✓		
	Necesita ayuda para vestirse		✓	✓	
3- Conductual	Fumar		✓		
	Beber		✓		
	Realiza algo de deporte	✓			✓
	Realizar mucho deporte	✓			✓
4- Biológica y genética	Edad			✓	
	Discapacidad		✓✓		
	Diagnosticados depresión		✓✓	✓✓✓	
	Diagnosticados cáncer		✓	✓	
	Diagnosticados presión alta			✓	
	Diagnosticados artritis			✓✓	
	Diagnosticados enfermedad renal		✓✓	✓	
5- Entorno físico	Diagnosticados de diabetes		✓		
	Vivir en zona urbana		✓		✓
	Tiene piso de calidad	✓		✓✓	
	Total piezas convive				✓✓✓
	Tiene goteras en el techo			✓	
6- Entorno social	Estudia actualmente				✓
7- Económico	Recibe prestación				✓

Nota:

✓: factor influye en una característica de EA., ✓✓: factor influye en dos características de EA. ✓✓✓: factor influye en las 3 características de EA.

Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015

**Cuadro 15.** Resumen de los factores que influyen en el EA de los hombres

Grupo al que pertenece y Variables		Carac + de EA		Caract – de EA	
		(Salud, felicidad, disfruta de la vida)		(Depresión, tristeza, soledad)	
		Aumenta (paramet +)	Reduce (param -)	Aumenta (paramet +)	Reduce (param -)
1- Cultural	Ascendencia blanca y mestiza				✓
	Ascendencia indígena		✓✓	✓	
	Hablar sólo guaraní	✓			

Grupo al que pertenece y Variables		Carac + de EA		Caract - de EA	
		(Salud, felicidad, disfruta de la vida)		(Depresión, tristeza, soledad)	
		Aumenta (paramet +)	Reduce (param -)	Aumenta (paramet +)	Reduce (param -)
2- Asistencia sanitaria y social	Acude a asistencia dental	✓			
	Acude a vacunación	✓			
	Realiza controles enfermedades crónicas		✓✓	✓	
	Acude a consulta general			✓	
	Acude a urgencias		✓✓	✓	
	Realiza Controles preventivos	✓✓			
	Necesita ayuda para subir escaleras		✓✓✓	✓✓✓	
	Necesita ayuda para vestirse	✓			
3- Conductual	Realiza poco deporte	✓			
	Fumar	✓			
	Beber	✓			
	Índice de masa corporal	✓			
4- Biológica y genética	Discapacitados		✓	✓	
	Diagnosticados de depresión		✓	✓✓	
	Diagnosticados presión alta			✓	
	Diagnosticados enfermedad renal			✓	
	Diagnosticados de cáncer		✓	✓✓	
5- Entorno físico	Tener pareja		✓		✓
	Convive	✓			✓✓
	Tiene goteras en el techo		✓	✓	
	Total de piezas		✓✓✓		✓✓
6-Entorno social	No tiene estudios			✓	
	Estudia actualmente	✓			
7- Económico	Trabaja	✓✓✓			✓✓
	Recibe alguna transferencia		✓✓	✓	

Nota:

✓: factor influye en una característica de EA., ✓✓: factor influye en dos características de EA. ✓✓✓: factor influye en las 3 características de EA.

Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015

Como se mencionó anteriormente el análisis por sexo se realiza de forma transversal en toda la investigación por lo que se presenta el análisis de las variables utilizadas y la interpretación de los resultados:

**Factor 1. Cultural:** Entre las variables se encuentran la ascendencia, ya sea blanca o mestiza como predominante en la población paraguaya, la ascendencia indígena y una agrupación de resto. También se considera la lengua hablada en el hogar, que, al tratarse de un país bilingüe, el idioma guaraní cobra especial importancia. Se analiza también el porcentaje de la cantidad de personas que saben leer y escribir.

Entre estas variables, en los modelos salen estadísticamente significativas el tipo de ascendencia y el idioma que hablan. En los resultados del estudio consta que tanto la ascendencia blanca y mestiza como el hablar sólo guaraní o guaraní y castellano influye positivamente en las características posi-

tivas del EA. Estas variables aumentan la sensación de tener buena salud y disminuye la sensación de soledad en las mujeres, y hablar sólo guaraní influye positivamente en la felicidad de los hombres. También se observa que tener ascendencia indígena tiende a disminuir las características positivas del EA como sensación de tener buena salud y felicidad tanto en los hombres como en las mujeres y también a aumentar las características negativas como la depresión de los adultos mayores.

**Factor 2. Asistencia sanitaria y social:** El acceso a los servicios de salud se pudo medir mediante la respuesta de la concurrencia a los establecimientos de salud de las personas donde las mujeres presentaron valores superiores al de los hombres, con valores que incluso doblan a los valores masculinos, como consulta de especialidades o asistencia dental.

En cuanto a los resultados en los modelos, estas variables salieron estadísticamente significativas principalmente en mujeres. Por ejemplo, tener seguro médico, poder acudir a los centros de salud a realizarse análisis de laboratorio, cirugías, asistencia dental o a vacunaciones influyen positivamente en la sensación de tener buena salud y disfrute de la vida. En el modelo de los hombres salen significativas la asistencia dental, vacunación y realizarse controles preventivos como variables que incrementan las características positivas del EA.

Realizarse controles de enfermedades crónicas y acudir a urgencias tienden a disminuir la sensación de buena salud y disfrute de la vida, y a su vez aumenta la sensación de depresión, tanto en hombres como mujeres, mientras que acudir a consultas médicas generales hace aumentar la sensación de soledad en hombres.

Las variables acudir a realizarse exámenes como rayos X o ecografías y las hospitalizaciones tiende a aumentar la depresión, la soledad y la tristeza de las mujeres y disminuir la sensación de felicidad y disfrute de la vida.

La asistencia social se mide mediante las necesidades asistenciales que puedan requerir para algunas actividades cotidianas. Desde este punto de vista, los resultados de la encuesta muestran que las mujeres reportan tener más dificultades y necesitar ayuda de terceros que los hombres, como es el caso de necesidad de ayuda para subir escaleras, bañarse, vestirse, comer o salir de la cama.

Estas variables influyen negativamente en las características positivas del EA tienden a aumentar las negativas. Por ejemplo, necesitar ayuda para subir escaleras aumenta la sensación de depresión, la soledad y la tristeza en ambos sexos, y también disminuye la sensación de buena salud, felicidad y disfrute de la vida.

**Factor 3. Conductual:** La adopción de una vida más saludable, promovido por el autocuidado es fundamental para todas las etapas del curso vital y nunca es tarde para cambiar hacia un estilo de vida más beneficioso. En las estadísticas descriptivas se analizaron los hábitos de fumar, beber, el índice de masa corporal y la realización de actividades deportivas.

En los resultados de los modelos, estas variables salieron significativas en ambos sexos, pero en diferentes direcciones. Fumar y beber influyen negativamente en las características positivas del EA en mujeres, pero afectan positivamente en los hombres, dado que aumentan la sensación de felicidad en hombres.

Realizar deporte, pese a la poca participación de la población en este tipo de actividad, también resultó significativo como determinante del EA, esto implica que realizar poco, algo o mucho deporte contribuye positivamente a tener buena salud, disfrute de la vida en ambos sexos y disminuye la tristeza en mujeres. Por último, tener un mayor índice de masa muscular influye positivamente en tener buena salud en hombres.

**Factor 4 Biológica y genética:** Las estadísticas descriptivas de las variables de este factor muestran la existencia de enfermedades asociadas al envejecimiento, como son la presión alta, diabetes, artritis o artrosis, problemas cardíacos, o problemas renales. También se observa que cuanto más edad tiene el adulto, independientemente de ser hombre o mujer, más probabilidades tiene de padecer alguna discapacidad. En cuanto a las condiciones médicas relacionadas con los factores psicológicos se puede observar que las mujeres presentaron valores más altos que los hombres, aunque eso puede estar relacionado también a que acuden en menor porcentaje a las consultas.

En los modelos estas variables resultaron estadísticamente significativas, y se puede observar que ser diagnosticado de alguna enfermedad como depresión, presión alta, enfermedad renal o cáncer afectan negativamente las características positivas del EA, es decir, en la sensación de tener buena salud y disfrute de la vida e influyen positivamente en aumentar las características negativas del EA, en la sensación de depresión, soledad y tristeza.

**Factor 5 Entorno físico:** Una vivienda en buenas condiciones y un vecindario accesible y seguro son esenciales y más para la población adulta mayor, y ayuda con la interacción positiva de las personas. En la encuesta se consideraron las variables relacionadas con la vivienda y sus condiciones, si viven en zona urbana o rural, y si tiene pareja y si convive con ella.

En los modelos, algunas de estas variables resultaron estadísticamente significativas, como vivir en zona urbana, las condiciones de la vivienda y la convivencia en mujeres, sin embargo, en hombres afectan las condiciones de vivienda, tener pareja y la convivencia.

Vivir en zona urbana influye negativamente en las características positivas del EA, pero hace disminuir la sensación de tristeza en mujeres. Cohabitar con su pareja influye positivamente en la sensación de felicidad en hombres, sin embargo, en las mujeres convivir con su pareja influye en disminuir la sensación de soledad. Tener pareja influye negativamente en la sensación de tener buena salud en hombres, pero tiende a disminuir la sensación de soledad.

Las condiciones de la vivienda como tener materiales de calidad, cantidad de piezas influyen positivamente en la salud y en disminuye la sensación de depresión, soledad y tristeza en ambos sexos y tener un deterioro en la vivienda aumenta la sensación de soledad, depresión en ambos sexos y disminuye la sensación de felicidad en hombres.

**Factor 6 Entorno social:** Se consideran el apoyo social a las oportunidades para la educación y el aprendizaje continuo durante toda la vida. En la encuesta se seleccionaron las variables de años de estudio, tiene estudios primarios, estudios universitarios y si estudia actualmente.

En los modelos, sólo algunas de estas variables resultaron estadísticamente significativas, por ejemplo, estudiar actualmente hace disminuir las características negativas del EA en mujeres, e influye positivamente en las características positivas del EA en los hombres. No tener estudios resultó significativo en hombres, contribuyendo a aumentar la depresión.

**Factor 7 Económico:** los ingresos, el trabajo y la protección social son los tres aspectos del ámbito económico que tienen un efecto especialmente significativo sobre el envejecimiento activo. Por ello, se consideraron las variables de la encuesta relacionadas con recibir pensión alimenticia, o alguna transferencia (que incluye, jubilación, pensión, ayuda familiar) y si se encuentra en el mercado de trabajo como ocupado.

En los modelos, se observa que recibir alguna transferencia contribuye a tener buena salud, pero también influye en aumentar la tristeza y disminuir la felicidad y disfrute de la vida en los hombres. La variable recibe prestación contribuye a tener menos depresión en las mujeres, mientras que tener trabajo influye positivamente tanto en la valoración de buena salud, disfrute de la vida y felicidad en los hombres, además de reducir la sensación de depresión y tristeza.

### 5.3 Estudio departamental de los factores más relevantes en el EA: análisis de situación de riesgo

El objetivo de esta sección es realizar un “Análisis de necesidades” determinando en qué departamentos del Paraguay pueden existir riesgos para que sus adultos mayores no tengan un mejor EA.

Para poder realizar este análisis, se emplean dos elementos:

- Las variables de los factores que se han detectado en las tablas anteriores que salen relevantes en la población paraguaya y que pueden afectar al EA, ya sea porque promueven el EA o porque atenúan el logro de esta situación en los mayores.
- Estimación del promedio o porcentaje de esos factores para cada uno de los departamentos, como se muestra en las tablas del Anexo 4.

Con estas dos informaciones – variables relevantes en las regresiones y promedio que tiene esa variable en cada departamento– se pueden considerar los departamentos a los que se debe prestar especial atención para mejorar la situación de los adultos mayores en el EA en función de las siguientes opciones:

#### 1. Característica positiva de EA y variable con un parámetro asociado con signo positivo:

Dado que se trata de variables que, si aumenta el porcentaje de personas en el atributo analizado, conllevaría a una mejora en la probabilidad de tener un EA, se utiliza la proporción de población de cada variable por departamento y se realiza un ordenamiento, de tal forma que se observan departamentos más afectados o menos afectados por el factor analizado (en comparación al resto de departamentos del país).

Para representar esto se le asigna a cada departamento un valor de menor a mayor (de 1 a 16) donde los departamentos en las primeras posiciones son aquellos en los que los adultos mayores presentan “menos cantidad de personas” en esas variables que promueven el EA y, por lo tanto, son de especial interés para tratar de mejorar.

Si una variable en la ordenación presenta un valor bajo, indica que hay pocos adultos mayores con esa variable que influye positivamente, por lo que podrían ser objetivo prioritario para poder aumentar en el futuro esos factores. En el mapa de calor se presentan con colores más oscuros.

#### 2. Característica positiva de E. A. y variable con un parámetro asociado con signo negativo:

Dado que se trata de variables que, si aumenta el porcentaje de personas en el atributo analizado, conllevaría a una reducción en la probabilidad de tener un EA, de nuevo se utiliza la proporción de población de cada variable por departamento y se realiza un ordenamiento, de tal forma que se observan departamentos más afectados o menos afectados por el factor analizado (en comparación al resto de departamentos del país).

Para representar esto se le asigna a cada departamento un valor de mayor a menor (de 1 a 16) donde los departamentos en las primeras posiciones son aquellos en los que los adultos mayores presentan “mayor cantidad de personas” en esas variables que reducen el EA y, por lo tanto, son de especial interés para tratar de reducir.

Si una variable, después de la ordenación, presenta un valor bajo, indica que hay muchos adultos mayores con esa variable que influye negativamente, por lo que podrían ser objetivo prioritario para poder reducir en el futuro esos factores. En el mapa de calor se presentan con colores más oscuros.

### 3. Característica negativa de EA y variable con un parámetro asociado con signo positivo:

En este caso se trata de variables que, si aumenta el porcentaje de personas en la característica analizada, conllevaría a una reducción en la probabilidad de tener un EA, debido a que aumenta alguna faceta “negativa” como sentirse deprimido o solo o triste. Utilizando la proporción de la población de cada variable por departamento y realizando su ordenamiento, se observan departamentos más afectados y menos afectados por el factor analizado (en comparación al resto de departamentos del país).

Para representar esto se le asigna a cada departamento un valor de mayor a menor (de 1 a 16) donde los departamentos en las primeras posiciones son aquellos en los que los adultos mayores presentan “mayor cantidad de personas” en esas variables que afectan negativamente el EA y, por lo tanto, son de especial interés para tratar de mejorar.

Si una variable, tras la ordenación, presenta un valor bajo, indica que hay muchos adultos mayores con esa variable que influye negativamente, por lo que podrían ser objetivo prioritario para poder reducir en el futuro esos factores. En el mapa de calor se presentan con colores más oscuros.

### 4. Característica negativa de EA y variable con un parámetro asociado con signo negativo:

Aquí se trata de variables que, si aumenta el porcentaje de personas en la característica analizada reduciría la variable dependiendo del modelo (en este caso una faceta “negativa” – depresión, tristeza y soledad), entonces se pueden considerar “factores protectores” que permiten mejorar en el EA. Utilizando la proporción de población de cada variable por departamento y su ordenamiento, se obtienen departamentos más afectados y menos afectados por el factor analizado (en comparación al resto de departamentos del país).

Para representar esto se le asigna a cada departamento un valor de menor a mayor (de 1 a 16) donde los departamentos en las primeras posiciones son aquellos en los que los adultos mayores presentan “menos cantidad de personas” en esas variables que protegen el EA y, por lo tanto, son de especial interés para tratar de mejorar.

Si una variable presenta un valor bajo en la ordenación realizada, indica que hay pocos adultos mayores con esa variable que influye positivamente, por lo que podrían ser objetivo prioritario para poder aumentar en el futuro esos factores. En el mapa de calor se presentan con colores más oscuros.

En el Cuadro 16 se muestra la interpretación de los valores que aparecen en los departamentos y a los que se debe prestar especial atención dado que, en comparación al resto de regiones del país, presentan condiciones peores para lograr un EA. Y en los Cuadros 17, 18, 19 y 20 los mapas de calor con los resultados.

**Cuadro 16.** Departamentos de especial atención en función de la posición relativa que tienen las variables de los factores que influyen en el EA

CARACTERISTICA EA	Signo del parámetro en la regresión	
	Factor con signo positivo	Factor con signo negativo
POSITIVA (salud, disfruta, feliz)	Valores más bajos	Valores más altos
NEGATIVA (Trieste, deprimido, solo)	Valores más altos	Valores más bajos

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 17.** Departamentos de especial atención en función de la posición relativa que tienen las variables. Características positivas de EA y variables con un parámetro asociado con signo positivo

MUJERES	Asunción	Concepción	San Pedro	Cordillera	Guairá	Caaguazú	Caazapá	Itapúa	Misiones	Paraguari	Alto Paraná	Central	Ñeembucú	Amambay	Canindeyú	Presidente Hayes
<b>1- Cultural</b>																
Hablar solo guaraní	1	12	13	8	9	11	10	4	16	2	6	14	7	5	15	3
Hablar castellano y guaraní	15	7	14	10	12	13	9	6	2	16	5	3	4	11	1	8
<b>2- Asistencia sanitaria y social</b>																
Acude a asistencia dental	15	1	3	10	5	8	1	11	6	13	7	12	16	14	4	9
Acude a Cirugía	12	14	4	11	13	8	1	9	1	6	15	7	1	16	5	10
Acude a vacunación	12	2	1	6	4	13	14	11	8	10	3	9	16	5	7	15
Tiene seguro médico	16	4	5	6	13	1	3	7	8	9	11	15	14	12	2	10
<b>3- Conductual</b>																
Realiza poco deporte	10	12	1	8	7	4	5	9	3	13	6	11	16	15	14	2
Realizar mucho deporte	16	10	7	4	8	1	5	15	3	6	13	12	14	11	9	2
Beber	15	11	6	13	10	5	3	9	14	8	4	16	12	1	1	7
<b>5- Entorno físico</b>																
Tiene piso de calidad	16	7	2	13	10	6	1	8	3	11	14	15	4	12	5	9
PROMEDIO	13	8	6	9	9	7	5	9	6	9	8	11	10	10	6	8
HOMBRES	Asunción	Concepción	San Pedro	Cordillera	Guairá	Caaguazú	Caazapá	Itapúa	Misiones	Paraguari	Alto Paraná	Central	Ñeembucú	Amambay	Canindeyú	Presidente Hayes
<b>1- Cultural</b>																
Hablar solo guaraní	2	11	15	9	13	12	16	6	7	10	5	3	4	8	14	1
<b>2- Asistencia sanitaria y social</b>																
Acude a asistencia dental	12	5	9	8	10	2	6	7	16	14	11	13	15	4	1	3
Acude a vacunación	5	6	1	14	16	12	13	8	11	9	7	10	2	15	4	3
Realiza controles preventivos	14	4	3	7	13	10	2	5	16	11	6	12	9	15	8	1
Necesita ayuda para vestirse	1	13	11	14	16	8	12	1	1	9	1	15	10	1	1	1
<b>3- Conductual</b>																
Fumar	1	9	14	11	5	12	7	15	2	3	13	10	8	6	16	4
Beber	5	2	6	7	1	10	9	8	16	4	11	13	14	3	15	12
Realiza poco deporte	14	2	4	5	9	12	3	13	8	10	15	16	11	1	6	7
Índice de masa corporal	1	16	2	9	5	3	15	10	13	4	7	8	14	12	11	6
<b>5- Entorno físico</b>																
Convive	14	9	13	5	15	7	10	8	3	12	4	6	11	16	2	1
<b>6- Entorno social</b>																
Estudia actualmente	11	15	16	10	13	1	1	12	14	1	1	1	9	1	1	1
<b>7- Económico</b>																
Trabaja	4	13	2	1	3	14	10	9	6	5	11	8	12	16	7	15
Recibe alguna transfe	1	9	11	16	8	12	13	7	6	2	3	15	4	14	5	10
PROMEDIO	7	9	8	9	10	9	9	8	9	7	7	10	9	9	7	5

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 18.** Departamentos de especial atención en función de la posición relativa que tienen las variables. Característica positiva de EA y variable con un parámetro asociado con signo negativo

MUJERES	Asunción	Concepción	San Pedro	Cordillera	Guairá	Caaguazú	Caazapá	Itapúa	Misiones	Paraguari	Alto Paraná	Central	Ñeembucú	Amambay	Canindeyú	Presidente Hayes
<b>1- Cultural</b>																
Ascendencia indígena	12	14	15	5	13	9	6	2	1	7	4	10	3	8	11	15
<b>2- Asistencia sanitaria y social</b>																
Realiza controles enferm. crónicas	2	11	14	5	15	9	6	7	10	12	13	1	3	8	16	4
Acude a urgencias	12	6	8	14	3	13	16	10	4	5	2	1	7	11	15	9
Acude a Rayos X o ecografías	2	9	11	8	15	6	10	13	14	3	7	5	4	12	16	1
Necesita ayuda para subir escaleras	13	9	6	7	14	2	5	4	3	11	8	10	1	12	15	16
Necesita ayuda para vestirse	11	9	4	2	13	3	14	10	6	8	5	7	1	12	15	15
Necesita ayuda para salir cama	11	9	5	8	7	3	14	13	1	10	4	6	2	15	15	12
<b>3- Conductual</b>																
Fuma	7	6	9	11	2	10	13	4	15	8	16	12	5	1	14	3
Bebe	2	6	11	4	3	9	7	8	12	1	13	14	5	15	15	10
<b>4- Biologica y genetica</b>																
Discapacidad	13	6	8	12	10	4	5	9	1	14	11	15	2	16	3	7
Diagnosticados depresión	16	2	11	14	12	5	9	7	10	15	8	13	4	6	3	1
Diagnosticados cáncer	7	7	7	7	1	6	7	5	3	7	4	2	7	7	7	7
Diagnosticados enferm.renal	11	9	7	11	5	3	4	11	8	11	6	10	2	1	11	11
Diagnosticados de diabetes	14	5	7	15	13	4	9	6	16	10	3	12	1	2	11	8
<b>5- Entorno fisico</b>																
Vive en zona urbana	1	12	15	10	6	14	8	9	11	2	3	16	5	4	13	7
PROMEDIO	9	8	9	9	9	7	9	8	8	8	7	9	3	9	12	8
HOMBRES	Asunción	Concepción	San Pedro	Cordillera	Guairá	Caaguazú	Caazapá	Itapúa	Misiones	Paraguari	Alto Paraná	Central	Ñeembucú	Amambay	Canindeyú	Presidente Hayes
<b>1- Cultural</b>																
Ascendencia indígena	4	8	13	6	10	11	5	2	3	9	7	12	1	13	13	13
<b>2- Asistencia sanitaria y social</b>																
Realiza controles enferm. crónicas	5	10	6	8	15	9	2	7	4	11	13	3	14	1	16	12
Acude a urgencias	13	10	9	3	6	12	16	15	2	5	8	4	7	1	11	14
Necesita ayuda para subir escaleras	9	13	4	2	1	12	3	7	6	5	11	10	8	15	14	16
<b>3- Conductual</b>																
Realiza poco deporte	3	15	13	12	9	7	8	4	5	1	2	14	6	16	11	10
<b>4- Biologica y genetica</b>																
Discapacidad	11	6	7	2	4	3	9	12	1	10	5	8	13	16	15	14
Diagnosticados depresión	2	7	5	1	3	7	7	7	7	4	7	6	7	7	7	7
Diagnosticados cáncer	5	1	3	5	5	5	5	2	5	5	5	4	5	5	5	5
<b>5- Entorno fisico</b>																
Tiene goteras en el techo	7	14	4	2	11	8	12	13	10	6	9	16	3	5	1	15
Total piezas	1	9	13	16	8	10	14	6	4	11	2	5	3	15	12	7
Tiene pareja	3	8	4	15	12	7	1	11	9	13	14	6	5	2	10	16
<b>7- Economico</b>																
Recibe alguna transfe	16	8	6	1	4	11	2	10	9	5	14	15	13	3	12	7
PROMEDIO	7	9	7	6	7	9	7	8	5	7	8	9	7	8	11	11

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 19.** Departamentos de especial atención en función de la posición relativa que tienen las variables. Característica negativa de EA y variable con un parámetro asociado con signo positivo

MUJERES	Asunción	Concepción	San Pedro	Cordillera	Guairá	Caaguazú	Caazapá	Itapúa	Misiones	Paraguari	Alto Paraná	Central	Ñeembucú	Amambay	Canindeyú	Presidente Hayes
<b>1- Cultural</b>																
Ascendencia indígena	12	14	15	5	1	7	13	2	9	10	4	6	3	8	11	15
<b>2- Asistencia sanitaria y social</b>																
Acude a Rayos X o ecografías	2	9	11	8	15	6	10	13	14	3	7	5	4	12	16	1
Acude a hospitalización	8	15	13	11	10	4	1	3	2	12	7	16	9	5	6	14
Necesita ayuda para subir escaleras	13	9	6	7	14	2	5	4	3	11	8	10	1	12	15	16
Necesita ayuda para el bañarse	8	9	7	2	13	3	14	10	4	11	6	5	1	12	14	14
Necesita ayuda para vestirse	11	9	4	2	6	8	13	10	3	7	5	14	1	12	15	15
<b>4- Biologica y genetica</b>																
Diagnosticados depresión	1	12	11	2	12	6	10	12	5	9	7	3	4	8	12	12
Diagnosticados cáncer	7	7	7	7	1	6	7	5	3	7	4	2	7	7	7	7
Diagnosticados presión alta	16	2	11	14	12	5	9	7	10	15	8	13	4	6	3	1
Diagnosticados artritis	13	10	6	8	11	7	15	9	4	12	14	3	2	16	5	1
Diagnosticados enfermedad renal	11	9	7	11	5	3	4	11	8	11	6	10	2	1	11	11
<b>5- Entorno físico</b>																
Tiene piso de calidad	1	10	15	4	14	6	7	9	11	2	3	16	13	5	12	8
Tiene goteras en el techo	6	1	15	12	11	8	2	3	10	16	13	7	14	5	4	9
PROMEDIO	8	9	10	7	10	5	8	8	7	10	7	8	5	8	10	10
HOMBRES	Asunción	Concepción	San Pedro	Cordillera	Guairá	Caaguazú	Caazapá	Itapúa	Misiones	Paraguari	Alto Paraná	Central	Ñeembucú	Amambay	Canindeyú	Presidente Hayes
<b>1- Cultural</b>																
Ascendencia indígena	4	8	13	6	10	11	5	2	3	9	7	12	1	13	13	13
<b>2- Asistencia sanitaria y social</b>																
Realiza controles enfermedades crónicas	5	10	6	8	15	9	2	7	4	11	13	3	14	1	16	12
Acude a consulta general	9	13	11	10	8	14	4	12	2	6	16	7	5	1	15	3
Acude a urgencias	13	10	9	3	6	12	16	15	2	5	8	4	7	1	11	14
Necesita ayuda para subir escaleras	9	13	4	2	1	12	3	7	6	5	11	10	8	15	14	16
<b>4- Biologica y genetica</b>																
Discapacidad	11	6	7	2	4	3	9	12	1	10	5	8	13	16	15	14
Diagnosticados de depresión	2	7	5	1	3	7	7	7	7	4	7	6	7	7	7	7
Diagnosticados presión alta	16	4	13	1	2	7	5	10	9	11	6	3	8	14	12	15
Diagnosticados enfermedad renal	2	9	9	9	1	9	6	9	5	7	8	4	9	9	3	9
Diagnosticados de cáncer	5	1	3	5	5	5	5	2	5	5	5	4	5	5	5	5
<b>5- Entorno físico</b>																
Tiene goteras en el techo	7	14	4	2	11	8	12	13	10	6	9	16	3	5	1	15
<b>6- Entorno social</b>																
No tiene estudio	16	5	6	14	9	15	7	4	3	13	11	12	10	1	2	8
<b>7- Económico</b>																
Recibe alguna transfe	16	8	6	1	4	11	2	10	9	5	14	15	13	3	12	7
PROMEDIO	9	8	7	5	6	9	6	8	5	7	9	8	8	7	10	11

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 20.** Departamentos de especial atención en función de la posición relativa que tienen las variables. Característica negativa de EA y variable con un parámetro asociado con signo negativo

MUJERES	Asunción	Concepción	San Pedro	Cordillera	Guairá	Caaguazú	Caazapá	Itapúa	Misiones	Paraguari	Alto Paraná	Central	Ñeembucú	Amambay	Canindeyú	Presidente Hayes
<b>1- Cultural</b>																
Hablar sólo guaraní	1	12	13	8	10	16	14	4	9	11	6	2	7	5	15	3
<b>2- Asistencia sanitaria y social</b>																
Acude análisis laboratorio	16	8	4	5	1	2	7	6	3	11	14	10	15	12	9	13
Acude a Cirugía	12	14	4	11	13	8	1	9	1	6	15	7	1	16	5	10
<b>3- Conductual</b>																
Realiza mucho deporte	16	10	7	4	8	1	5	15	3	6	13	12	14	11	9	2
Realiza poco deporte	10	12	1	8	7	4	5	9	3	13	6	11	16	15	14	2
<b>5- Entorno físico</b>																
Vive en zona urbana	16	5	2	7	9	6	1	8	11	3	14	15	12	13	4	10
Total piezas	16	5	6	7	13	4	2	10	14	9	15	12	8	11	3	1
Convive	2	9	14	8	11	12	15	6	7	16	3	4	5	13	10	1
<b>6- Entorno social</b>																
Estudia actualmente	11	1	1	1	12	10	16	13	1	8	14	9	1	1	1	15
<b>7- Económico</b>																
Recibe prestación	16	4	2	9	6	5	1	7	10	11	8	14	15	12	3	13
PROMEDIO	12	8	5	7	9	7	7	9	6	9	11	10	9	11	7	7
HOMBRES	Asunción	Concepción	San Pedro	Cordillera	Guairá	Caaguazú	Caazapá	Itapúa	Misiones	Paraguari	Alto Paraná	Central	Ñeembucú	Amambay	Canindeyú	Presidente Hayes
<b>5- Entorno físico</b>																
Tiene goteras en el techo	10	3	13	15	7	11	6	4	9	1	8	5	14	12	16	2
Total piezas	16	8	4	1	9	7	3	11	13	6	15	12	14	2	5	10
<b>6- Entorno social</b>																
Convive	14	9	13	5	15	7	10	8	3	12	4	6	11	16	2	1
Tiene pareja	14	9	13	2	16	8	11	6	5	10	3	4	12	15	7	1
<b>7- Económico</b>																
Trabaja	4	13	2	1	3	14	10	9	6	5	11	8	12	16	7	15
PROMEDIO	12	8	9	5	10	9	8	8	7	7	8	7	13	12	7	6

Fuente: Elaboración propia

Para mejorar la situación de los adultos mayores en el EA en función a los mapas de calor se consideran las siguientes interpretaciones:

### **1. Característica positiva de EA y variable con un parámetro asociado con signo positivo:**

Los departamentos en las primeras posiciones son aquellos en los que los adultos mayores presentan “menos cantidad de personas” en las variables que promueven el EA y, por lo tanto, son de especial interés para tratar de mejorar.

En el caso de las mujeres, los departamentos que se encuentran, comparativamente respecto al resto de regiones del país, en peor situación son San Pedro, Caazapá, Caaguazú, Misiones y Canindeyú.

En Canindeyú se destacan principalmente los factores asistenciales, mientras que en Caazapá las variables sobre las que hay que incidir son en los factores asistenciales, entorno físico y conductuales. En Caaguazú, la población de adultos mayores presenta deficiencias en los factores conductuales, donde también habría que destacar los departamentos de Misiones y Presidente Hayes en este factor en concreto.

Para los hombres, los departamentos que presentan factores positivos bajos, en comparación al resto del país son Presidente Hayes (cultural y asistencial, entorno físico y social), Asunción (cultural y conductual), Canindeyú (asistencial), Paraguari (economía, entorno social y conductual) y Alto Paraná (entorno físico y social).

### **2. Característica positiva de E. A. y variable con un parámetro asociado con signo negativo:**

Los departamentos en las primeras posiciones detectan a la población de adultos mayores que presentan “mayor cantidad de personas” en las variables que reducen los factores del EA positivo, es decir, aquellos departamentos que presenten porcentajes de población adulta más altos son los que más pongan en riesgo el lograr un envejecimiento pleno y, por lo tanto, son de especial interés para tratar de reducir esa proporción.

En el caso de las mujeres, destaca la situación sensible de Ñeembucú (con una situación deficitaria en factores de asistencia sanitaria, biológicos y genéticos especialmente), seguida de Caaguazú (asistencia sanitaria y factores biológicos). También hay que indicar que Guaira es donde se observan más riesgos en factores conductuales, mientras que en Asunción se detecta que los factores físicos son más relevantes.

Para el caso de los hombres, los departamentos especialmente sensibles, dado que es donde más proporción de adultos mayores hombres presentan esos factores que perjudican a un EA positivo son Cordillera (en factores asistenciales, biológicos y económicos), Misiones (en aspectos culturales, asistenciales y biológicos) Asunción (con riesgo asociado a los factores conductuales, biológicos y de entorno físico) Ñeembucú (en factores culturales y de entorno físico) y Amambay (en asistencia sanitaria, entorno físico y económico).

### **3. Característica negativa de EA y variable con un parámetro asociado con signo positivo:**

Los departamentos en las primeras posiciones son aquellos en los que los adultos mayores presentan “mayor cantidad de personas” en las variables incrementan aspectos negativos del EA y serán las áreas especialmente sensibles.

Analizando el caso de las mujeres, el departamento más afectado por presentar altas tasas de factores limitantes del buen EA es Ñeembucú, con valores comparativamente altos en factores asistenciales, culturales – aunque está en una buena situación en factores asociados a entorno físico.

También en Caaguazú y Misiones se observa una población mayor en situación de riesgo debido fundamentalmente al alto porcentaje de adultos en las variables de los factores asistenciales.

En los hombres, los departamentos a los que se debe prestar especial atención son Cordillera, con altos porcentajes de adultos mayores con factores biológicos, de entorno físico y económico. En el departamento de Misiones se destaca las variables de los factores culturales, además de asistencia sanitaria y entorno social, y finalmente Guaira, donde son muy relevantes los factores biológicos y económicos.

#### **4. Característica negativa de EA y variable con un parámetro asociado con signo negativo:**

Al actuar como factores protectores, reduciendo la posibilidad de no sufrir elementos negativos asociados al EA, entonces aquellos departamentos con menor porcentaje de población con esos factores serán los más sensibles.

En el caso femenino se observa el departamento de San Pedro, con bajos niveles de población mayor asociada a factores asistenciales, conductuales, de entorno social y económicos, seguido de Misiones (factores asistenciales y conductuales y de entorno social) y la situación de Presidente Hayes (conductual y entorno físico) Canindeyú (factores de entorno físico, social y económico). Caaguazú y Caazapá, presentan similar situación en factores asistenciales, conductuales y de entorno físico, con valores a los que hay que prestar atención.

En el caso de los hombres, el departamento de Cordillera (con valores de riesgo en factores asociados al entorno social y económico) y Presidente Hayes (factor sobre todo de entorno social) son los que presentan una situación en desventaja respecto al resto. También es relevante, pero no tan sustancial, la situación de Canindeyú, Central, Misiones y Paraguari.

## 6. Conclusiones

La presente investigación tiene como objetivo estudiar los factores que influyen en el envejecimiento activo de la población de adultos mayores en el Paraguay como así también Identificar las necesidades con referencia a estos factores de modo a dar herramientas para lineamientos hacia el envejecimiento activo que contribuya a la mejora y recuperación de este sector de la población tras el COVID-19.

Tras la revisión bibliográfica, se adopta la línea y definición de la OMS (2002) quienes vienen promoviendo el envejecimiento activo para mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen ya que datos empíricos (OMS, 2015) demuestran que la pérdida de capacidad generalmente asociada con el envejecimiento sólo se relaciona vagamente con la edad cronológica de una persona, y que la diversidad resultante en las capacidades y las necesidades de salud de las personas mayores no es aleatoria, sino que se basa en hechos ocurridos a lo largo del curso de la vida que pueden modificarse.

El análisis se enmarca en los factores que influyen en el envejecimiento activo que propone la OMS (2002), que son: la cultura y el género; los sistemas sanitarios y servicios sociales; factores personales inherentes a la conducta de las personas; la biología y la genética; el entorno físico; social; y el entorno económico.

Después de examinar las estadísticas descriptivas de las variables de la ELPS (2015) se plantean diferentes especificaciones y modelos econométricos para detectar cuáles y de qué modo afectan esas variables a las características que determinan el EA de los adultos mayores. Los modelos arrojan una representación de lo que considera la población paraguaya respecto a su percepción sobre tener buena salud, felicidad o disfrute de la vida, (en esta investigación llamadas también características positivas que conllevan hacia un mejor EA) y, por otro lado, su percepción sobre estar deprimido, sentirse solo o triste<sup>16</sup>, (consideradas como características negativas hacia un EA) que analizados junto con las variables identificadas como factores que influyen en el EA arrojan los siguientes resultados:

- Las variables que ayudan a lograr un EA pleno, ya sea porque promueven características positivas o porque protegen ante características negativas son: hablar guaraní, estar asegurado, poder realizarse análisis de laboratorio, cirugías, asistencia dental, vacunaciones, trabajar, hacer deporte, convivir con la pareja, tener buenas condiciones en la vivienda y aprendizaje continuo.
- Hay variables que penalizan lograr un buen EA, ya sea porque reducen el logro de características positivas o porque aumentan las opciones de tener características negativas, éstos son: fumar, beber, padecer ciertas enfermedades, tener discapacidad, necesitar ayuda para actividades básicas (bañarse, vestirse, comer o salir de la cama) y viviendas de mala calidad.

Con los factores que influyen en el EA y la proporción de adultos que presentan estas características se ha detectado, con mapas de calor, los departamentos que se encuentran en situación más sensible, y los resultados son:

<sup>16</sup> Estas percepciones podrían no coincidir con los fundamentos científicos y/o médicos de estas variables

## **Departamentos de especial atención por mostrar niveles bajos de características que ayudan a tener un buen EA**

En este caso se centra en los departamentos que tienen “menos cantidad de personas” en las variables que promueven aspectos positivos del EA o, por el contrario, son factores protectores, reduciendo la posibilidad de no sufrir elementos negativos asociados al EA.

En mujeres destaca la situación de San Pedro, Misiones especialmente, así como Presidente Hayes, sin dejar de prestar atención a Canindeyú, Caazapá, Caaguazú, mientras que para el caso masculino, los departamentos más sensibles se sitúan de nuevo en Presidente Hayes, Misiones y también Cordillera, seguidos de Asunción, Canindeyú, Paraguarí y Alto Paraná .

## **Departamentos de especial atención por mostrar niveles altos de características que dificultan lograr un buen EA**

Ahora, los departamentos de interés, aquellos que presentan porcentajes de población adulta con valores altos en estas características, son los que más ponen en riesgo el lograr un envejecimiento pleno, ya sea porque impiden lograr aspectos positivos del EA – como tener buena salud – o porque promueven alcanzar aspectos negativos, como estar deprimido.

En el caso de las mujeres, destaca la situación sensible de Ñeembucú y Caaguazú, seguida de Guairá, Misiones y Asunción, mientras que en hombres, los departamentos especialmente sensibles son fundamentalmente Cordillera y Misiones, seguidos de Asunción, Ñeembucú y Amambay.

Teniendo en cuenta los resultados previos, sobre los factores que afectan al envejecimiento activo, y los departamentos del país con prevalencia de estas variables en peor situación, se pueden establecer un conjunto de recomendaciones de política que ayuden a mejorar en el futuro la situación de los adultos mayores, y que se desarrollan en más detalle en el producto 2 de este proyecto de investigación, así como aquellos departamentos que muestran una mayor necesidad de este tipo de intervenciones de acuerdo a la situación relativa que presentan las variables de los mayores que influyen en el EA:

### **A. INTERVENCIONES QUE AFECTEN A SERVICIOS SANITARIOS Y SERVICIOS SOCIALES:**

A.1. Políticas de expansión que brinde condiciones de equidad en el acceso a la atención primaria de la salud (APS) principalmente en la zona metropolitana (Asunción y Central).

A.2. Capacitación de personal especializado en cuidados de personas mayores

A.3. Ampliación de la red de establecimientos en Cordillera, Guairá, Caaguazú, Misiones y Ñeembucú.

### **B. INTERVENCIONES QUE INFLUYAN EN ASPECTOS CONDUCTUALES:**

B.1. Problematización y abordaje del tabaco y alcohol, principalmente en hombres en San Pedro, Caaguazú, Canindeyú, Alto Paraná e Itapúa.

B.2. Fomento de la actividad física, principalmente en mujeres en los departamentos de Cordillera, Caaguazú, Alto Paraná, Caazapá y Misiones.

### **C. PROPUESTAS QUE AFECTEN A FACTORES PERSONALES:**

C.1. Relacionadas a la salud mental y mecanismos de abordaje a la discapacidad: certificación y acceso a servicios principalmente en el centro-norte del país y los departamentos de Caazapá e Itapúa.

### **D. PROGRAMAS RELACIONADOS CON EL ENTORNO FÍSICO:**

D.1. Políticas de facilitación de acceso al transporte público.

D.2. Atender las necesidades de atención en viviendas y áreas inundables especialmente en Presidente Hayes, Concepción, Amambay, Canindeyú y Ñeembucú.

### **E. PROPUESTAS PUBLICAS EN EL AREA SOCIAL:**

E.1. Políticas de alfabetización y mejoramiento del nivel educativo: focalización y articulaciones para el contacto activo: Concepción, Amambay, San Pedro, Caaguazú, Canindeyú, Caazapá, Misiones y Ñeembucú.

### **I. INTERVENCIONES EN EL AMBITO ECONÓMICO:**

F.1. Atención a personas adultas mayores que no tienen ingresos por beneficios previsionales ni laborales.

F.2. Evaluación de mecanismos de cobertura de gastos en medicamentos en todo el territorio del país.

## 7. Contribución de la investigación

Este trabajo, por lo que conocen los investigadores, supone una investigación pionera en el área de políticas públicas ya que ofrece una herramienta que permite generar evidencia científica para ayudar a la toma de decisiones de los gestores públicos. Las dos principales contribuciones de esta investigación son, por un lado, un aporte metodológico, con la propuesta y estimación econométrica en la determinación de los factores relevantes que influyen en el envejecimiento activo en Paraguay, y por otro lado una contribución de política, que ayuda y facilita la toma de decisiones mediante el empleo de técnicas de “visual analytics” como son los mapas de calor.

En lo que se refiere al aporte cuantitativo, este trabajo analiza como diferentes tipos de factores influyen sobre el envejecimiento activo. Para ello, en función de las características de la variable dependiente de la regresión econométrica –que captura la autovaloración de los adultos mayores respecto a diferentes características– se estiman distintos modelos econométricos de variables dependientes limitadas. En el caso en que la variable dependiente toma dos valores (0,1) se estiman modelos logit, mientras en la que si hay más de dos opciones (0: mala salud, 1: buena salud, 2: muy buena salud) las alternativas son la estimación de un logit multinomial o un logit ordenado. El trabajo presenta las diferentes estimaciones que permiten realizar un análisis de robustez de los resultados obtenidos.

Conforme a la propuesta de “visual analytics”, existen métodos visuales que permiten ofrecer información al decisor de política de forma rápida, resumida y sencilla de los análisis que se han realizado previamente. El mapa de calor es una representación gráfica de datos que utiliza un sistema de codificación de colores para mostrar diferentes valores, y se utilizan, en este caso particular, para mostrar la prevalencia a nivel departamental de determinadas variables y que permite detectar de forma visual aquellas zonas del país que pueden encontrarse en una situación más sensible para lograr que sus adultos mayores logren un Envejecimiento Activo pleno, y que por lo tanto deberían ser objeto de focalización por parte de las autoridades y así situarse en valores similares al resto de departamentos.

Sobre esta base existente, estos resultados ayudarán a la sociedad paraguaya a crear conciencia sobre de la importancia de fomentar hábitos saludables, participación social, equidad, promover servicios e intervenciones tanto privadas como públicas dirigidos hacia el envejecimiento activo en todos los niveles de la población.

## 8. Referencias bibliográficas

- Annear M, Keeling S, Wilkinson T, Cushman G, Gidlow B, Hopkins H. (2014). “Environmental influences on healthy and active ageing: A systematic review”. *Ageing Soc.*;34(4):590–622..
- Bandura A. (1986). “Fundación social de pensamientos y acciones”, Prentice Hall, Englewood Cliffs, California, EE. UU.
- Bandura. A. (1997). “Autoeficacia”. *The Exercise of Control*, Freeman, Nueva York, NY, EE. UU.
- Bauman A, Merom D, Bull FC, Buchner DM, Fiatarone Singh MA. (2016). Updating the Evidence for Physical Activity: Summative Reviews of the Epidemiological Evidence, Prevalence, and Interventions to Promote “Active Aging.”. *The Gerontologist.*;56(Suppl 2):S268–80.
- Brizuela, M. R. (2009). “Población vulnerable y desarrollo: el rostro del adulto mayor en el Paraguay”. *Población y Desarrollo* · N° 38.
- Bruno, S. (2018). “Impacto redistributivo de la pensión alimentaria para adultos mayores en situación de pobreza (Paraguay)”. En *Revista MERCOSUR de políticas sociales*. Asunción: Instituto Social del MERCOSUR.
- Carlson J.A., Sallis J.F., Conway T.L. (2012). “Interacciones entre factores psicosociales y del entorno construido para explicar la actividad física de los adultos mayores”. *Prev Med (Baltim)* 2012; 54 (1): 68-73.
- Carvalho-Loures, M., Celeno-Porto, C., Alves-Barbosa, M., y Guedes Freire-Filha, L. (2010). “Women’s quality of life: University of the Third Age, Goiás, Brazil”. *Revista de Salud Pública*,12(3), 391-401. ISSN: 2539-3596
- CEPAL (2020). “Vulnerabilidades sociodemográficas de las personas mayores frente al Covid-19”. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). *Boletín de Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe*. Boletín N° 18.
- Charlson F.J., Ferrari A.J., Santomauro D.F., Diminic S., Stockings E., Scott J.G.. (2018) *Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the global burden of disease study 2016*; 44(6):1195-203.
- Clarke P, Nieuwenhuijsen E.R. (2009). “Ambientes para un envejecimiento saludable una revisión crítica”. *Maturitas* 2009; 64 (1): 14-9.
- Comunidad de Madrid. (2017) “Estrategia de atención a las personas mayores de la Comunidad de Madrid 2017-2021”
- Consejo General Economistas - CGE (2020). “¿Cómo abordar de forma multidisciplinar el envejecimiento? El reto del envejecimiento desde una perspectiva integral”. EAL Asesores laborales.
- Correa, R. I., Corchuelo, C., y Cejudo, C. M. (2012). “Envejecer activamente desde una perspectiva de género”. En J.C. González Faraco, (coord.) *Identidades culturales y educación en la sociedad mundial*. España: Universidad de Huelva.

- Cunningham G.O., Michael Y.L. (2004). "Concepts guiding the study of the impact of the built environment on physical activity for older adults: A review of the literatura". *Am J Health Promot.*;18(6):435-43.
- Da Silva W, Barbosa K, de Oliveira F, de Brito F, de Lyra Ramos S, Fernandes A. (2016). "Personal and behavioral determinants of active aging". *Int Arch Med.*;9(1).
- Daskalopoulou C., Koukounari A., Ayuso-Mateos J.L., Prince M., Prina A.M. (2018). Associations of lifestyle behaviour and healthy ageing in five Latin American and the Caribbean countries—a 10/66 population-based cohort study;10 (11).
- De Souza L.N., De Carvalho P.H., Ferreira M.E. (2018). "Quality of life and subjective well-being of physically active elderly people: A systematic review". *J Phys Educ Sport.* 2018;18(3):1615-23.
- Encuesta de salud, bienestar y envejecimiento (SABE). Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social. Asunción- Paraguay.
- Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS). Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social. Asunción- Paraguay./
- Fernández-Ballesteros, R., Casinello, D. , Martínez, M., Díez-Nicolás, J., Montero R. y Schettini, R. (2010). "Envejecimiento con éxito: criterios y predictores". *Psicothema*, ISSN 0214-9915, Vol. 22, Nº. 4, 2010, pags. 641-647. 22.
- Fernández-Ballesteros R., Robine J.M., Walker A., Kalache A. (2013)a. "Active aging: A global goal". *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2013.
- Fernández-Ballesteros, R., Molina, M.A., Schettini, R., y Santacreu, M. (2013)b. "The semantic network of aging well". In J.-M. Robine, C. Jagger, & E. M. Crimmins (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics*, Vol. 33. *Healthy longevity: A global approach* (pp. 79-107). Springer Publishing Company.
- Fernández-Mayoralas, G., R. Schettini, M Sanchez-Román, F Rojo-Pérez, M. S. Agulló, M Forjaz (2018). "El papel del género en el buen envejecer. Una revisión sistemática desde la perspectiva científica". *Revista Prisma Social* Nº21. *Envejecimiento y género: Investigación y evaluación de programas.* Pp.149-176.
- Fernández, M. y Fueyo-Gutiérrez, A. (2014). "Redes sociales y mujeres mayores: estudio sobre la influencia de las redes sociales en la calidad de vida". 5(1), 157-177.
- Foster, L., & Walker, A. (2013). "Gender and active ageing in Europe". *European Journal of Ageing*, 10, 3-10. doi:10.1007/s10433-013-0261-0
- Freixas, A. (1993). "Mujer y envejecimiento: aspectos psicosociales". Barcelona: Fundació "la Caixa".
- Garin N., Olaya B., Miret M., Ayuso-Mateos J.L., Power M., Bucciarelli P., Haro J.M. (2014). "Built environment and elderly population Health: A comprehensive literature review". *Clin Pract Epidemiol Ment Health*;10(1):103-15.
- Huenchuan, S. (2018). "Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos". CEPAL
- Huenchuan, S. y Rivera E. (eds.) (2019). "Experiencias y prioridades para incluir a las personas mayores en la implementación y seguimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible" (LC/MEX/SEM.245/1), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

- Huenchuan S., (2020)a. “COVID-19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos” (LC/MEX/TS.2020/6/Rev.1), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Huenchuan, S. (2020)b. “El derecho a la vida y la salud de las personas mayores en el marco de la pandemia por COVID-19” (LC/MEX/TS.2020/9), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Instituto Nacional de Estadística (2021) Boletín trimestral de Empleo. Cuarto trimestre de 2020. Fernando de la Mora: INE.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Bases de datos de las Encuestas Permanente de Hogares Continua (EPHC). Asunción, Paraguay.
- Kerr J., Rosenberg D., Frank L. (2012). “The role of the built environment in healthy aging”. *J Plan Lit.*;27(1):43–60.
- Kirkwood T. (1996). “Mechanisms of Ageing”. En: Ebrahim S, Kalache A, editores. *Epidemiology in Old Age*. Londres: BMJ Publishing Group.
- Kirkwood T. (2005), “La ciencia biológica del envejecimiento humano”, en *Age and Aging*, ML Johnson, Ed., Cambridge University Press, Cambridge, Mass, EE. UU.
- Le Feuvre, N., Kuehni, M., Rosende, M., y Schoeni, C. (2015). “Gendered variations in the experience of ageing at work in Switzerland”. *Equality, Diversity and Inclusion*, 34(2), 168-181.
- Lehne G., Bolte G. (2016). “Equity impact of interventions to promote physical activity in older adults: protocol for a systematic review”. *Syst Rev.*;5(1):17.
- Lowsky D.J., Olshansky S.J., Bhattacharya J., Goldman D.P. (2014). *Sciences M. eterogeneity in healthy aging*;69(6):640-9.
- Ministerio de Hacienda (2013). “La Política de Pensión Alimentaria para Adultos Mayores en el Paraguay. Resultados y desafíos”. Asunción. Ministerio de Hacienda.
- Ministerio de Hacienda (2019). “Informe Final de Resultados de la Evaluación de Impacto Social del Programa “Pensión Alimentaria para Adultos Mayores en Situaciones de Pobreza”. Asunción: Ministerio de Hacienda.
- Notthoff, N. y Carstensen, L. (2014). Positive Messaging Promotes Walking in Older Adults. *Psychology and aging*. 29. 329-341.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Global Forum for Health Research: The 10/90 Report on Health Research*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2002). “Envejecimiento activo: un marco político”. *Rev Esp Geriatr Gerontol*;37(S2):74-105
- Organización Mundial de la Salud (2012). “Boletín sobre el envejecimiento, perfiles y tendencias”.
- Organización Mundial de la Salud (2015). “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud” .
- Organización Mundial de la Salud (2015). *World report on ageing and health: World Health Organization*.
- Ovando, F. (2018). “Efectos de las Pensiones No-Contributivas: El caso paraguayo” Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya (CADEP).

- Parra C., Silveira P., Far I.K., Daniel F., De Bruin E.D., Cernuzzi L., D'Andrea V. y F. Casati. (2014). "Tecnologías de la información para el envejecimiento activo: una revisión de la teoría y la práctica", *Fundamentos y Trends en la interacción humano-computadora*: vol. 7: núm. 4, págs. 351-448.
- Robine, J. M., Jagger, C., y Cambois, E. (2002). *European Perspectives on Healthy Aging in Women*. *Journal of Women and Aging*, 14(1-2), 119-133.
- Rocke C., Lachman M.E., (2008). Perceived trajectories of life satisfaction across past, present, and future: profiles and correlates of subjective change in young, middle-aged, and older adults. *Psychol Aging*, vol. 23 (pág. 833-847) Dec; 23(4):833-847.
- Rodríguez-Florentín, L. (2015). "Situación socio-económica de los Adultos mayores en Paraguay: una evaluación de necesidades y políticas públicas". Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya (CADEP).
- Rodríguez, L. y Benítez, G. (2018). "El efecto de las ayudas sociales en la población de adultos mayores sobre las tasas de pobreza: Análisis comparativo". Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya (CADEP).
- Rojas, A. (2013). "La incidencia de la Pensión Alimentaria a Adultos Mayores en el acceso al sistema de protección social". VII Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Rojas, A. (2014). "Incidencia de la Pensión Alimentaria a Adultos Mayores en Paraguay. El acceso al sistema de protección social". *Revista latinoamericana de investigación crítica*, (1): 39-64.
- Sabia S., Singh-Manoux A., Hagger-Johnson G., Cambois E., Brunner E.J., Kivimaki M.J. (2012). Influence of individual and combined healthy behaviours on successful aging;184(18):1985-92.
- Sander M., Oxlund B., Jespersen A., Krasnik A., Mortensen E.L., Westendorp R.G.(2015). The challenges of human population ageing; 44(2):185-7.
- Sauma, P. (2012). "Protección social y trabajo no remunerado: Redistribución de las responsabilidades y tareas del cuidado. Estudio de caso Costa Rica". En N. U. CEPAL (Ed.). Santiago de Chile: Naciones Unidas. CEPAL.
- Scheibe, S. y Carstensen L.L. (2010). Emotional aging: recent findings and future trends. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, page 132.
- Smits C.H., Deeg D.M., Schmand B. (1999). "Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population". *American Journal Epidemiology*;150(:978-86.
- Soto, P. (2014). "Situación de los Adultos Mayores en Paraguay". Dirección de Adultos Mayores. Instituto de Bienestar Social. Ministerio de Salud Pública Y Bienestar Social.
- Stark-Wroblewski, K., Edelbaum, J.K., y Bello, T.O. (2008). "Perceptions of aging among rural, mid-western senior citizens: signs of women's resiliency". *Journal of Women & Aging*, 20(3-4), 361-373.
- Stenholm S., Head J., Kivimäki M., Kawachi I., Aalto V., Zins M. (2016). Smoking, physical inactivity and obesity as predictors of healthy and disease-free life expectancy between ages 50 and 75: a multicohort study. 2016;45(4):1260-70.
- Stenner, P.; McFarquhar, T. y Bowling, A. (2011). Older people and "active ageing": subjective aspects of ageing actively. *Journal of Health Psychology*, 16(3) pp. 467-477.

- Stephoe, A. , Donnell, K., Marmot, M., Wardle, J. y O'Donnell, K. (2008). Positive affect and psychosocial processes related to health. *British Journal of Psychology*. 99. 211 - 227.
- Stone A.A., Schwartz, J.E., Broderick J.J., y Deaton. A (2010). "A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the united states". *Proceedings of the National Academy of Sciences*
- Teixeira, C.M., Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H.M., y Brustad, R.J. (2013). "Physical Activity, Depression and Anxiety Among the Elderly". *Social Indicators Research*, 113(1), 307-318.
- The WHOQoL Group. (1994). "The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (The Whoqol)" Orley J, Kuyken W, editor. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg. Springer Verlag.
- Tse T. (2005). "El medio ambiente y la prevención de caídas ¿Las modificaciones ambientales marcan la diferencia?" *Aust Occup Ther J*; 52 (4): 271-81.
- Vázquez-Prada, J. (2012). "Entrevista a Jorge Alfredo Quintás - Director de la Dirección de Adultos Mayores". *Revista: Enlace en Red* 18, IMSERSO.
- Victorino, C.C., y Gauthier, A.H. (2005). "Are Canadian seniors becoming more active? Empirical evidence based on time-use data". *Canadian Journal on Aging*, 24(1), 45-56.
- Walker A, (2002). "A strategy for active ageing". *Int Soc Secur Rev*. 2002;55(1):121-39.
- Zavattiero, Georgina. (2015). "Paraguay, un país envejeciendo: condiciones actuales y desafíos en políticas públicas para Adultos Mayores". Trabajo presentado en el VIII Taller: "Paraguay desde las Ciencias Sociales", 11 al 13 de junio de 2015, Formosa, Argentina.
- Zunzunegui, M.V. (2011). "Evolución de la discapacidad y la dependencia. Una mirada internacional". *Gaceta Sanitaria*, 25(SUPPL. 2), 12-20. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.07.026

## 9. ANEXOS

### Anexo 1

Se estiman tres modelos de regresión mediante: el modelo Logit simple, el Logit multinomial y el Logit multinomial ordenado.

Modelo Logit Simple: en este modelo, la regla de decisión de los individuos se da cuando la variable dependiente toma dos valores (1,0) viene dada por:

$$y^* = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k + u = x\beta + u$$
$$y_i = \begin{cases} 1 & \text{si } y_i^* > 0 \\ 0 & \text{si } y_i^* \leq 0 \end{cases}$$

Donde “X” son los factores que afectan al envejecimiento activo (factores culturales y sexo, factores del sistema sanitario, conductuales, personales, del entorno físico, entorno social, económicos) y la variable observada “Y” solo puede tomar dos valores (1: tiene buena salud, 0: no tiene buena salud).

Modelo Logit Multinomial: en este modelo, existe la posibilidad de que un individuo seleccione una alternativa del grupo de “J” opciones donde  $j=1,2,\dots,J$ , y este valor asignado a cada alternativa, dado que no se pueden ordenar, es completamente arbitrario. Si no existe ordenación de las alternativas (si se considera que 3 opciones de salud: mala salud, buena salud, muy buena salud no están ordenadas) entonces se estima un modelo logit multinomial no ordenado. Ahora, la utilidad que le reporta a una persona una determinada opción es:

$$y_i^* = \alpha_j + x_i \beta_j + u_i$$

el individuo elige la opción “j” si y sólo si la utilidad de este estado es el mayor de todas las opciones, es decir

$$y_i = \begin{cases} 1 & \text{si } y_{1i}^* \geq y_{ji}^* \text{ para } j=2, \dots, J \\ 2 & \text{si } y_{2i}^* \geq y_{ji}^* \text{ para } j=1,3, \dots, J \\ \dots & \dots \\ J & \text{si } y_{ji}^* \geq y_{ji}^* \text{ para } j=1,2, \dots, J-1 \end{cases}$$

En esta especificación, la estimación de los parámetros beta, que determinan como las características de los individuos afectan a las variables endógenas, sería:

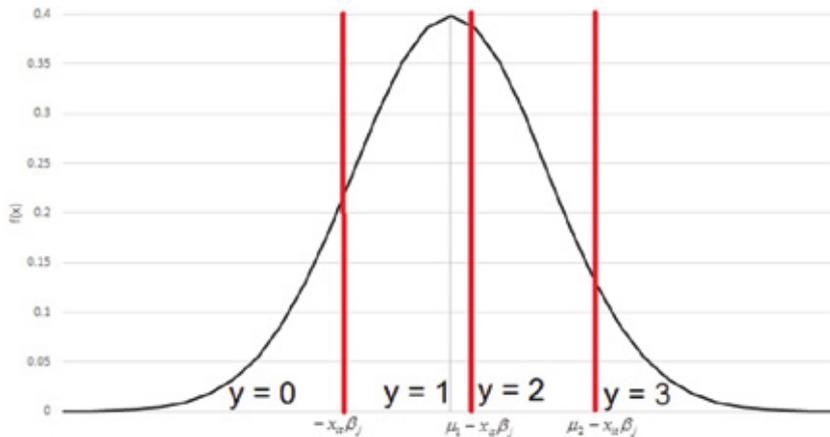
$$Pr(y_i=j | \alpha_j, \beta_j, x_i) = \begin{cases} \frac{\exp(\alpha_j + \beta_j x_i)}{1 + \exp(\alpha_j + \beta_j x_i)} & \text{para } j \neq B \\ \frac{1}{1 + \exp(\alpha_j + \beta_j x_i)} & \text{para } j = B \end{cases}$$

Modelo Logit Multinomial Ordenado: en este modelo, existe ordenación de las alternativas, es decir, se considera que 3 opciones de salud: mala salud, buena salud, muy buena salud están ordenadas, la especificación sería:

$$y_i^* = \alpha_j + x_i \beta + u_i$$

$$y_{it} = \begin{cases} 0 & \text{si } y_{it}^* \leq \mu_0 \\ 1 & \text{si } \mu_0 < y_{it}^* \leq \mu_1 \\ 2 & \text{si } \mu_1 < y_{it}^* \leq \mu_2 \\ \dots & \\ J & \text{si } \mu_{J-1} < y_{it}^* \end{cases}$$

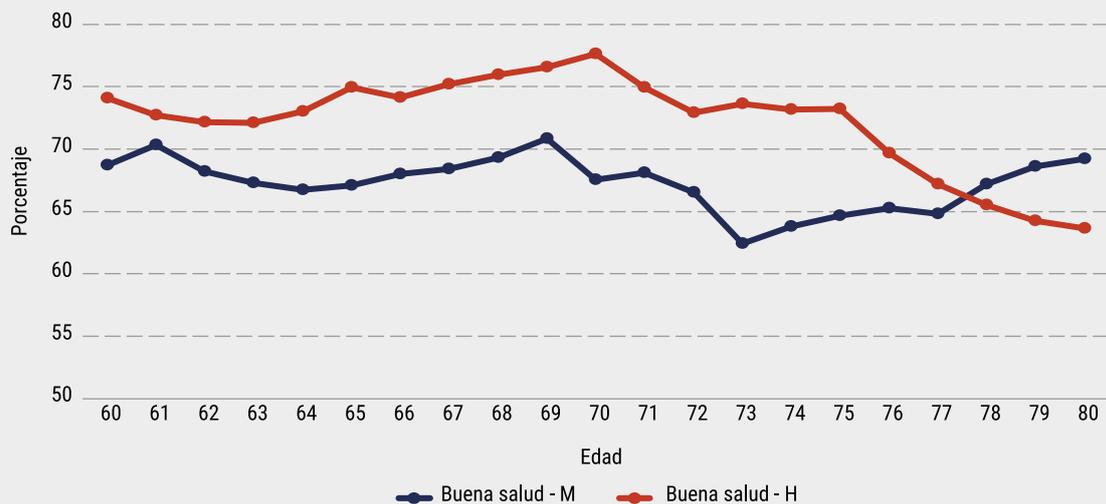
Entonces:



Se desea analizar el efecto que, sobre una variable de resultado, también llamada variable dependiente, tienen un conjunto de factores, también llamados regresores. Sea  $Y_{it}$  la información de la variable dependiente de un individuo “i” de su característica “t” (también puede ser en el momento “t”).

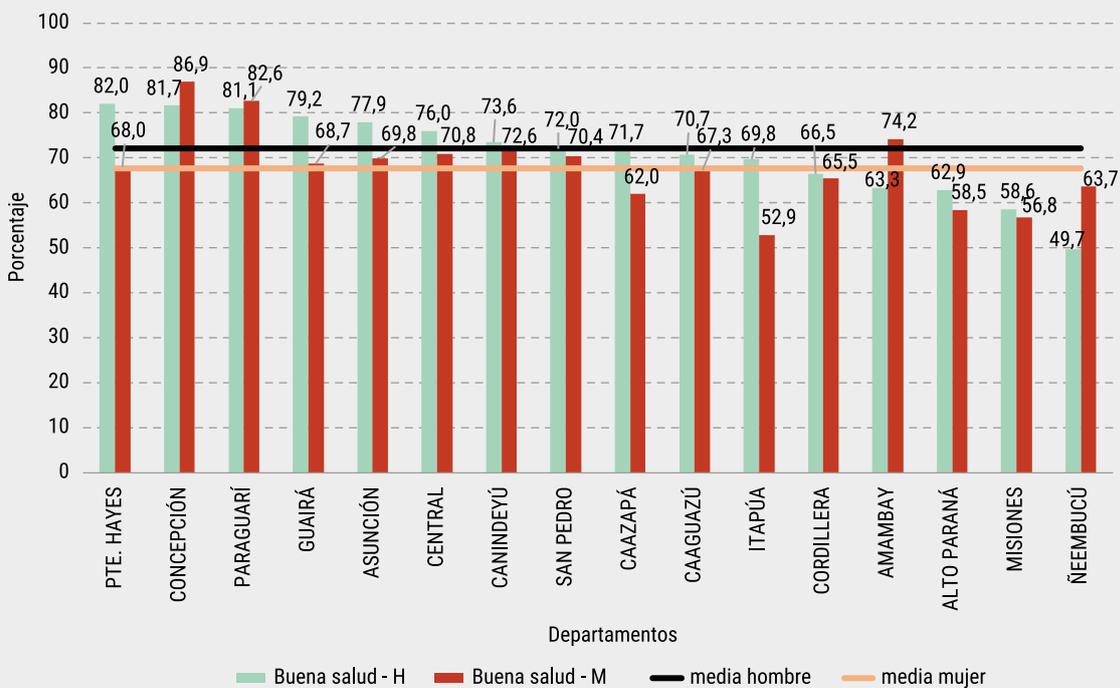
### 2.1 Análisis de las variables subjetivas asociadas al envejecimiento activo

**Figura 6.** Porcentaje de población que considera que tiene buena salud por edad y sexo



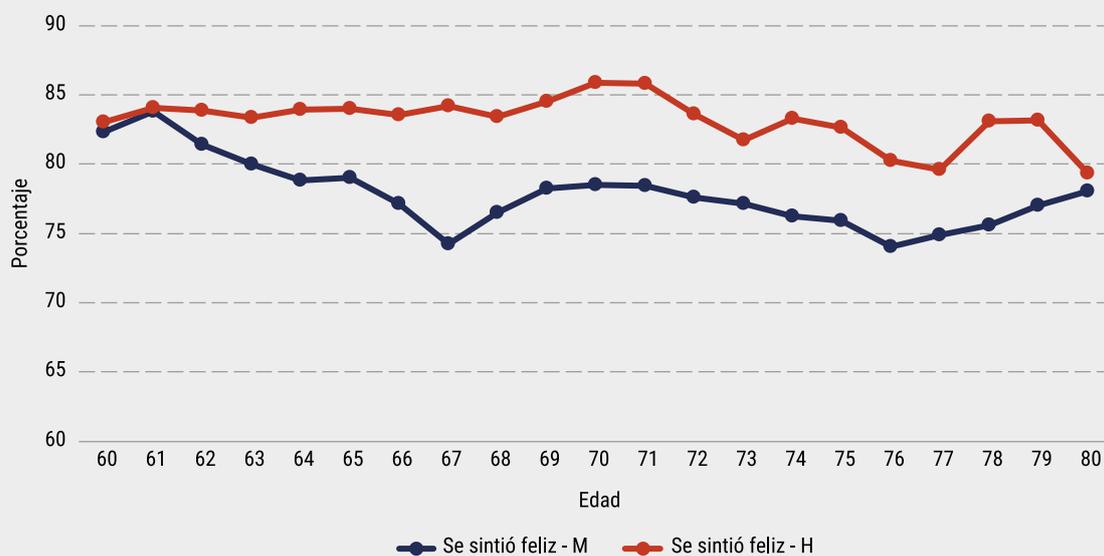
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015

**Figura 7.** Porcentaje de población que considera que tiene buena salud por departamento y sexo



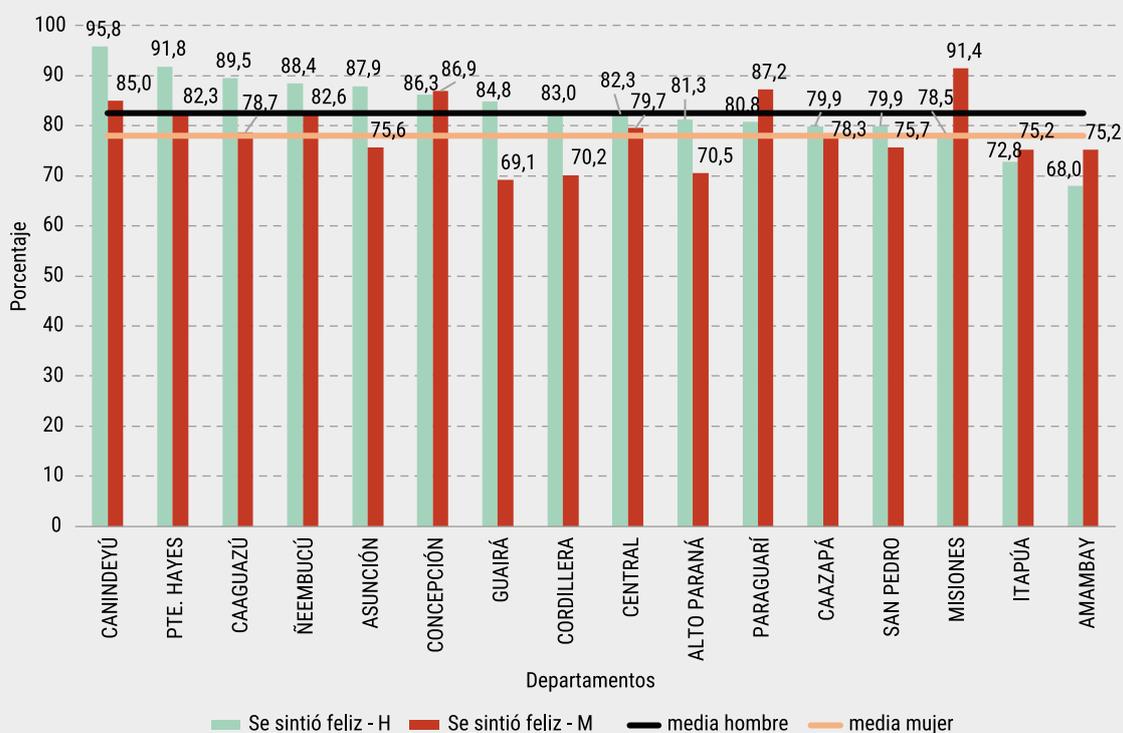
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015

**Figura 8.** Porcentaje de población que se sintió feliz por edad y sexo



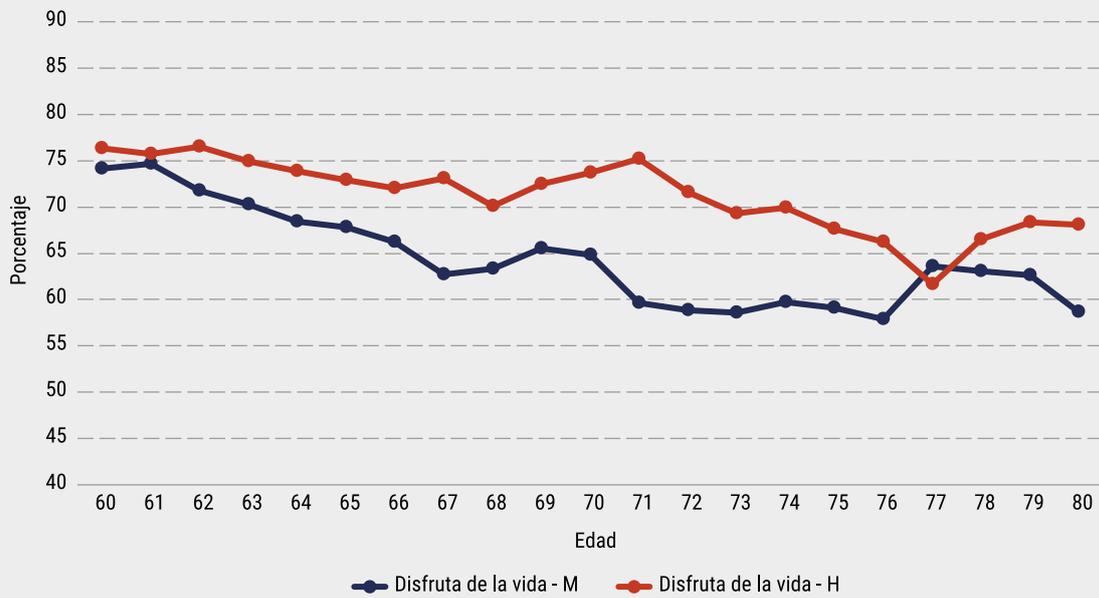
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015

**Figura 9.** Porcentaje de población que se sintió feliz por departamento y sexo



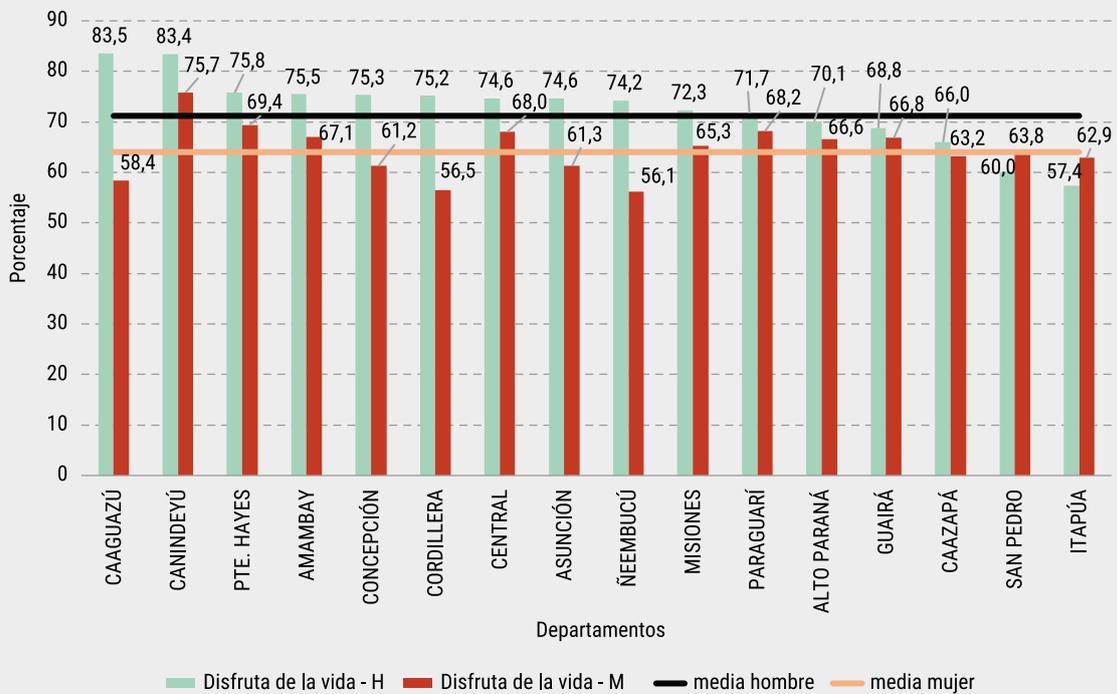
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015

**Figura 10.** Porcentaje de población que disfruta de la vida por edad y sexo



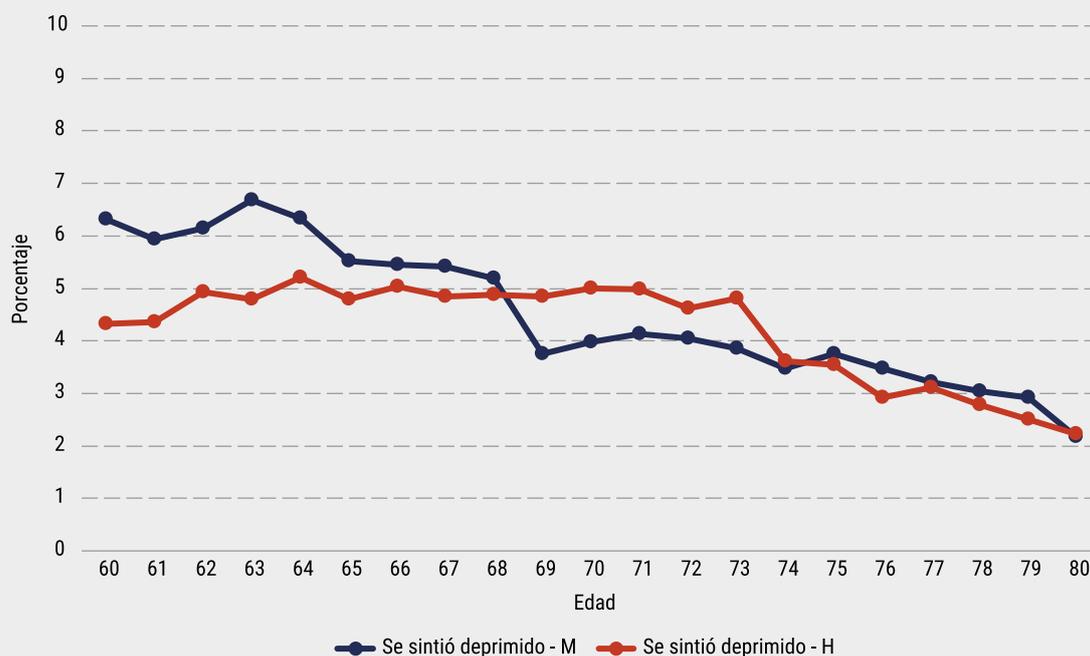
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015

**Figura 11.** Porcentaje de población que disfruta de la vida por departamento y sexo



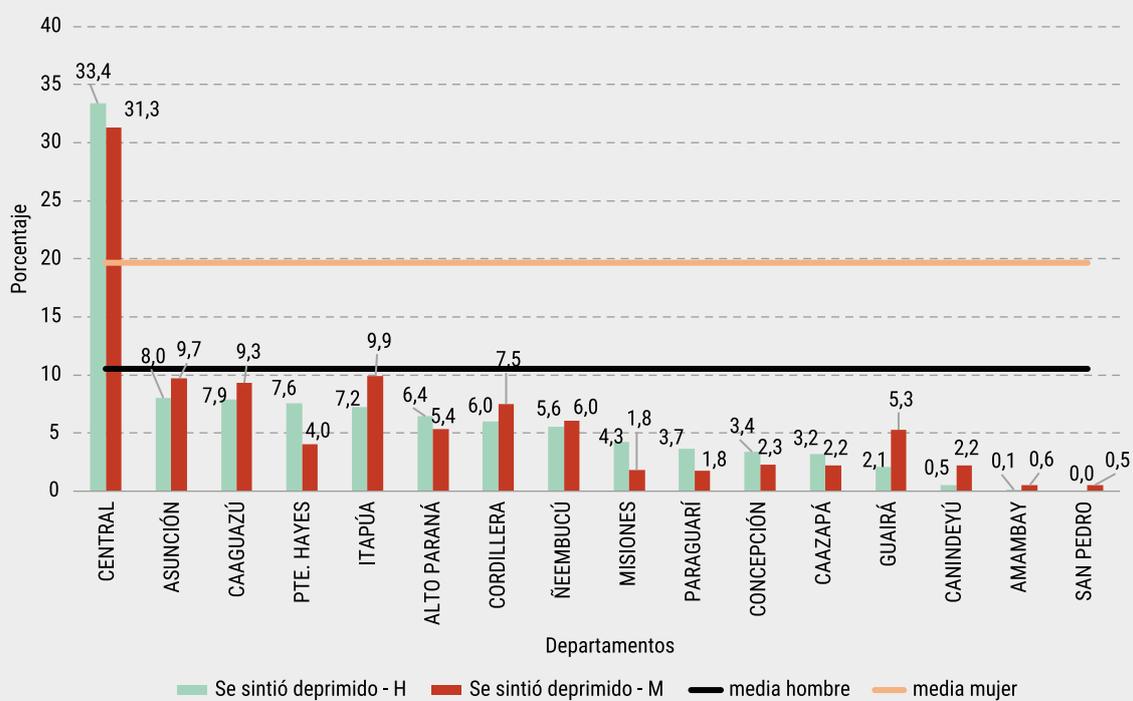
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015

**Figura 12.** Porcentaje de población que se sintió deprimido por edad y sexo



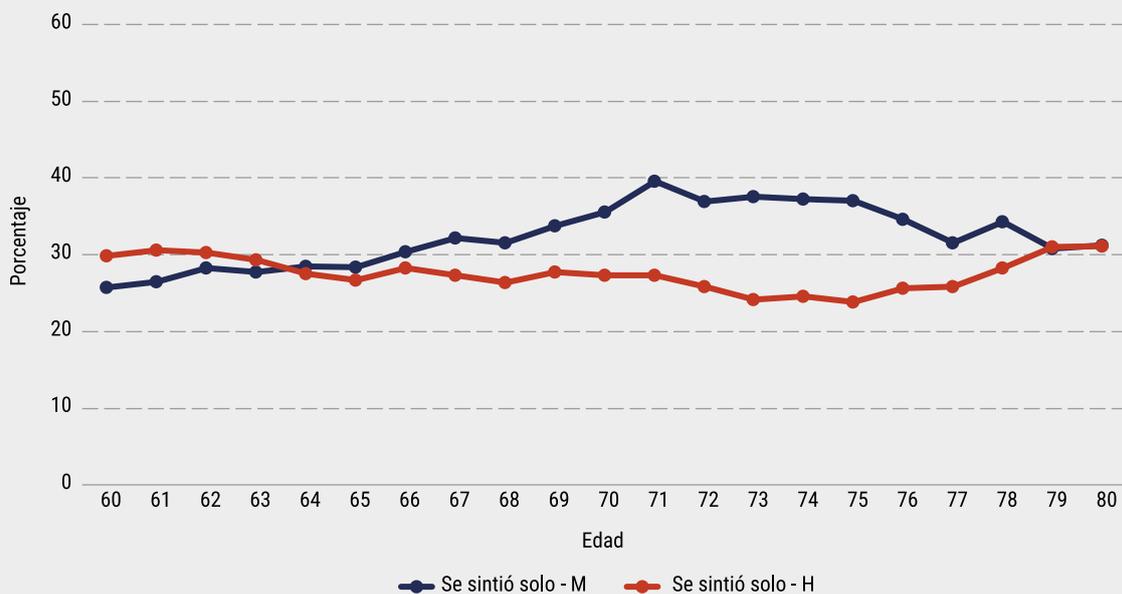
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015

**Figura 13.** Porcentaje de población que se sintió deprimido por departamento y sexo



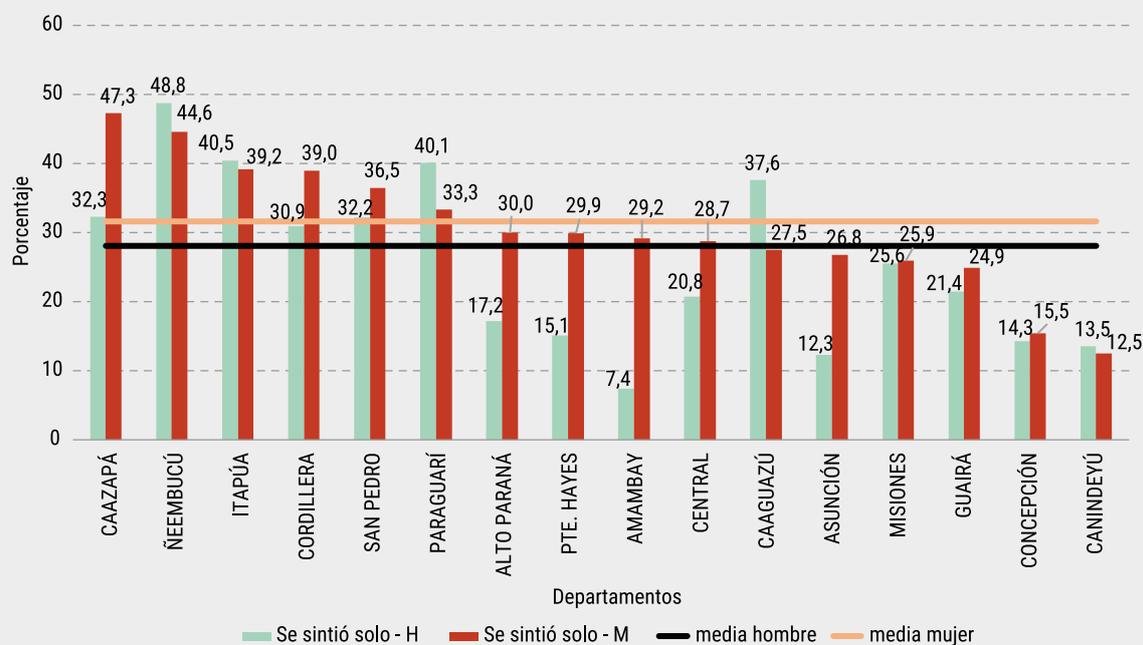
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015

**Figura 14.** Porcentaje de población que se sintió sólo/a en la última semana, por edad y sexo



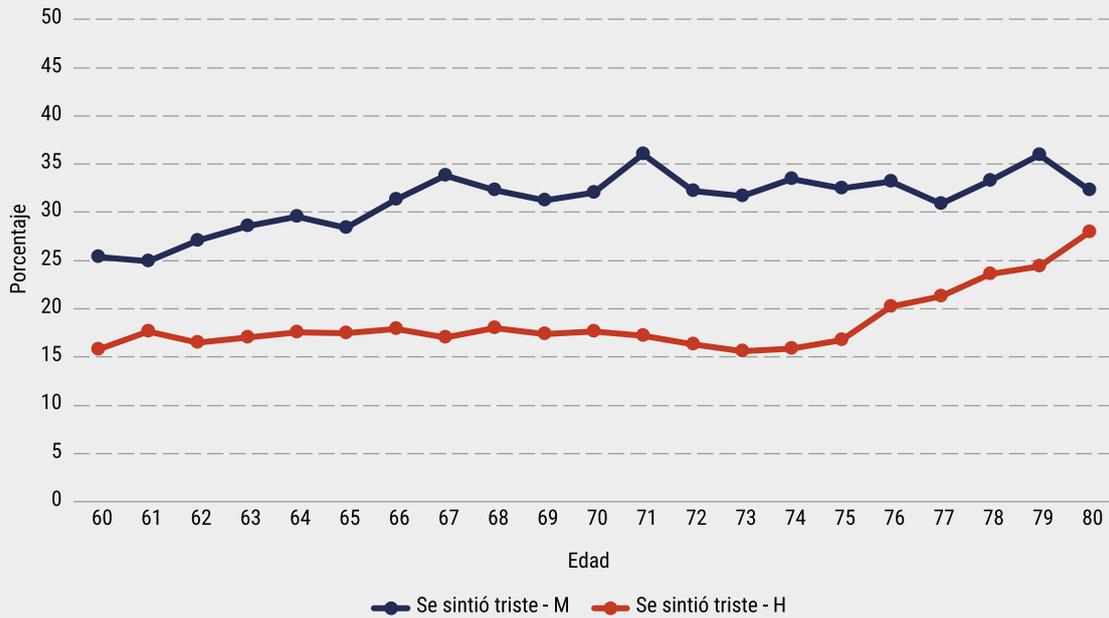
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015

**Figura 15.** Porcentaje de población que se sintió sólo/a en la última semana, por departamento y sexo



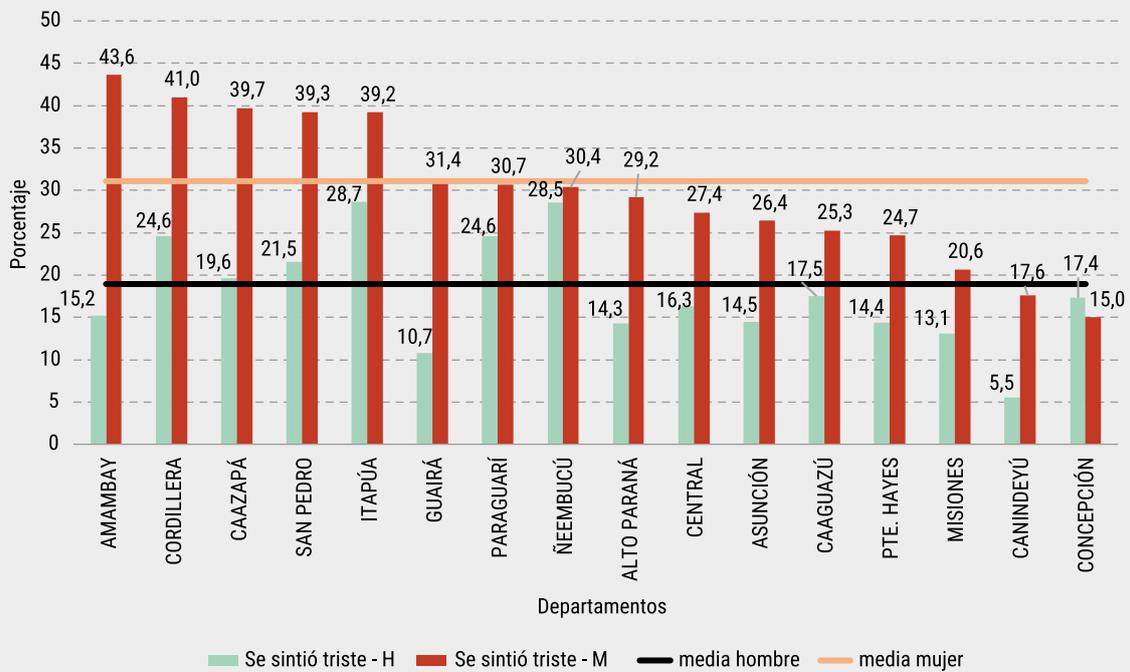
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015

**Figura 16.** Porcentaje de población que se sintió triste por edad y sexo



Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015

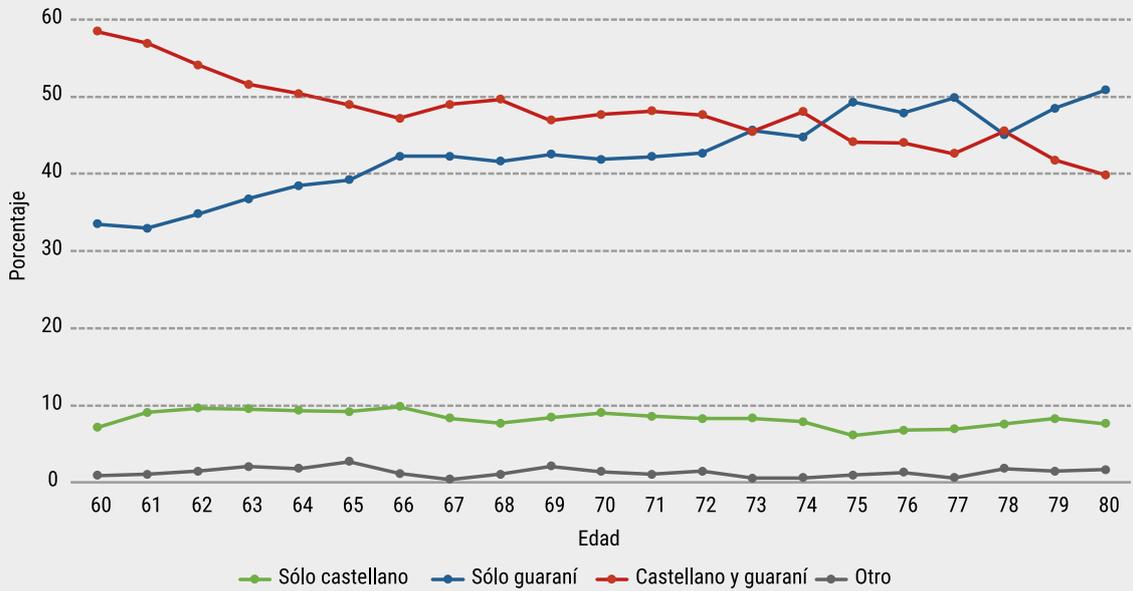
**Figura 17.** Porcentaje de población que se sintió triste por departamento y sexo



Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015

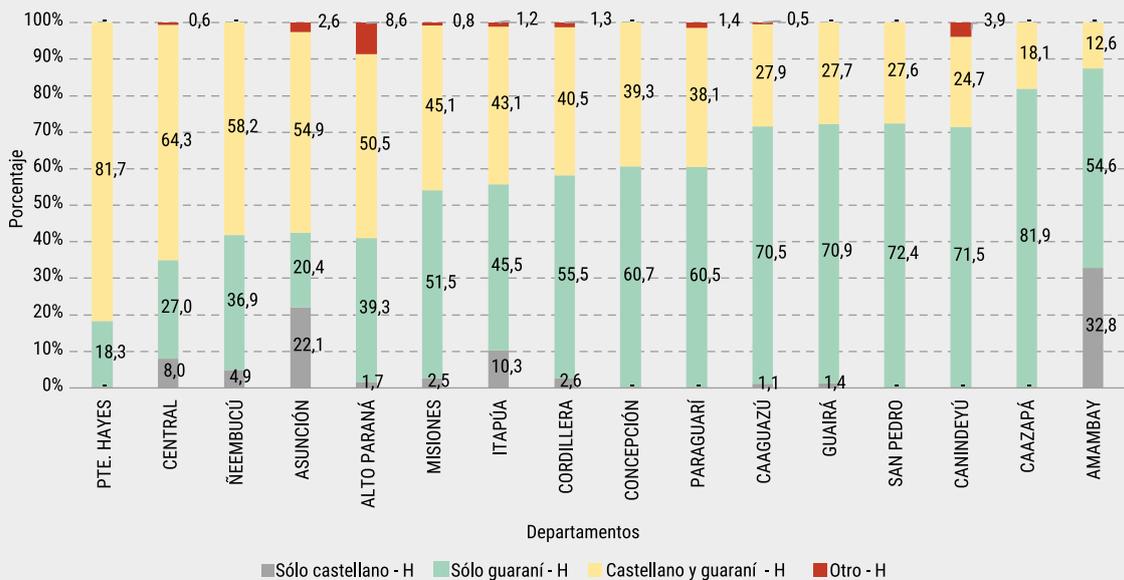
## 2.2 Análisis de los factores que influyen en el envejecimiento activo: Análisis descriptivo.

**Figura 18.** Adultos Mayores según idioma hablado con más frecuencia (%)

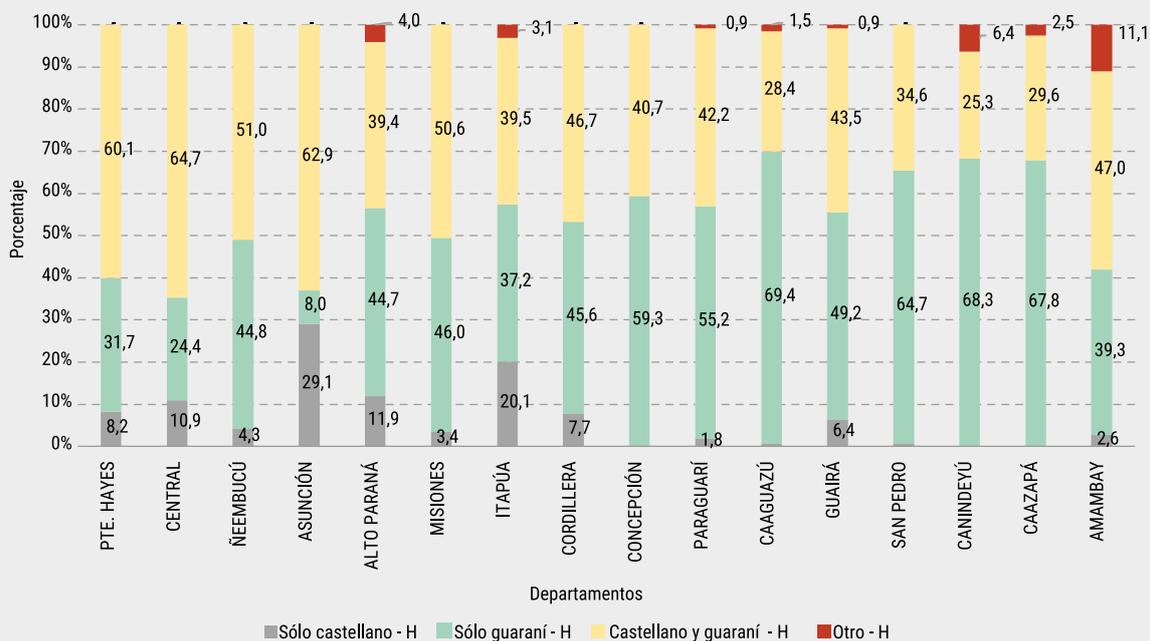


Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 19.** Adultos Mayores según idioma hablado con más frecuencia por departamento y sexo (hombre gráfico superior y mujer gráfico inferior)



**Figura 19.** Adultos Mayores según idioma hablado con más frecuencia por departamento y sexo (hombre gráfico superior y mujer gráfico inferior) (Continuación)



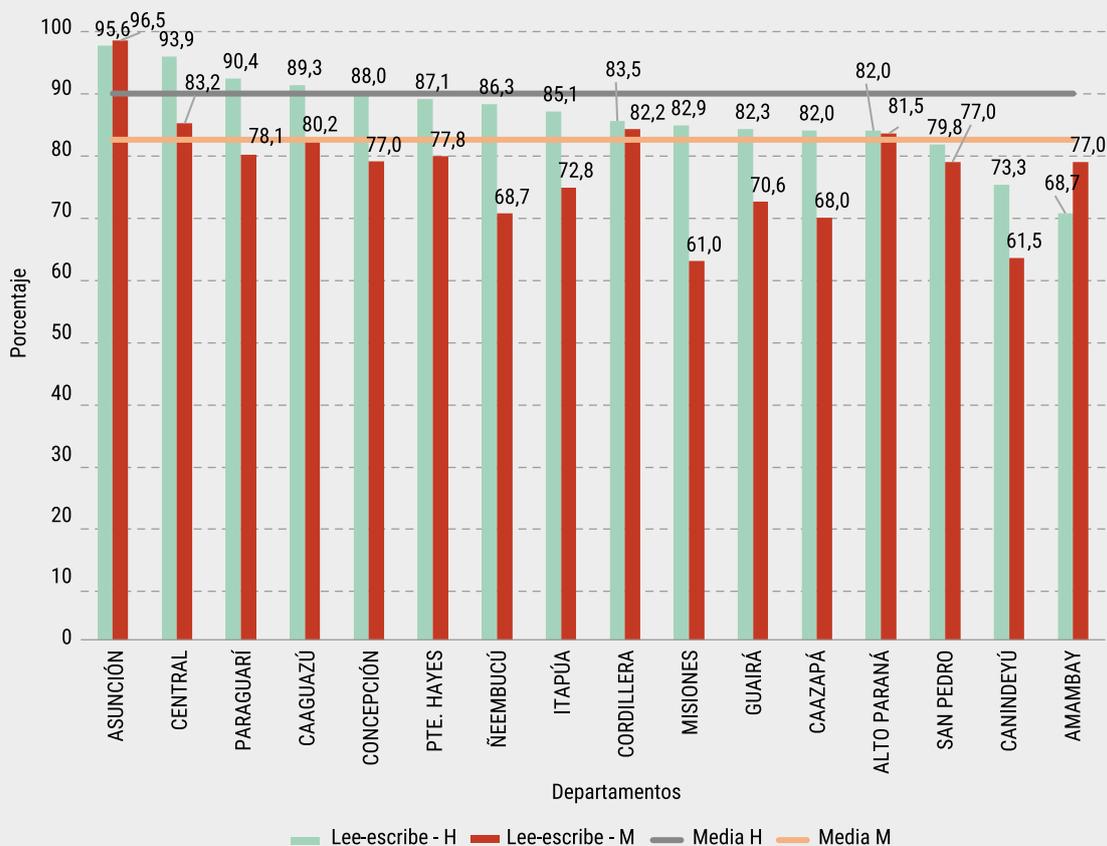
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 20.** Conocimiento de saber leer y escribir de los Adultos Mayores (%) por edad y sexo



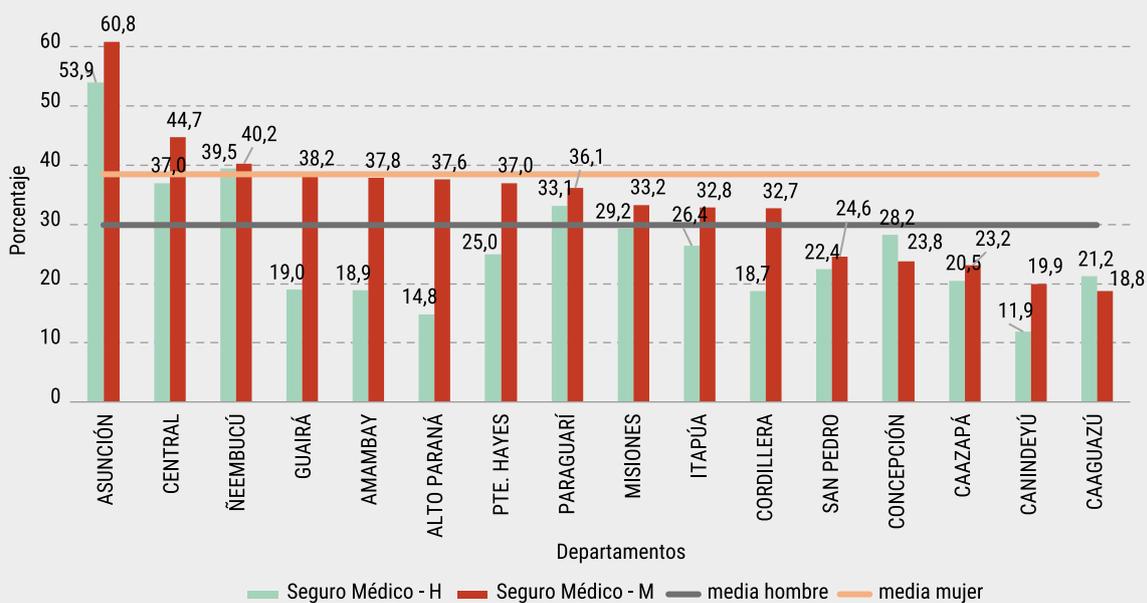
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 21.** Conocimiento de saber leer y escribir de los Adultos Mayores (%) por departamento y sexo



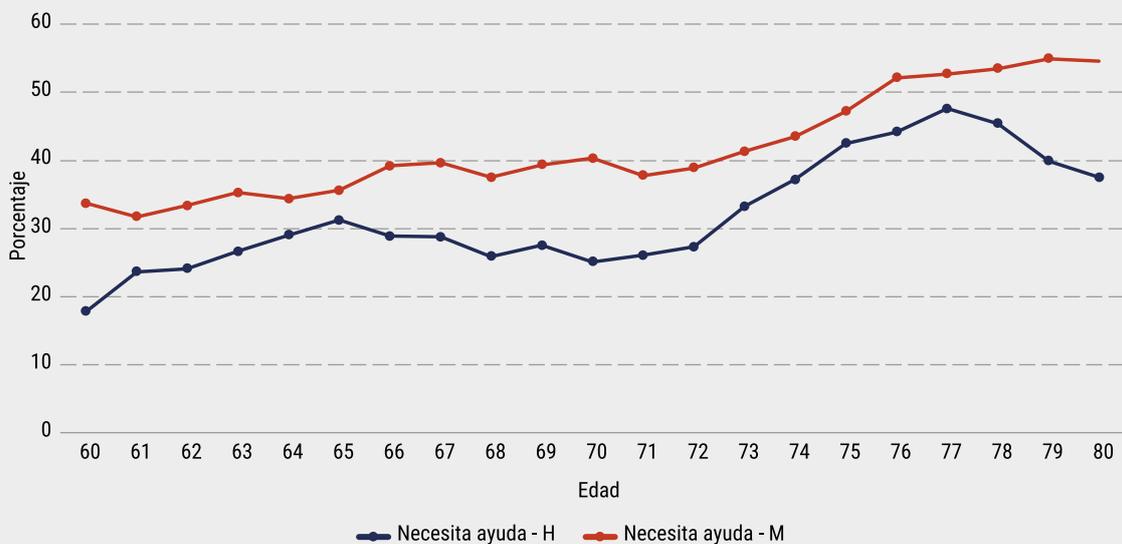
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 22.** Tiene un seguro médico vigente (%) por departamento y sexo



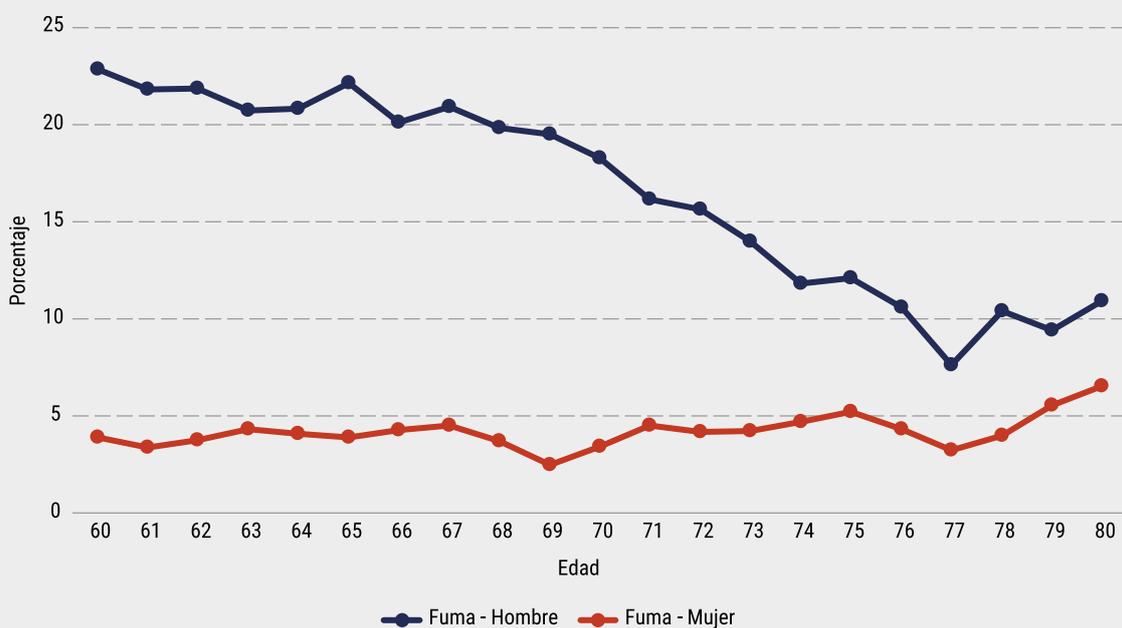
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 23. Declara que necesita alguna ayuda (%) por edad y sexo**



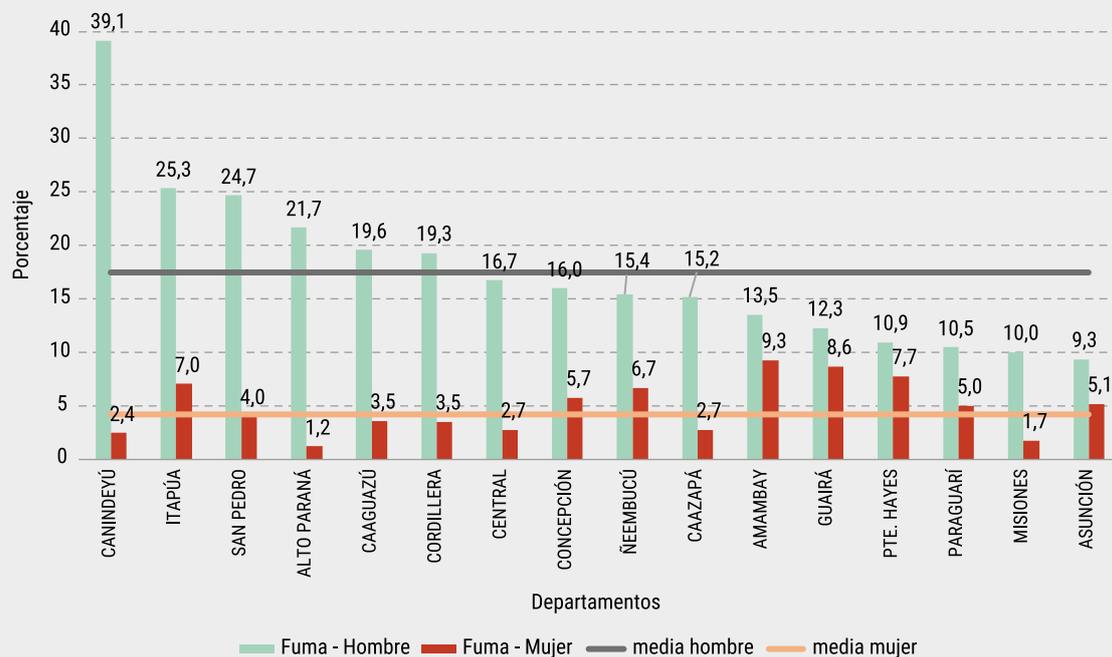
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 24. Personas que fuman (%) por edad y sexo**



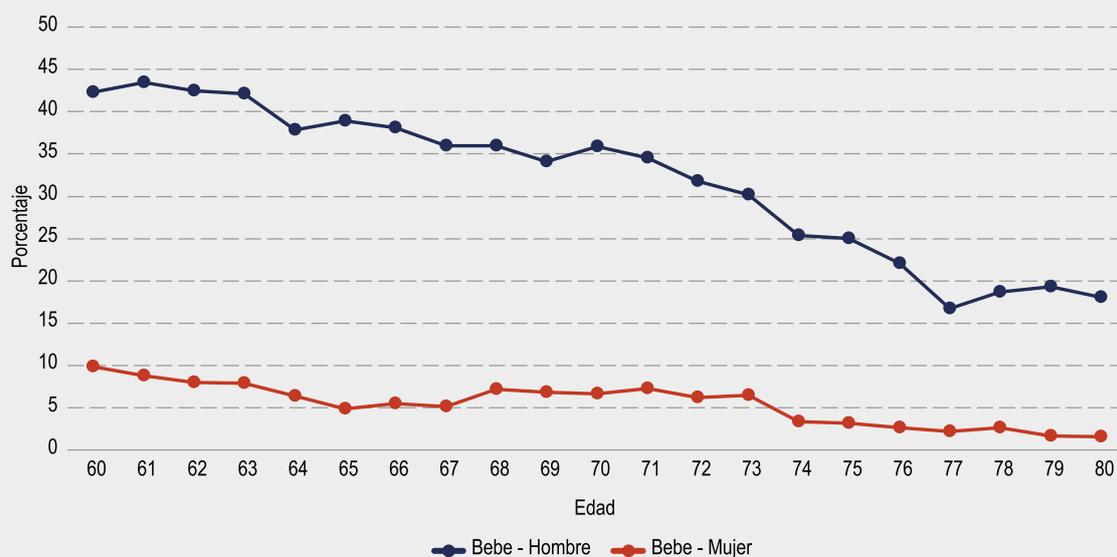
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 25.** Personas que fuman (%) por departamento y sexo



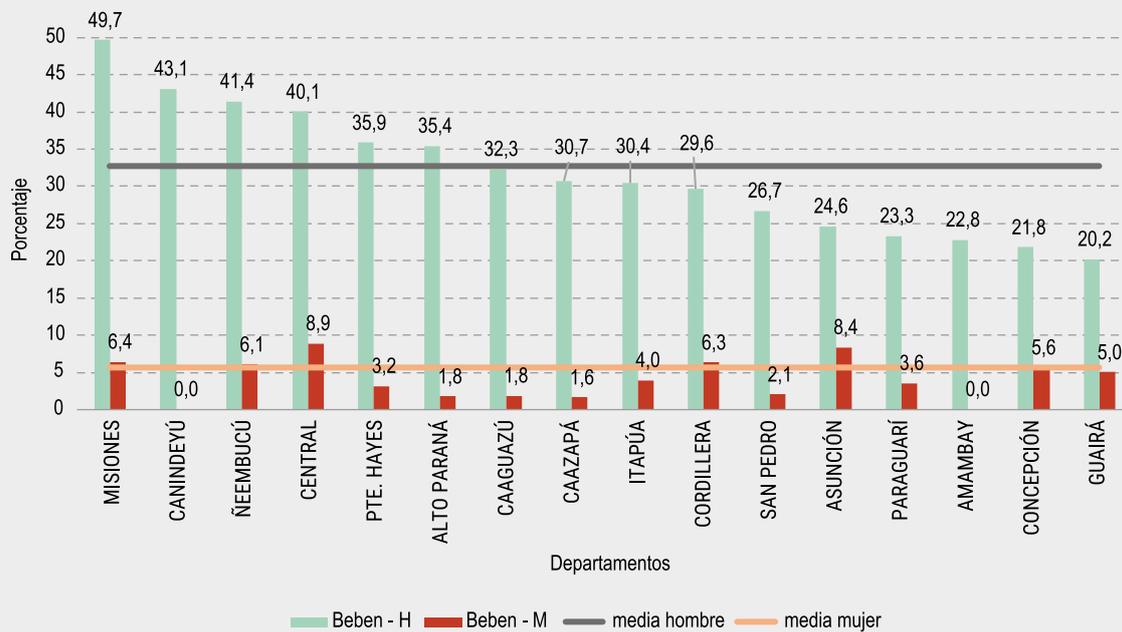
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 26.** Personas que beben (%) por edad y sexo



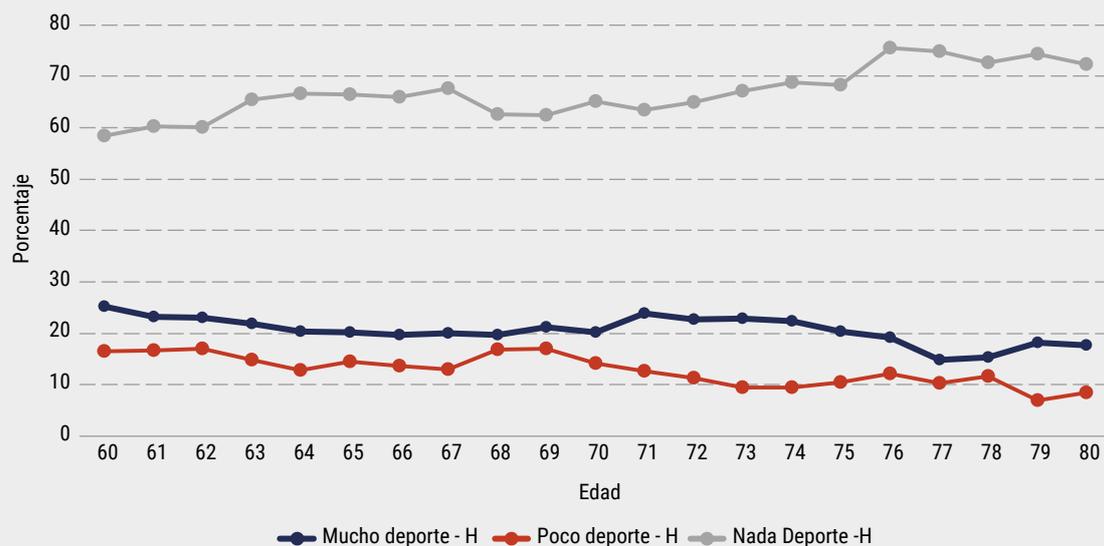
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 27. Personas que beben (%) por departamento y sexo**

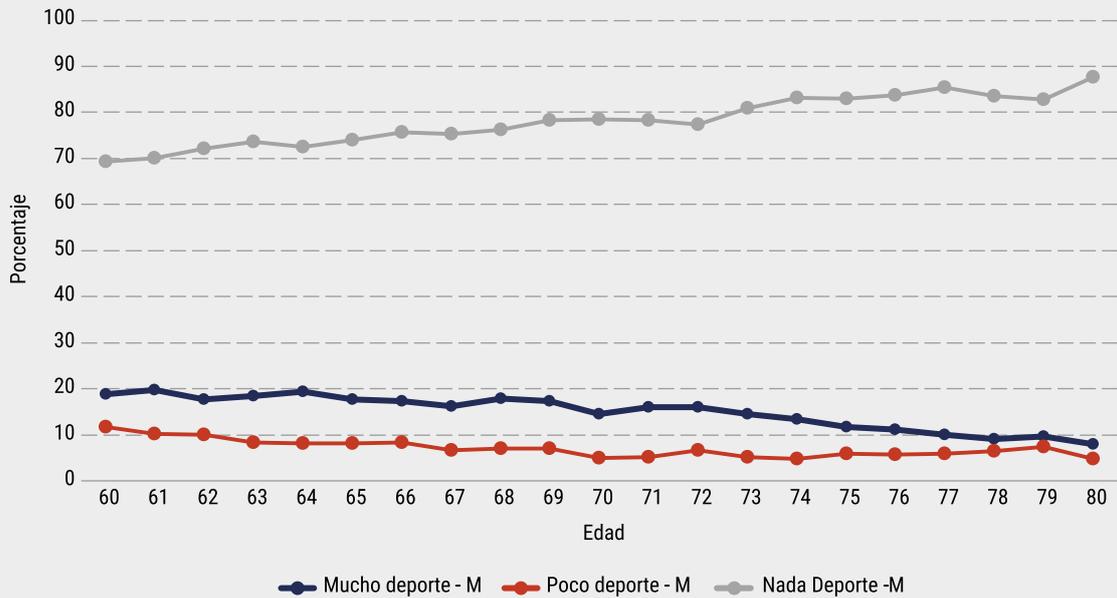


Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 28. Personas que realizan deporte (%) por edad y sexo**

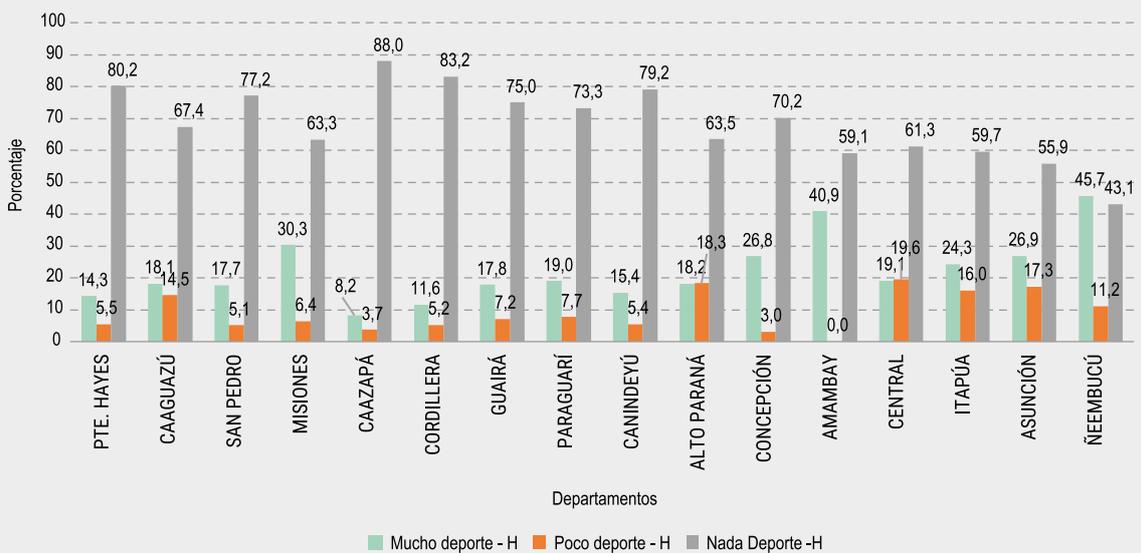


**Figura 28.** Personas que realizan deporte (%) por edad y sexo (Continuación)

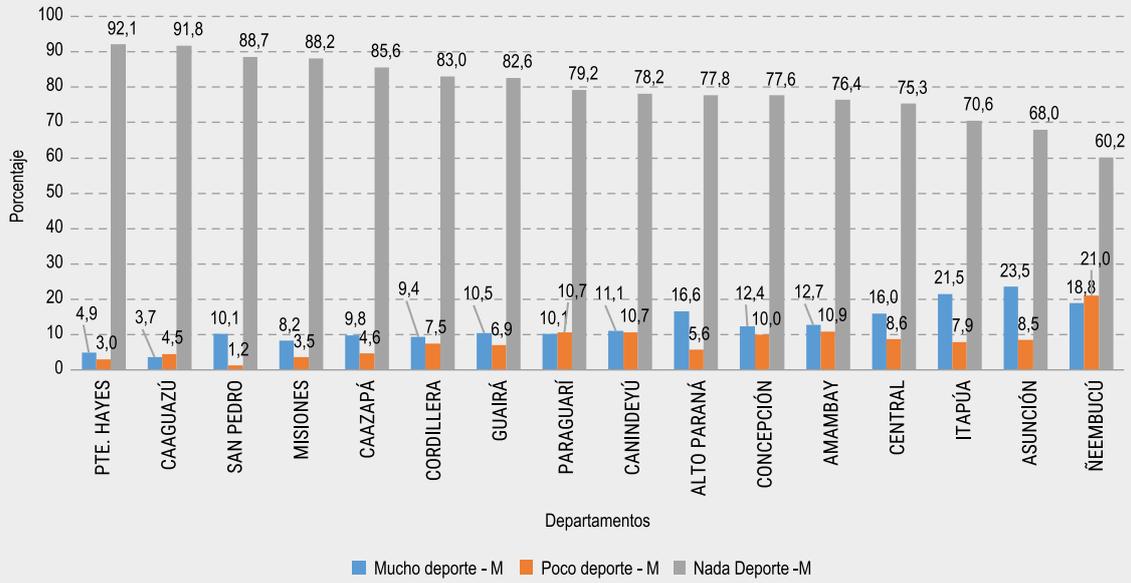


Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 29.** Personas que realizan deporte (%) por departamento y sexo



**Figura 29.** Personas que realizan deporte (%) por departamento y sexo (Continuación)



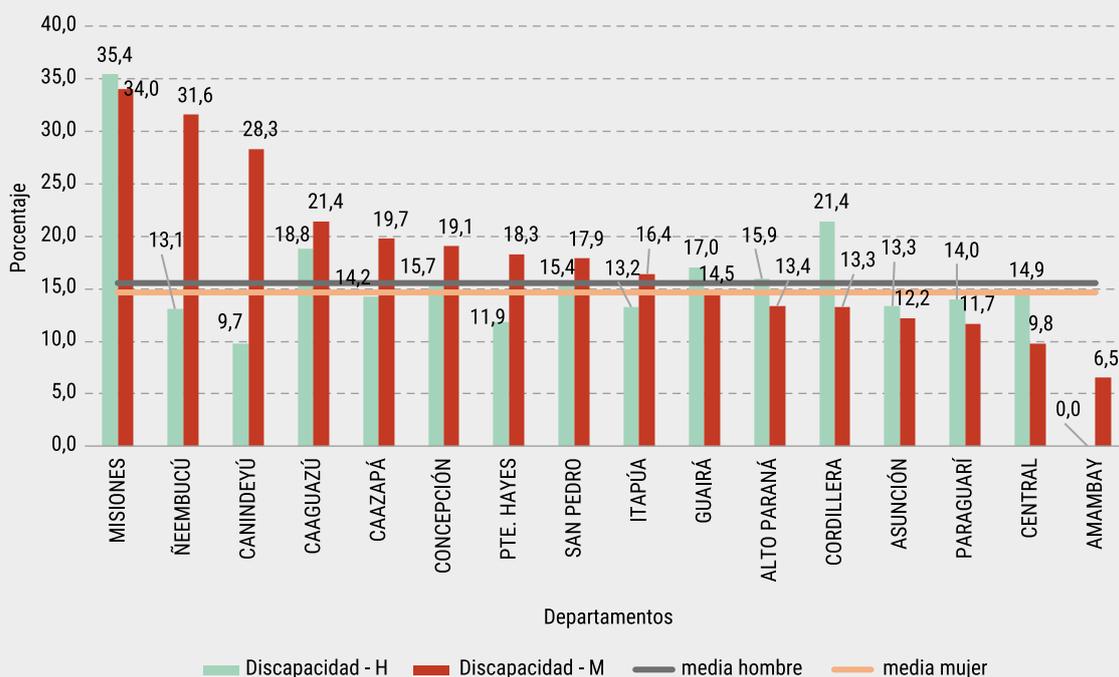
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 30.** Personas con discapacidad (%) por edad y sexo



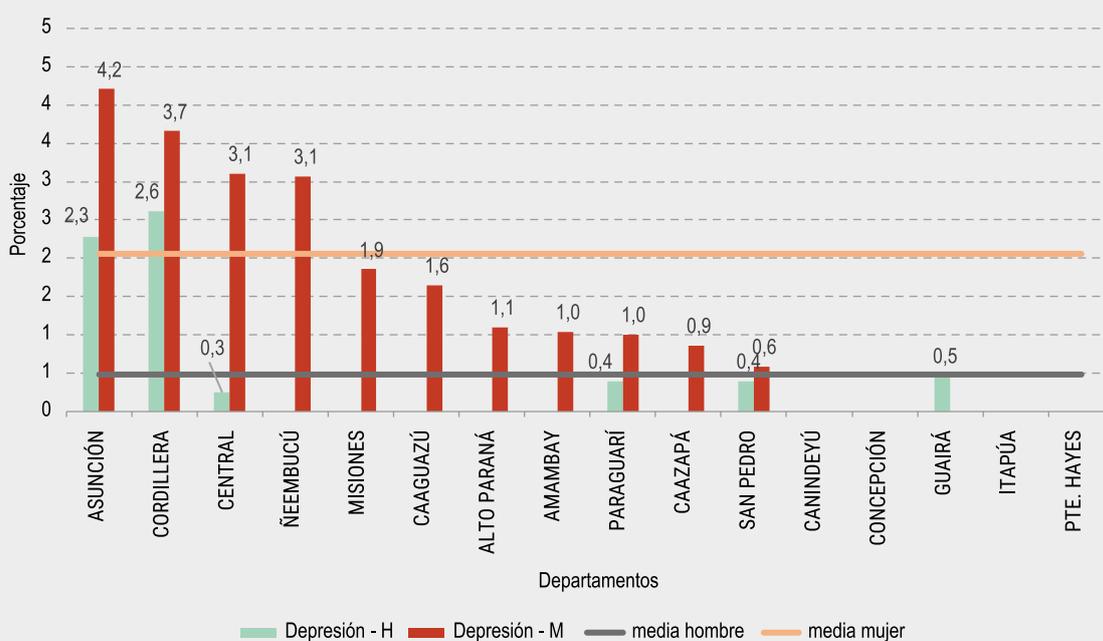
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 31. Personas con discapacidad (%) por departamento y sexo**



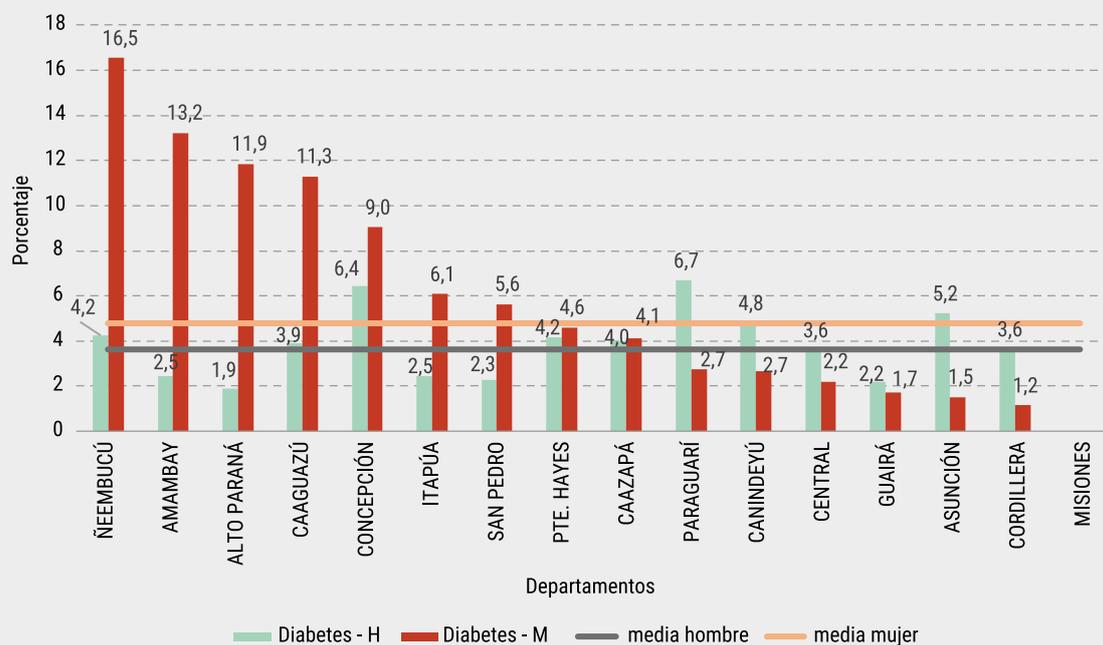
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 32. Personas diagnosticadas de depresión (%) por departamento y sexo**



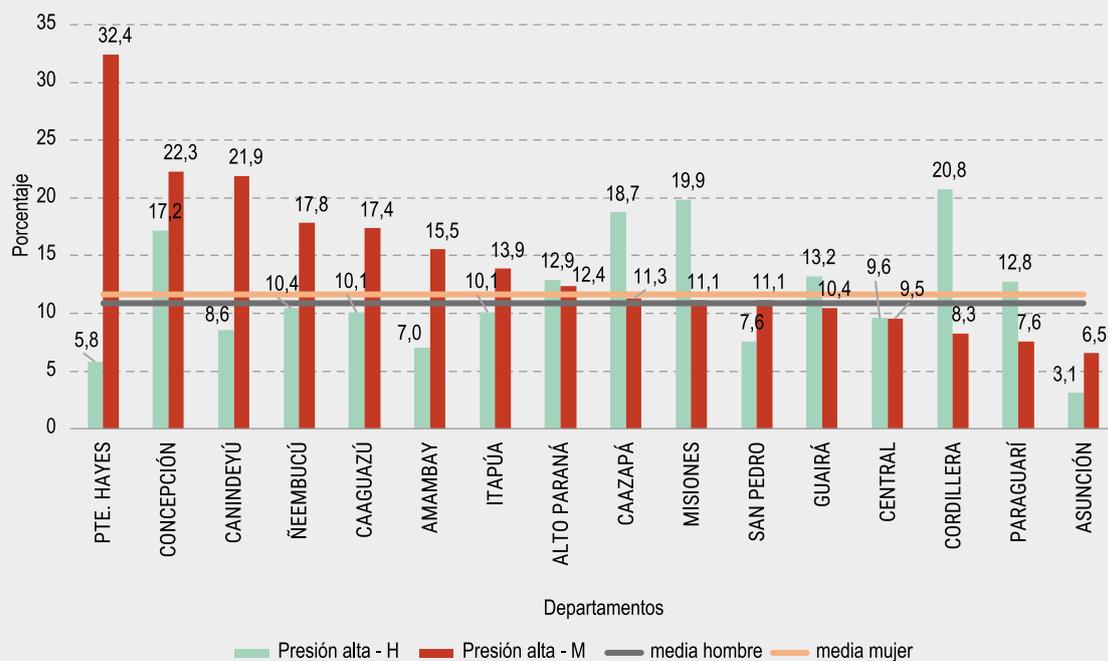
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 33.** Personas diagnosticadas de diabetes (%) por departamento y sexo



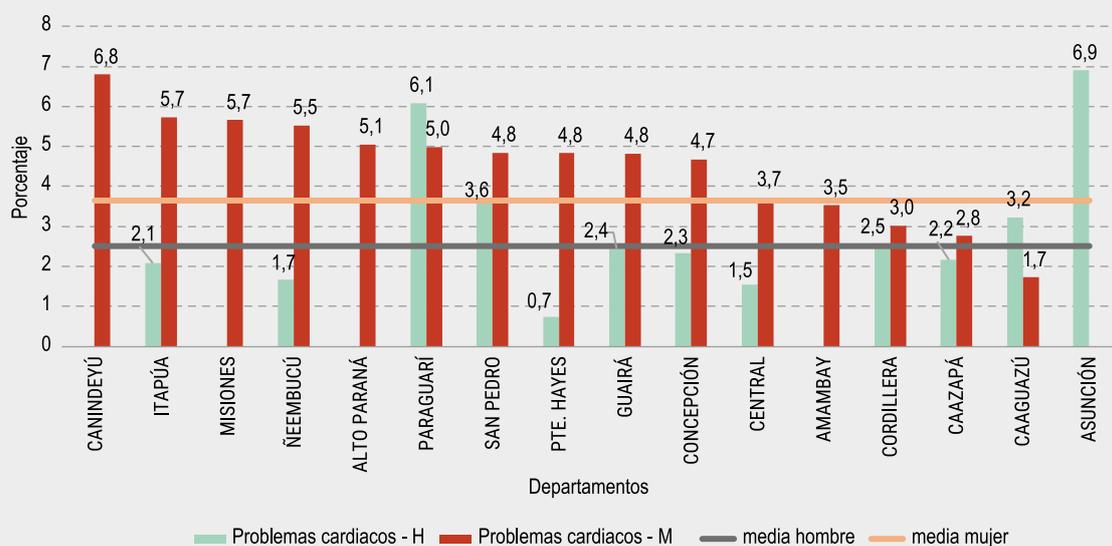
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 34.** Personas diagnosticadas de presión alta (%) por departamento y sexo



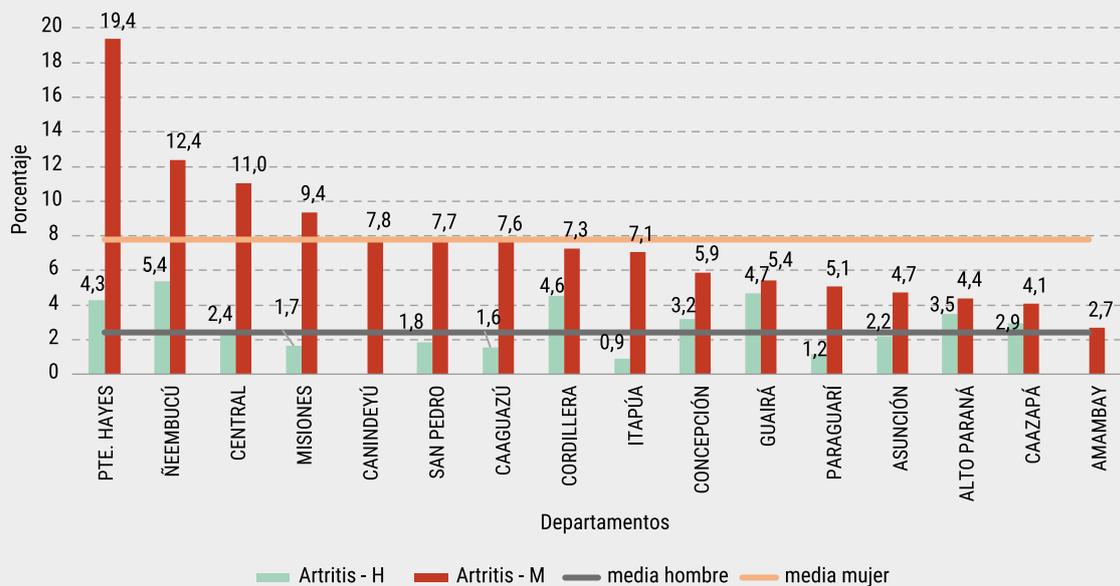
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 35. Personas con problemas cardíacos (%) por departamento y sexo**



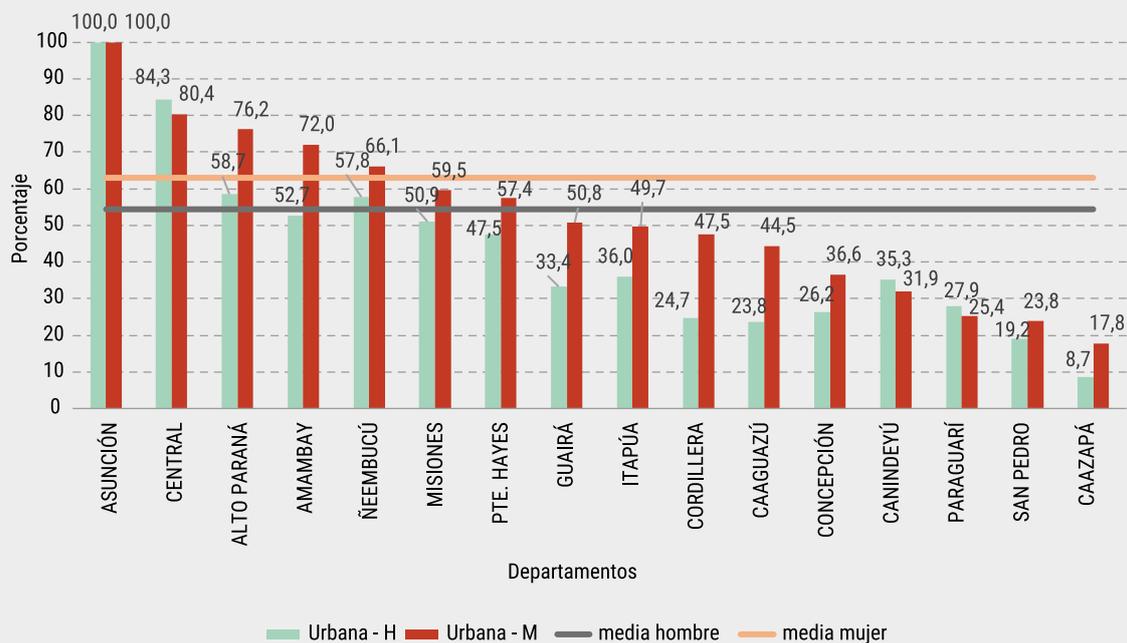
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 36. Personas con artritis (%) por departamento y sexo**



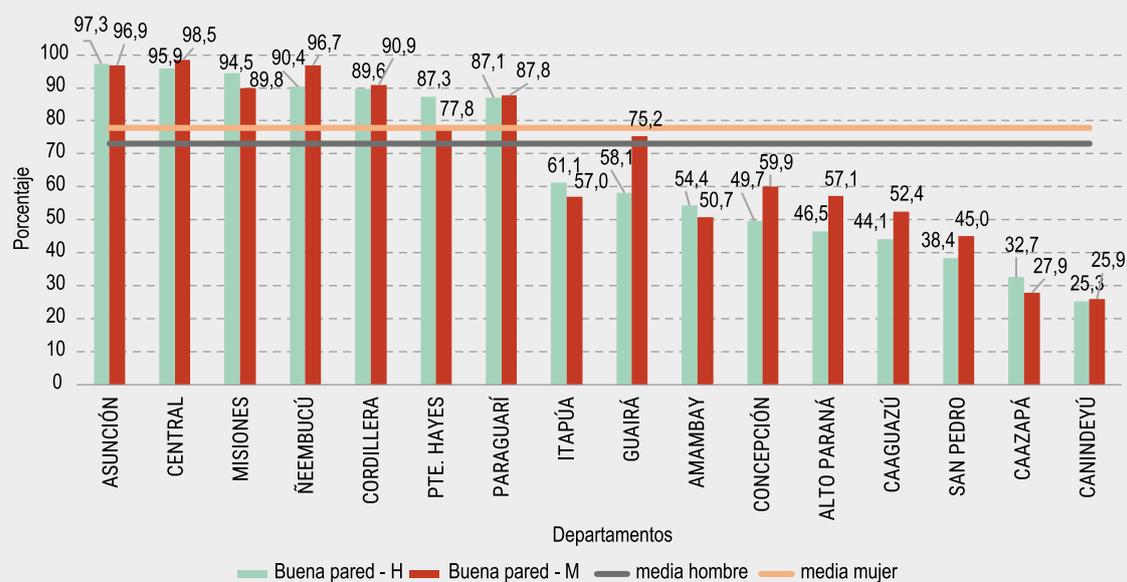
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 37.** Adultos mayores que viven en área urbana (%) por departamento y sexo



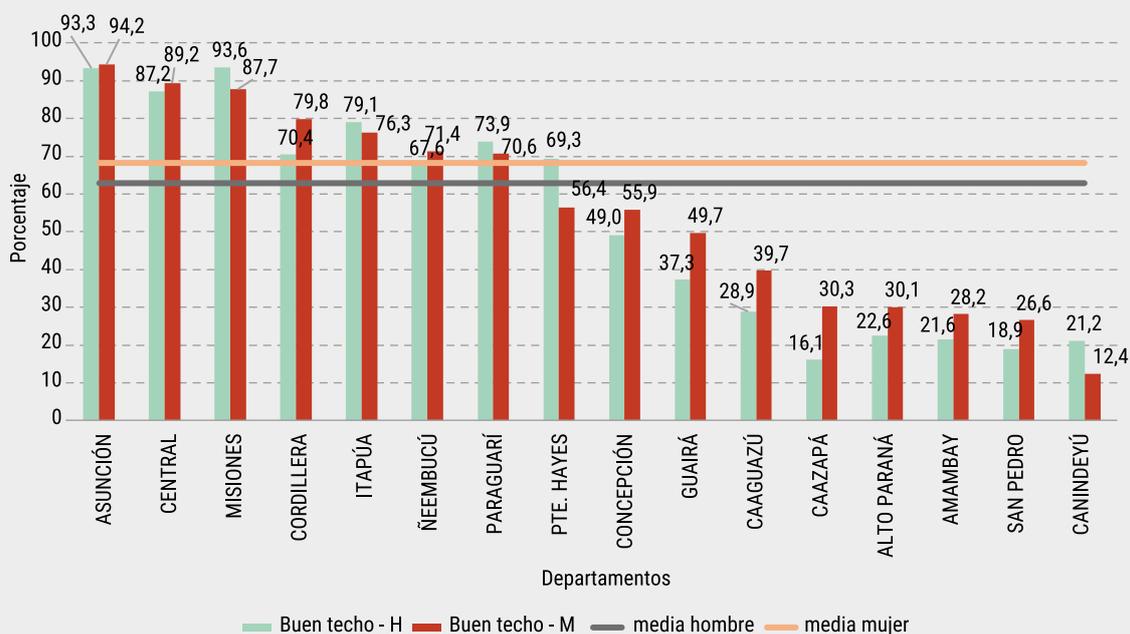
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 38.** Adultos mayores que tienen pared de calidad (%) por departamento y sexo



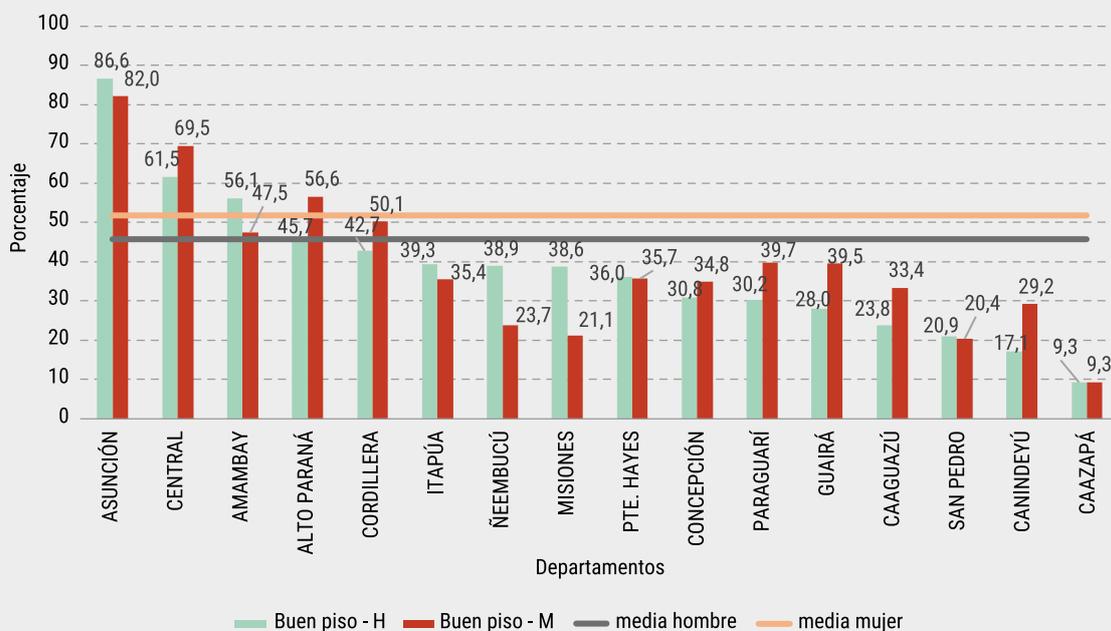
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 39. Adultos mayores que tienen techos de calidad (%) por departamento y sexo**



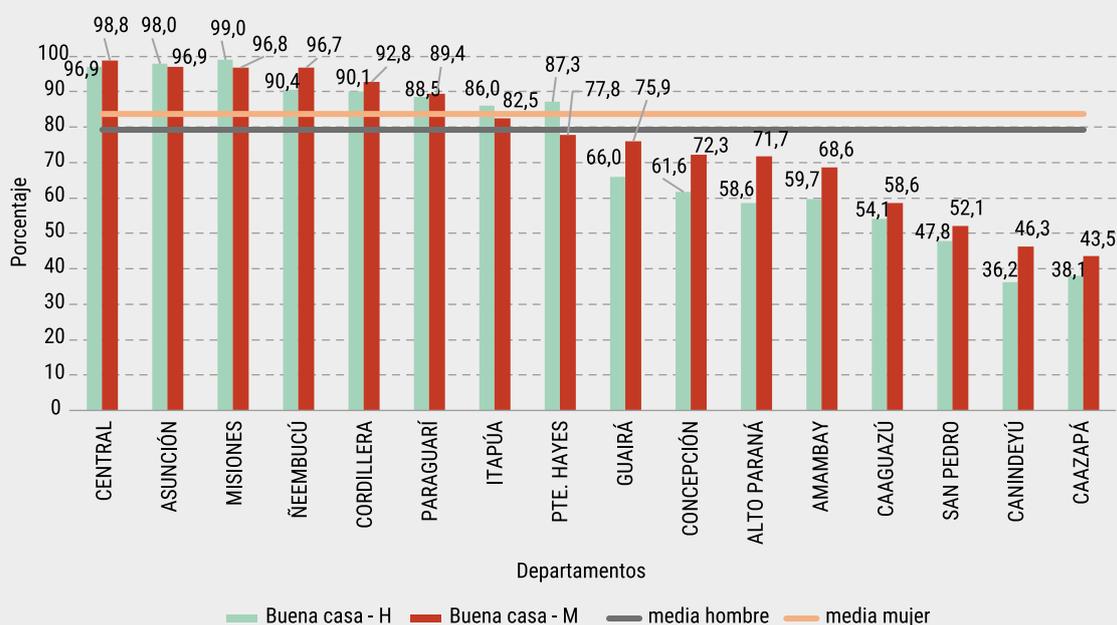
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 40. Adultos mayores que tienen pisos de calidad (%) por departamento y sexo**



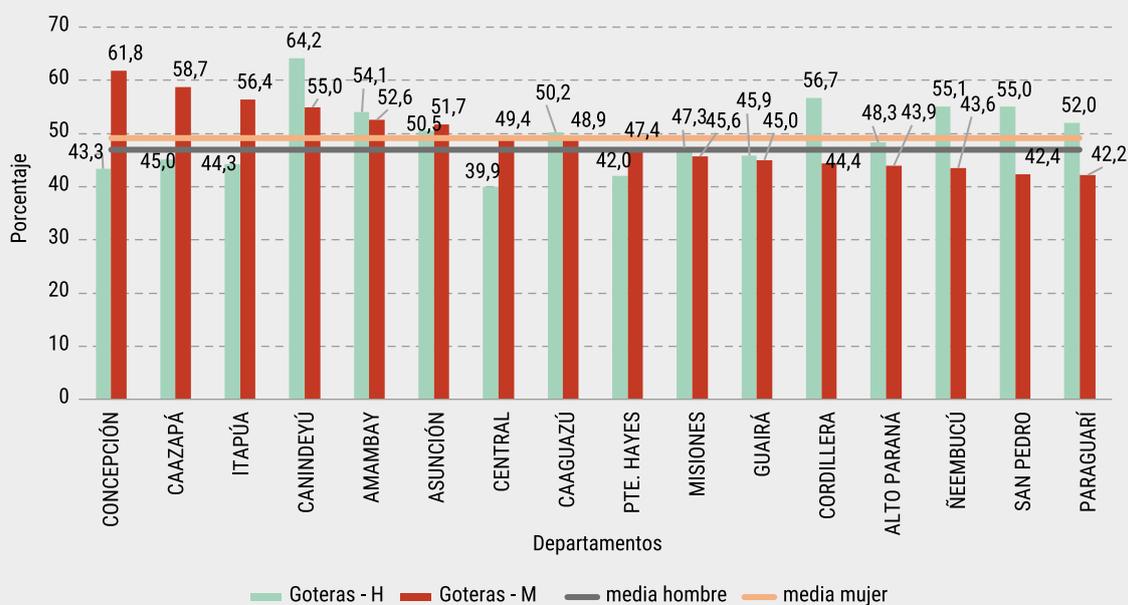
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 41.** Adultos mayores que tiene un buen piso o techo o pared de calidad (%) por departamento y sexo



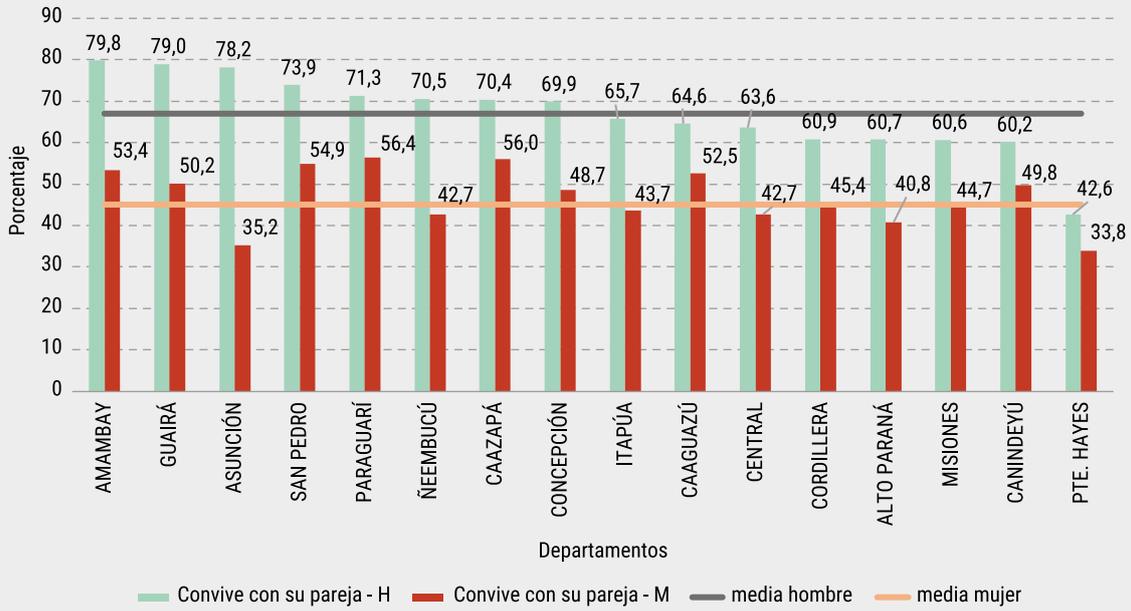
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 42.** Adultos mayores con problemas de humedades o goteras (%) por departamento y sexo



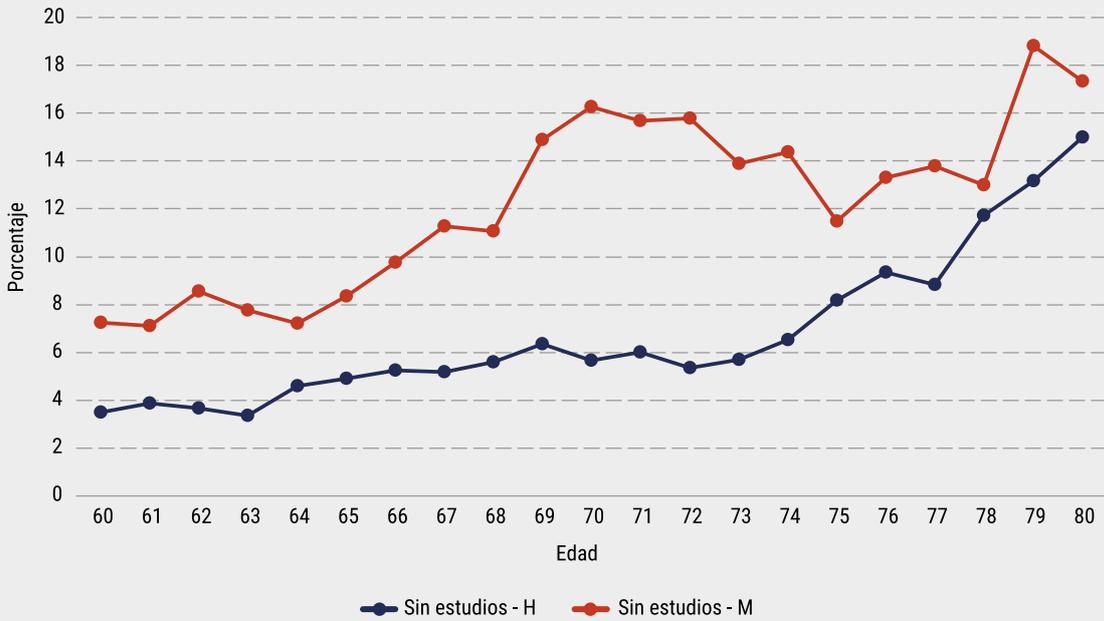
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 43.** Adultos mayores que conviven con su pareja (%) por departamento y sexo



Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 44.** Adultos mayores sin estudios (%) por edad y sexo



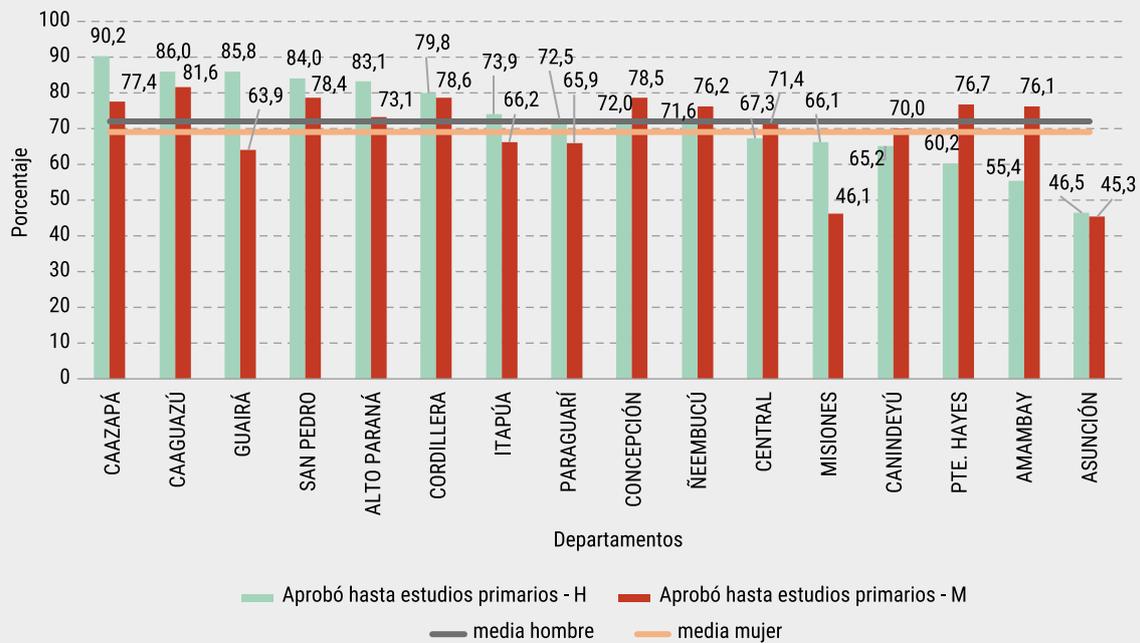
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 45. Adultos mayores sin estudios (%) por departamento y sexo**



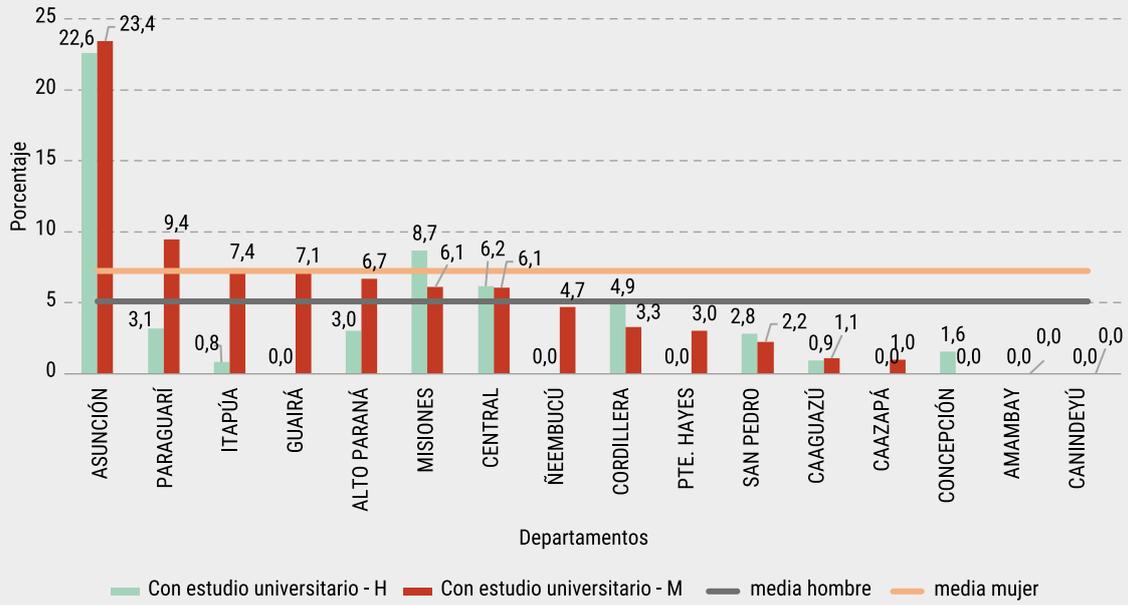
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 46. Adultos mayores que aprobaron hasta estudios primarios (%) por departamento y sexo**



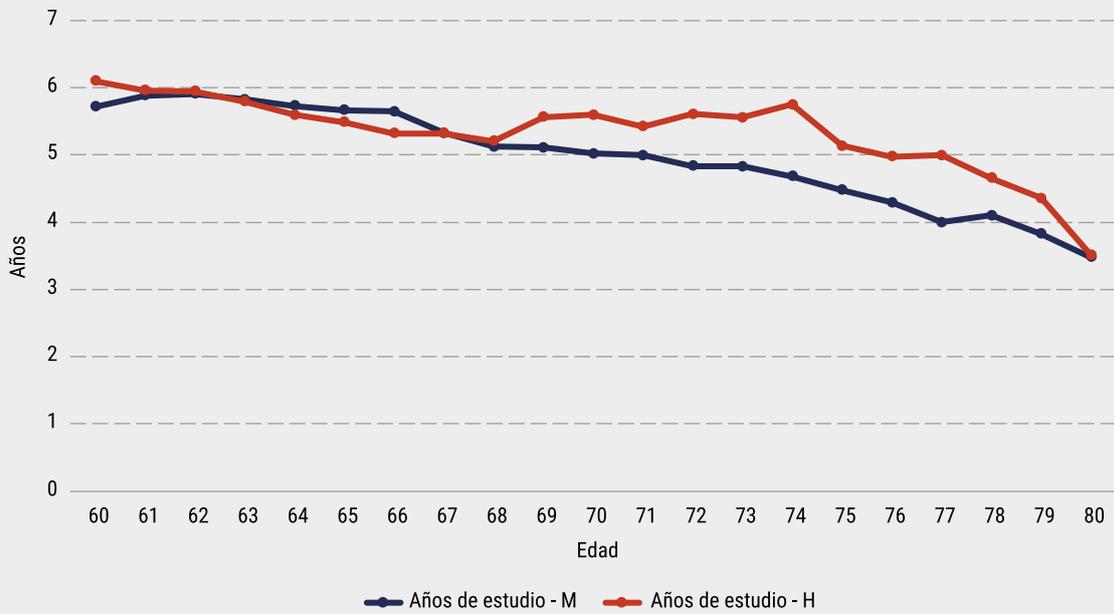
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 47.** Adultos mayores con estudios universitarios (%) por departamento y sexo



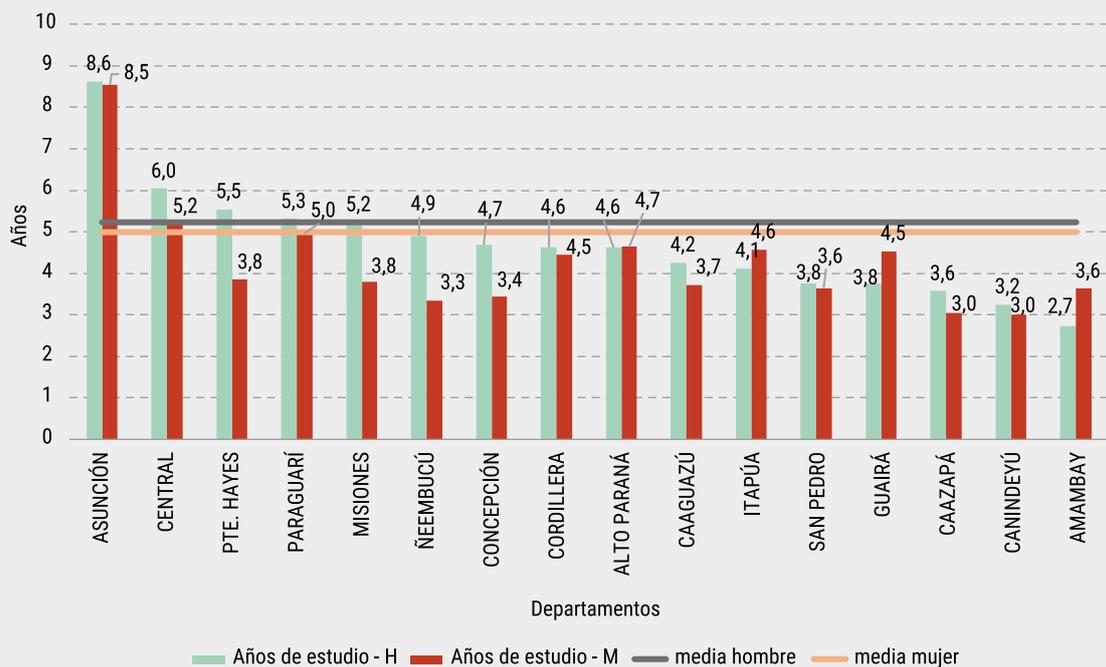
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 48.** Media de los años de estudios de los Adultos mayores por edad y sexo



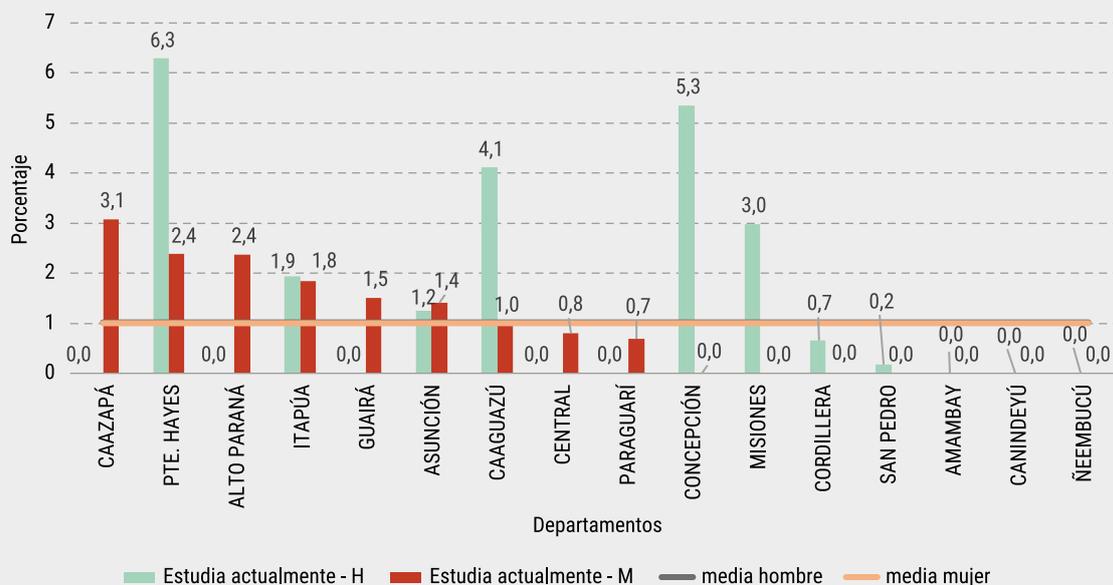
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 49.** Media de los años de estudios de los Adultos mayores por departamento y sexo



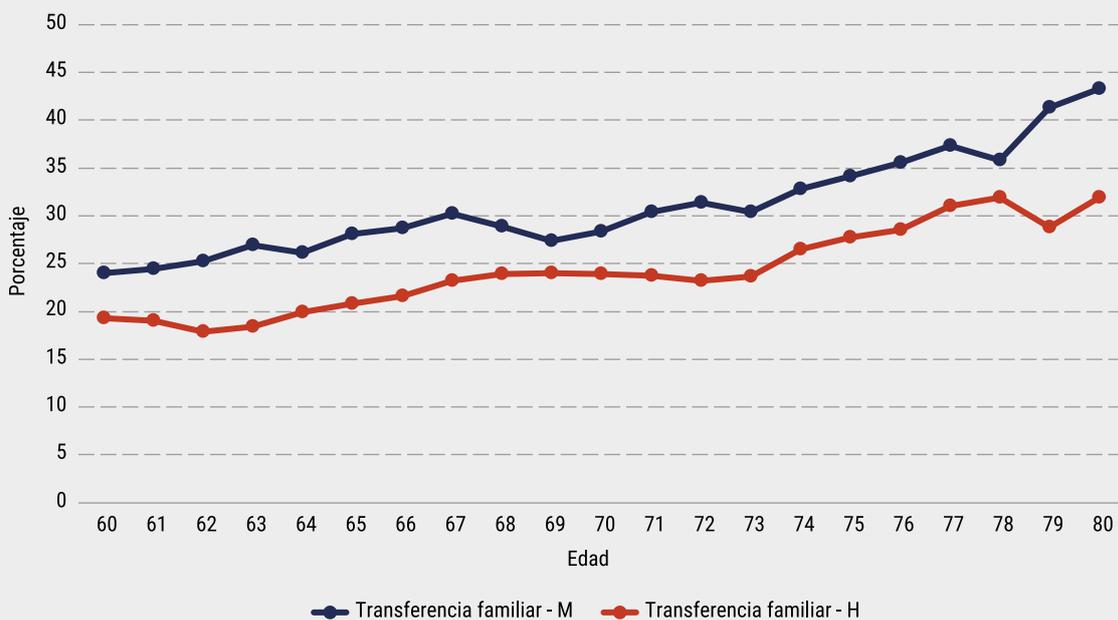
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 50.** Adultos mayores que estudian actualmente (%) por departamento y sexo



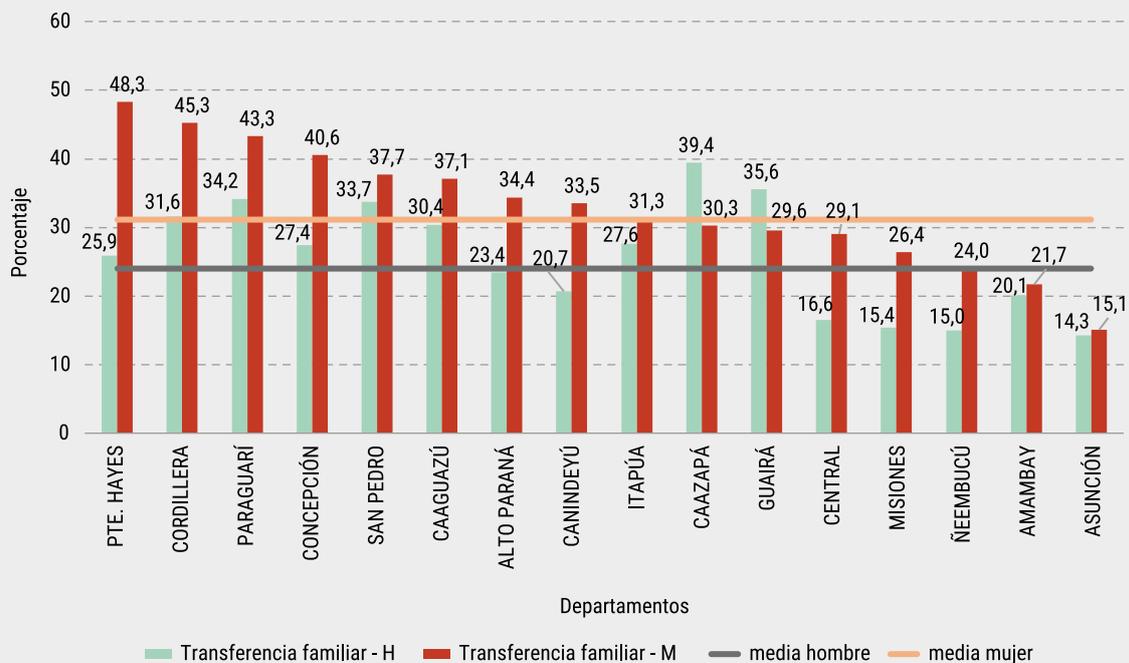
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 51.** Adultos mayores que reciben ayuda o transferencia de familiares (%) por edad y sexo



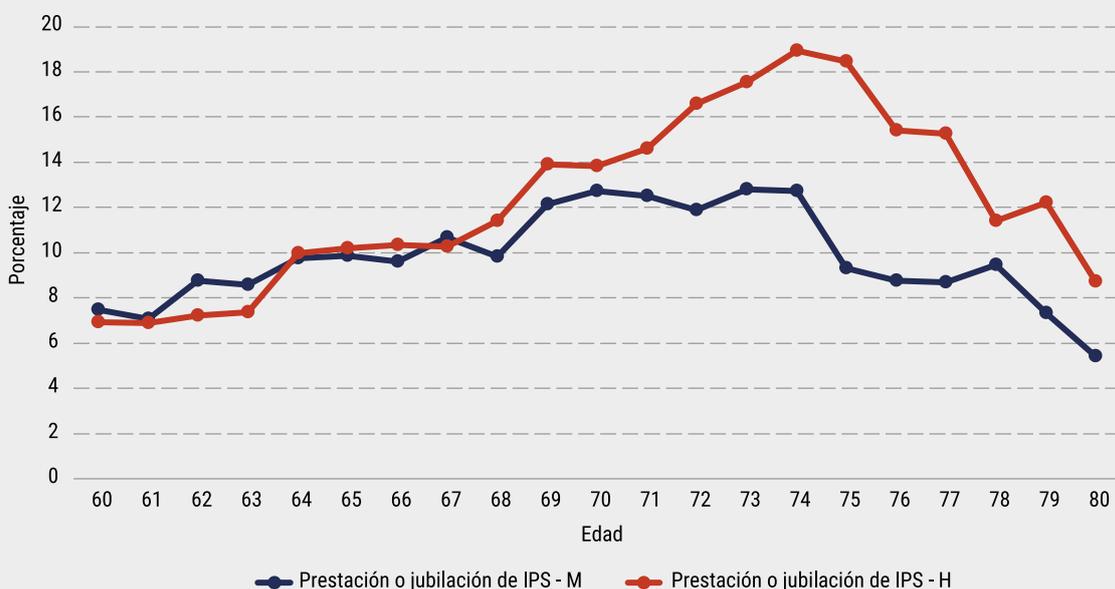
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 52.** Adultos mayores que reciben ayuda o transferencia de familiares (%) por departamento y sexo



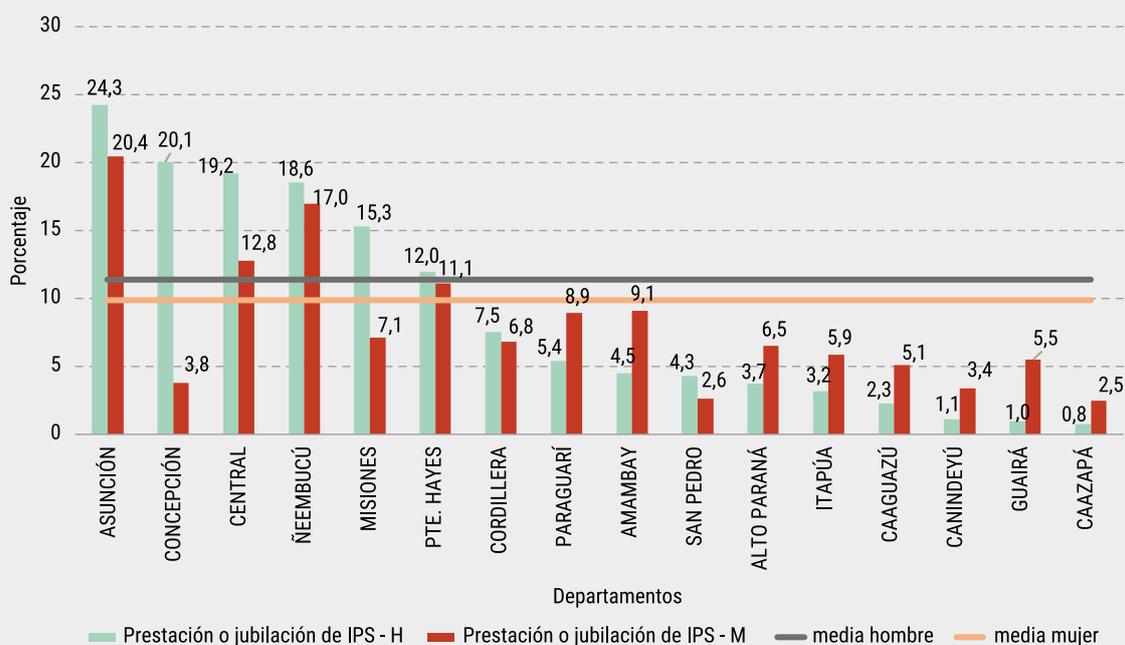
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 53.** Adultos mayores que reciben prestaciones del IPS o de la caja para jubilaciones (%) por edad y sexo



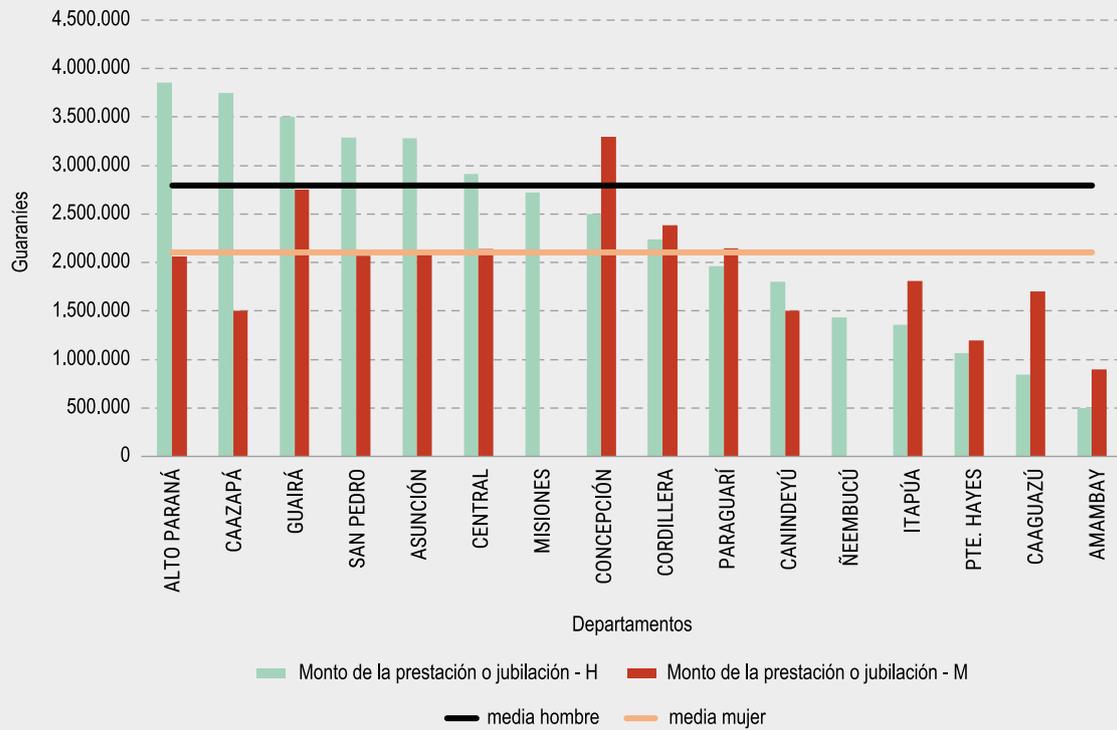
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 54.** Adultos mayores que reciben prestaciones del IPS o de la caja para jubilaciones (%) por departamento y sexo



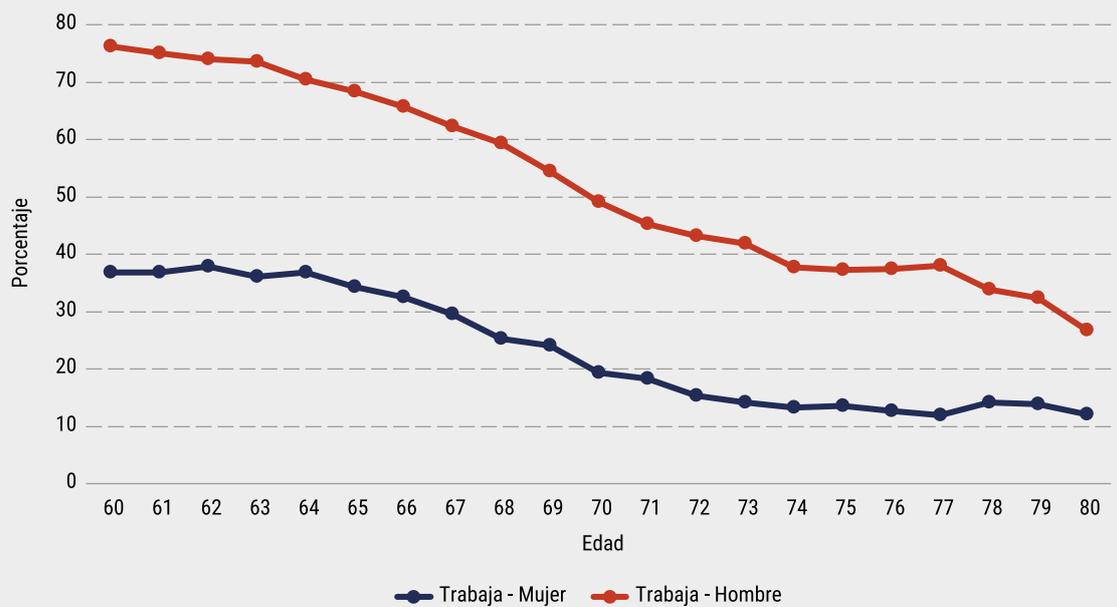
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 55.** Cuantía de la prestación o jubilación de adultos mayores (%) por departamento y sexo



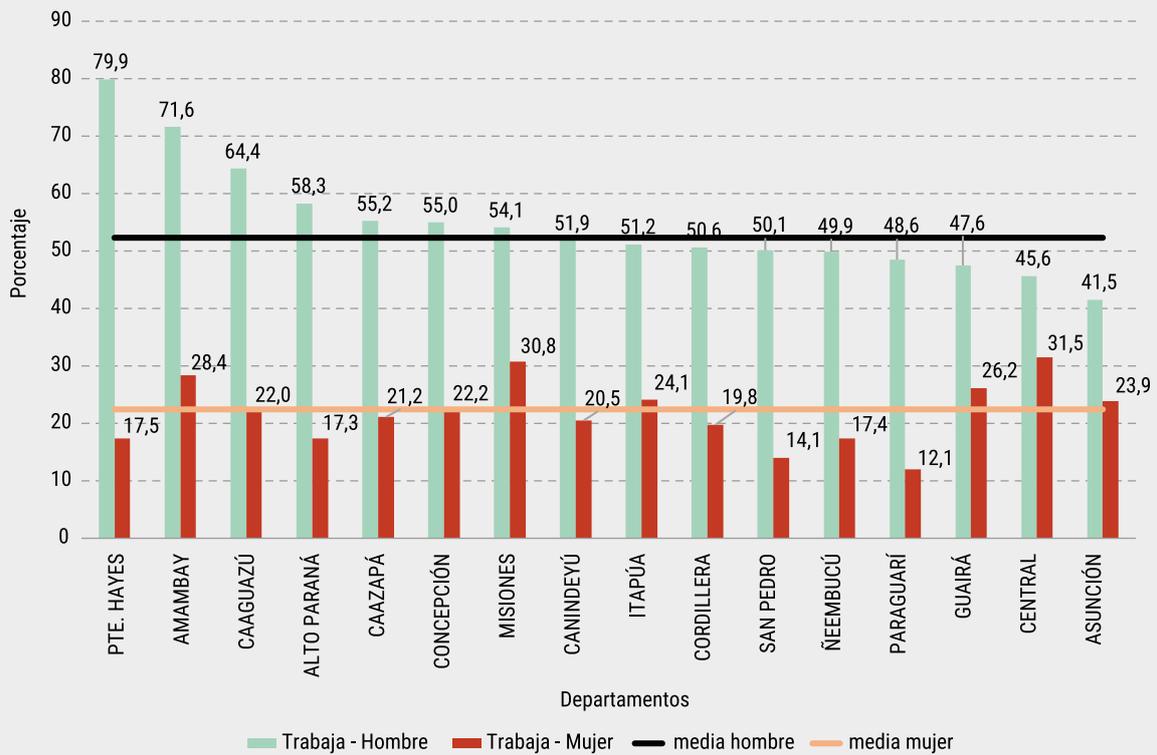
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015.

**Figura 56.** Porcentaje de población que trabaja por edad y sexo



Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015

**Figura 57.** Porcentaje de población que trabaja por departamento y sexo



**Fuente:** Elaboración propia en base a la ELPS 2015

## Anexo 3

**Cuadro 21.** Resultados del modelo “Salud” para mujeres

	Salud buena (0,1)		Salud(0- mala,1-buena,2 -muy buena)					
	Logit simple		logit multinomial				logit ordenado	
	Coef.	pvalor	opc 1 / opc 0		opc 2 / op0		Coef.	pvalor
			Coef.	pvalor	Coef.	pvalor		
<b>1- Factores culturales y sexo</b>								
Ascendencia blanca	0.581	0.020	-0.331	0.477	0.707	0.006	0.676	0.004
Ascendencia indígena	-0.299	0.362	0.084	0.879	-0.428	0.221	-0.370	0.232
Ascendencia mestiza	0.632	0.006	0.208	0.616	0.696	0.004	0.622	0.004
Lengua guaraní	0.338	0.123	-0.528	0.167	0.471	0.038	0.492	0.017
Lengua Guara y Caste	0.293	0.140	-0.013	0.970	0.353	0.087	0.335	0.070
<b>2- Factores relacionados al sistema sanitario y servicios sociales</b>								
Tiene seguro	0.165	0.616	0.080	0.888	0.185	0.582	0.113	0.706
Utiliza seguro	-0.360	0.278	-0.264	0.642	-0.380	0.263	-0.276	0.358
Consulta general	-0.020	0.875	0.014	0.951	-0.019	0.884	-0.035	0.765
Consulta de especialidad	0.104	0.501	0.634	0.012	0.009	0.955	-0.050	0.720
Consulta urgencia	-0.103	0.544	-0.248	0.453	-0.077	0.659	-0.063	0.693
Asistencia dental	0.469	0.052	0.170	0.687	0.524	0.033	0.476	0.031
Exámenes laboratorio	0.015	0.916	0.339	0.175	-0.039	0.781	-0.041	0.748
Rayos X o ecografías	-0.182	0.241	-0.488	0.086	-0.131	0.409	-0.113	0.432
Cirugía	0.450	0.179	0.444	0.499	0.464	0.173	0.418	0.179
Hospitalización	-0.090	0.705	-0.771	0.147	-0.014	0.954	0.017	0.940
Control enferm crónicas	-0.608	0.005	-0.087	0.823	-0.695	0.002	-0.646	0.002
Control preventivo	0.050	0.812	0.072	0.858	0.056	0.796	0.052	0.791
Vacunación	0.295	0.089	0.149	0.630	0.318	0.074	0.279	0.081
Ayuda subir escaleras	-0.117	0.414	-0.138	0.607	-0.112	0.444	-0.091	0.492
Ayuda para bañarse	0.431	0.450	-0.209	0.837	0.545	0.360	0.602	0.271
Ayuda para vestir	-0.364	0.523	0.717	0.454	-0.567	0.346	-0.595	0.270
Ayuda para comer	0.423	0.485	-1.464	0.244	0.748	0.235	0.723	0.197
Ayuda salir de la cama	-0.320	0.412	0.224	0.731	-0.454	0.271	-0.457	0.213
<b>3- Factores conductuales</b>								
Indice masa corporal	-0.097	0.451	0.088	0.709	-0.121	0.359	-0.116	0.331
Fuma1	0.008	0.975	0.558	0.186	-0.095	0.732	-0.137	0.569
Bebe1	0.483	0.105	-0.414	0.525	0.584	0.053	0.607	0.030
Mucho deporte	0.199	0.241	0.134	0.661	0.214	0.219	0.183	0.244
Poco deporte	0.557	0.017	0.901	0.012	0.508	0.034	0.351	0.084

	Salud buena (0,1)		Salud(0- mala,1-buena,2 -muy buena)					
	Logit simple		logit multinomial				logit ordenado	
	Coef.	pvalor	opc 1 / opc 0		opc 2 / op0		Coef.	pvalor
			Coef.	pvalor	Coef.	pvalor		
<b>4- Factores biológicos y genéticos</b>								
Edad	-0.104	0.408	0.123	0.614	-0.130	0.314	-0.135	0.253
Edad2	0.001	0.407	-0.001	0.641	0.001	0.318	0.001	0.261
Discapacidad	0.030	0.850	0.267	0.352	-0.004	0.982	-0.033	0.824
Asma	0.294	0.682	-13.267	0.990	0.422	0.557	0.475	0.504
Depresión	0.127	0.764	0.116	0.872	0.104	0.813	0.143	0.715
Diabetes	0.103	0.708	-0.198	0.734	0.146	0.603	0.155	0.552
Presión alta	-0.111	0.539	-0.196	0.566	-0.098	0.598	-0.103	0.541
Cardíacos	0.018	0.951	-0.279	0.644	0.038	0.896	0.056	0.837
Cáncer	1.203	0.212	1.263	0.351	1.101	0.262	0.883	0.282
Artritis	-0.071	0.747	0.289	0.447	-0.134	0.558	-0.152	0.453
Renal	-1.007	0.055	-0.104	0.905	-1.188	0.034	-1.063	0.031
<b>5- Factores del entorno físico</b>								
Urbana	-0.151	0.250	0.118	0.628	-0.189	0.159	-0.190	0.119
Vive casa	-0.103	0.616	-0.164	0.672	-0.101	0.630	-0.090	0.637
Total piezas	-0.014	0.745	-0.024	0.759	-0.013	0.770	-0.010	0.791
Buena pared	0.046	0.763	0.258	0.388	0.013	0.932	0.017	0.909
Buen techo	-0.200	0.160	-0.312	0.242	-0.184	0.205	-0.156	0.237
Buen piso	0.429	0.003	0.382	0.149	0.448	0.003	0.387	0.004
Agua techo	0.137	0.231	0.054	0.800	0.148	0.206	0.132	0.213
Convive	0.162	0.631	-0.356	0.529	0.248	0.478	0.270	0.380
Pareja	-0.071	0.832	0.371	0.503	-0.143	0.680	-0.160	0.599
<b>6- Factores del entorno social</b>								
No tiene estudio	0.128	0.598	0.547	0.210	0.083	0.740	0.031	0.890
Estudios primarios	0.049	0.793	0.066	0.844	0.053	0.780	0.038	0.827
Estudia ahora	0.077	0.892	-0.481	0.675	0.143	0.804	0.129	0.807
<b>7- Factores del entorno económico</b>								
Recibe prestación	0.190	0.410	0.429	0.272	0.145	0.541	0.074	0.723
Recibe alguna transfe	0.067	0.576	0.198	0.372	0.042	0.730	0.025	0.819
trabaja	-0.177	0.206	-0.114	0.660	-0.180	0.211	-0.174	0.184
_cons	3.902	0.393	-6.725	0.447	4.686	0.315		

Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015

**Cuadro 22.** Resultados del modelo “Salud” para hombres

	Salud buena (0,1)		salud(0- mala,1-buena,2 -muy buena)					
	Logit simple		logit multinomial			logit ordenado		
	Coef.	pvalor	opc 1 / opc 0		opc 2 / op0	pvalor	Coef.	pvalor
			Coef.	pvalor	Coef.			
<b>1- Factores culturales y sexo</b>								
Ascendencia blanca	-0.003	0.990	-0.066	0.895	0.003	0.991	0.016	0.951
Ascendencia indígena	-0.893	0.006	-0.717	0.219	-0.942	0.005	-0.829	0.006
Ascendencia mestiza	-0.006	0.983	-0.171	0.712	0.014	0.958	0.025	0.916
Lengua guaraní	0.034	0.899	-0.401	0.410	0.093	0.732	0.118	0.633
Lengua Guara y Caste	0.323	0.211	0.013	0.979	0.360	0.173	0.331	0.167
<b>2- Factores relacionados al sistema sanitario y servicios sociales</b>								
Tiene seguro	0.222	0.534	0.022	0.975	0.251	0.487	0.255	0.440
Utiliza seguro	-0.230	0.532	-0.099	0.891	-0.241	0.519	-0.234	0.493
Consulta general	-0.020	0.886	0.474	0.067	-0.078	0.587	-0.126	0.331
Consulta especialidad	-0.131	0.551	0.257	0.487	-0.200	0.376	-0.233	0.241
Consulta urgencia	0.176	0.465	0.526	0.174	0.123	0.618	0.054	0.801
Asistencia dental	-0.045	0.883	-0.009	0.987	-0.052	0.868	-0.021	0.942
Exámenes laboratorio	0.058	0.735	-0.227	0.473	0.092	0.601	0.145	0.362
Rayos X o ecografías	0.267	0.198	0.146	0.693	0.282	0.182	0.207	0.272
Cirugía	0.201	0.584	0.659	0.256	0.182	0.628	0.107	0.744
Hospitalización	-0.205	0.490	0.124	0.799	-0.271	0.375	-0.274	0.318
Control enf crónicas	-0.332	0.246	-0.555	0.356	-0.292	0.317	-0.258	0.344
Control preventivo	0.145	0.593	-1.192	0.132	0.226	0.410	0.318	0.224
Vacunación	0.241	0.277	0.416	0.258	0.208	0.361	0.137	0.491
Ayuda subir escaleras	-0.273	0.153	-0.096	0.785	-0.298	0.128	-0.286	0.109
Ayuda para bañarse	-0.961	0.184	-0.810	0.579	-0.948	0.203	-0.932	0.189
Ayuda para vestir	1.961	0.043	1.161	0.474	2.021	0.037	1.842	0.031
Ayuda para comer	0.461	0.734	-13.632	0.989	0.611	0.658	1.177	0.365
Ayuda salir de la cama	0.882	0.373	1.734	0.237	0.797	0.437	0.404	0.635
<b>3- Factores conductuales</b>								
Indice masa corporal	0.192	0.264	0.577	0.071	0.142	0.419	0.089	0.570
Fuma1	0.342	0.051	0.183	0.570	0.361	0.042	0.319	0.045
Bebe1	0.035	0.807	-0.004	0.989	0.039	0.786	0.040	0.759
Mucho deporte	-0.146	0.357	-0.471	0.129	-0.103	0.524	-0.062	0.674
Poco deporte	-0.039	0.844	-0.740	0.096	0.042	0.836	0.109	0.564

	Salud buena (0,1)		salud(0- mala,1-buena,2 -muy buena)					
	Logit simple		logit multinomial			logit ordenado		
	Coef.	pvalor	opc 1 / opc 0		opc 2 / op0	pvalor	Coef.	pvalor
			Coef.	pvalor	Coef.			
<b>4- Factores biológicos y genéticos</b>								
Edad	0.050	0.710	0.031	0.900	0.054	0.695	0.042	0.738
Edad2	0.000	0.724	0.000	0.870	0.000	0.715	0.000	0.766
Discapacidad	-0.049	0.775	0.242	0.428	-0.083	0.634	-0.095	0.547
Asma	-0.280	0.697	1.016	0.304	-0.546	0.474	-0.535	0.388
Depresión	0.364	0.673	0.734	0.512	0.272	0.763	0.138	0.840
Diabetes	0.037	0.914	0.733	0.171	-0.065	0.852	-0.117	0.697
Presión alta	0.133	0.517	0.281	0.436	0.111	0.598	0.052	0.781
Cardíacos	-0.239	0.547	-0.721	0.398	-0.169	0.676	-0.082	0.826
Cáncer	-0.469	0.613	-14.077	0.992	-0.289	0.756	-0.126	0.892
Artritis	-0.137	0.725	-0.048	0.949	-0.153	0.700	-0.187	0.606
Renal	0.601	0.360	0.094	0.939	0.677	0.307	0.658	0.261
<b>5- Factores del entorno físico</b>								
Urbana	0.051	0.728	0.319	0.233	0.015	0.919	-0.017	0.900
Vive casa	-0.098	0.612	0.423	0.290	-0.150	0.443	-0.189	0.297
Total piezas	-0.077	0.051	-0.071	0.360	-0.077	0.057	-0.073	0.055
Buena pared	0.072	0.657	-0.345	0.268	0.116	0.482	0.137	0.359
Buen techo	-0.099	0.507	0.366	0.197	-0.151	0.318	-0.164	0.237
Buen piso	-0.062	0.709	0.427	0.161	-0.122	0.472	-0.162	0.295
Agua techo	-0.112	0.372	0.012	0.958	-0.127	0.321	-0.123	0.287
Convive	0.133	0.605	0.811	0.200	0.101	0.697	0.035	0.889
Pareja	-0.076	0.772	-1.338	0.035	0.031	0.908	0.130	0.606
<b>6- Factores del entorno social</b>								
No tiene estudio	-0.234	0.421	0.426	0.405	-0.325	0.276	-0.353	0.187
Estudios primarios	-0.183	0.360	-0.125	0.731	-0.200	0.325	-0.199	0.278
Estudia ahora	0.305	0.653	1.474	0.093	0.075	0.916	-0.124	0.817
<b>7- Factores del entorno económico</b>								
Recibe prestación	0.064	0.811	0.041	0.936	0.059	0.827	0.039	0.875
Recibe alguna transfe	0.062	0.650	0.502	0.049	0.009	0.949	-0.038	0.765
trabaja	0.242	0.094	0.555	0.039	0.208	0.158	0.138	0.298
_cons	-1.253	0.800	-4.025	0.659	-1.387	0.784		

Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015

**Cuadro 23.** Modelo con resto de variables mujeres

felicidad	felicidad		disfruta		deprimido		soledad		tristeza	
	Coef.	pvalor	Coef.	pvalor	Coef.	pvalor	Coef.	pvalor	Coef.	pvalor
<b>1- Factores culturales y sexo</b>										
Ascendencia blanca	-0.116	0.713	-0.136	0.602	-0.114	0.708	-0.116	0.675	-0.394	0.141
Ascendencia indígena	-1.133	0.003	-0.425	0.210	0.609	0.106	0.300	0.408	-0.018	0.959
Ascendencia mestiza	-0.234	0.425	0.152	0.533	-0.100	0.721	-0.092	0.722	-0.348	0.158
Lengua guaraní	-0.166	0.528	0.012	0.957	0.041	0.877	-0.389	0.100	0.296	0.222
Lengua Guara y Caste	-0.114	0.640	0.090	0.661	-0.072	0.770	-0.113	0.599	0.125	0.578
<b>2- Factores relacionados al sistema sanitario y servicios sociales</b>										
Tiene seguro	0.836	0.069	0.570	0.105	-0.513	0.263	0.078	0.821	-0.363	0.324
Utiliza seguro	-0.528	0.259	-0.199	0.575	0.413	0.373	-0.176	0.611	0.246	0.510
Consulta general	-0.054	0.703	-0.141	0.254	-0.212	0.145	-0.091	0.490	0.072	0.580
Consulta de especialidad	0.000	0.999	0.089	0.561	-0.080	0.653	-0.007	0.964	-0.099	0.536
Consulta urgencia	-0.642	0.000	-0.158	0.349	0.166	0.386	0.090	0.614	0.264	0.129
Asistencia dental	0.298	0.291	0.428	0.073	0.141	0.585	0.351	0.134	0.203	0.393
Exámenes laboratorio	0.232	0.144	0.075	0.584	-0.034	0.834	-0.118	0.426	-0.323	0.027
Rayos X o ecografías	-0.398	0.021	-0.327	0.034	0.601	0.001	0.395	0.016	0.456	0.005
Cirugía	0.130	0.717	0.676	0.044	-1.227	0.005	0.027	0.934	-0.463	0.178
Hospitaliz	-0.088	0.735	-0.137	0.564	0.425	0.108	-0.032	0.898	0.331	0.173
Control enferm crónicas	0.073	0.773	-0.533	0.014	0.013	0.959	-0.036	0.879	-0.182	0.447
Control preventivo	-0.295	0.201	0.082	0.705	-0.084	0.736	-0.373	0.120	-0.153	0.494
Vacunación	0.264	0.179	-0.114	0.493	0.115	0.541	0.238	0.169	-0.133	0.453
Ayuda subir escaleras	-0.309	0.047	-0.270	0.052	0.264	0.102	0.441	0.003	0.320	0.027
Ayuda para bañarse	-0.974	0.114	-0.089	0.875	0.095	0.879	1.083	0.057	-0.692	0.254
Ayuda para vestir	1.264	0.058	-0.242	0.672	0.325	0.597	-0.452	0.437	0.978	0.109
Ayuda para comer	-0.307	0.627	0.590	0.324	0.943	0.137	-0.817	0.190	-0.419	0.503
Ayuda salir de la cama	-0.821	0.046	-0.182	0.642	-0.288	0.521	0.601	0.134	0.296	0.466
<b>3- Factores conductuales</b>										
Indice masa corporal	0.112	0.444	-0.062	0.627	-0.268	0.078	0.290	0.032	-0.067	0.617
Fuma1	-0.517	0.061	0.159	0.553	0.197	0.514	0.152	0.584	0.566	0.030
Bebe1	-0.289	0.324	-0.448	0.086	-0.084	0.797	-0.051	0.856	-0.178	0.545
Mucho deporte	0.014	0.945	0.295	0.092	-0.067	0.741	-0.207	0.256	-0.509	0.008
Poco deporte	0.122	0.627	-0.088	0.676	0.025	0.921	-0.127	0.582	-0.498	0.039

felicidad	felicidad		disfruta		deprimido		soledad		tristeza	
	Coef.	pvalor	Coef.	pvalor	Coef.	pvalor	Coef.	pvalor	Coef.	pvalor
<b>4- Factores biológicos y genéticos</b>										
Edad	-0.098	0.494	-0.104	0.403	0.009	0.952	0.260	0.057	0.026	0.840
Edad2	0.001	0.469	0.001	0.431	0.000	0.865	-0.002	0.035	0.000	0.757
Discapacidad	-0.327	0.053	-0.289	0.058	0.256	0.142	0.037	0.824	0.187	0.244
Asma	0.120	0.887	1.705	0.115	-0.059	0.942	0.027	0.974	0.548	0.419
Depresión	-1.690	0.000	-1.396	0.002	2.281	0.000	1.014	0.015	1.299	0.003
Diabetes	-0.012	0.970	-0.472	0.077	-0.223	0.498	0.237	0.428	0.021	0.940
Presión alta	0.119	0.569	0.079	0.664	-0.079	0.707	-0.002	0.990	0.370	0.041
Cardíacos	-0.123	0.703	-0.181	0.525	0.426	0.166	-0.631	0.053	0.196	0.496
Cáncer	-0.790	0.363	-1.547	0.089	1.881	0.028	-1.100	0.341	0.197	0.816
Artritis	-0.104	0.665	-0.215	0.323	0.383	0.098	0.324	0.148	0.492	0.024
Renal	-1.163	0.032	-1.024	0.069	0.709	0.220	0.800	0.158	1.073	0.050
<b>5- Factores del entorno físico</b>										
Urbana	-0.107	0.472	-0.017	0.899	-0.109	0.475	-0.241	0.083	-0.033	0.810
Vive casa	-0.059	0.797	0.003	0.987	0.004	0.985	0.161	0.453	-0.124	0.547
Total piezas	-0.009	0.860	-0.032	0.454	-0.111	0.047	-0.131	0.010	-0.078	0.104
Buena pared	-0.120	0.488	0.057	0.704	0.228	0.198	0.293	0.070	0.308	0.055
Buen techo	0.100	0.530	-0.040	0.776	0.102	0.536	-0.038	0.799	-0.135	0.358
Buen piso	-0.054	0.739	0.138	0.342	-0.014	0.934	0.037	0.808	0.233	0.124
Agua techo	-0.182	0.162	-0.069	0.543	0.170	0.203	0.245	0.044	0.109	0.362
Convive	0.027	0.949	0.301	0.382	-0.451	0.261	-1.163	0.001	-0.483	0.178
Pareja	0.397	0.338	0.212	0.534	-0.041	0.918	-0.077	0.820	-0.036	0.919
<b>6- Factores del entorno social</b>										
No tiene estudio	-0.114	0.692	-0.059	0.809	0.025	0.933	0.345	0.187	0.190	0.462
Estudios primarios	-0.260	0.254	-0.071	0.709	0.116	0.615	0.222	0.277	0.133	0.516
Estudia ahora	-0.170	0.783	-0.255	0.642	-0.644	0.427	-0.090	0.876	-2.007	0.058
<b>7- Factores del entorno económico</b>										
Recibe prestación	0.241	0.399	0.130	0.586	-0.758	0.018	-0.360	0.153	-0.071	0.777
Recibe alguna transfe	-0.012	0.927	-0.030	0.799	0.037	0.792	-0.089	0.481	-0.033	0.792
trabaja	0.179	0.278	0.000	0.999	-0.244	0.151	-0.212	0.159	-0.209	0.169
_cons	5.167	0.322	4.762	0.291	-0.323	0.953	-9.517	0.055	-0.978	0.836

Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015

**Cuadro 24.** Modelo con resto de variables hombres

felicidad	felicidad		disfruta		depresion		soledad		tristeza	
	Coef.	pvalor	Coef.	pvalor	Coef.	pvalor	Coef.	pvalor	Coef.	pvalor
<b>1- Factores culturales y sexo</b>										
Ascendencia blanca	0.212	0.568	0.104	0.726	-0.195	0.643	-0.196	0.552	-0.488	0.121
Ascendencia indígena	-0.692	0.087	-0.280	0.418	0.784	0.086	0.387	0.308	-0.143	0.697
Ascendencia mestiza	-0.065	0.849	0.003	0.992	0.029	0.939	-0.139	0.647	-0.723	0.012
Lengua guaraní	0.602	0.075	0.315	0.272	-0.346	0.436	-0.070	0.844	-0.058	0.875
Lengua Guara y Caste	0.410	0.215	0.236	0.396	0.129	0.766	0.277	0.422	0.131	0.716
<b>2- Factores relacionados al sistema sanitario y servicios sociales</b>										
Tiene seguro	0.258	0.616	0.035	0.927	-1.051	0.229	0.175	0.692	-0.916	0.151
Utiliza seguro	-0.248	0.642	-0.022	0.956	0.876	0.326	-0.014	0.975	0.825	0.205
Consulta general	-0.142	0.424	0.153	0.303	0.251	0.221	0.382	0.024	0.136	0.433
Consulta de especialidad	0.052	0.851	-0.198	0.383	0.184	0.534	-0.123	0.644	0.042	0.874
Consulta urgencia	-0.675	0.008	-0.547	0.018	0.722	0.011	0.207	0.438	0.195	0.467
Asistencia dental	0.372	0.400	1.046	0.015	0.168	0.699	0.374	0.304	-0.170	0.684
Exámenes laboratorio	-0.127	0.549	-0.011	0.954	0.306	0.206	-0.047	0.816	-0.086	0.687
Rayos X o ecografías	0.184	0.459	0.272	0.213	-0.034	0.900	-0.336	0.171	-0.114	0.642
Cirugía	-0.100	0.813	-0.179	0.636	0.815	0.071	-0.379	0.396	0.248	0.545
Hospitalizac	0.123	0.728	0.447	0.160	-0.969	0.028	0.399	0.245	0.288	0.399
Control enferm crónicas	-0.527	0.109	-0.498	0.094	0.138	0.710	-0.537	0.159	0.576	0.073
Control preventivo	0.725	0.080	0.790	0.014	0.037	0.923	0.021	0.949	-0.037	0.911
Vacunación	-0.073	0.780	0.393	0.099	0.052	0.857	0.306	0.204	0.161	0.522
Ayuda subir escaleras	-0.686	0.002	-0.691	0.000	0.917	0.000	0.339	0.123	0.740	0.000
Ayuda para bañarse	0.326	0.649	-0.835	0.213	-0.824	0.329	-0.142	0.857	0.090	0.896
Ayuda para vestir	-0.529	0.463	0.477	0.504	0.513	0.527	-1.212	0.200	-0.446	0.558
Ayuda para comer	0.039	0.968	-0.276	0.765	0.086	0.941	1.115	0.440	1.294	0.184
Ayuda salir de la cama	-0.333	0.679	0.311	0.687	-0.151	0.887	-0.461	0.729	-0.239	0.784
<b>3- Factores conductuales</b>										
Indice masa corporal	-0.180	0.401	-0.148	0.406	-0.224	0.370	0.034	0.863	-0.301	0.157
Fuma1	0.230	0.304	0.011	0.949	-0.050	0.841	-0.037	0.849	-0.346	0.114
Bebe1	0.330	0.085	0.037	0.804	0.181	0.402	0.124	0.447	0.260	0.149
Mucho deporte	0.149	0.476	0.076	0.656	-0.140	0.559	-0.192	0.309	-0.191	0.359
Poco deporte	0.550	0.060	0.153	0.476	-0.531	0.121	-0.235	0.320	-0.157	0.542

felicidad	felicidad		disfruta		depresion		soledad		tristeza	
	Coef.	pvalor	Coef.	pvalor	Coef.	pvalor	Coef.	pvalor	Coef.	pvalor
<b>4- Factores biológicos y genéticos</b>										
Edad	0.053	0.753	-0.143	0.316	0.080	0.682	-0.207	0.180	-0.053	0.745
Edad2	0.000	0.830	0.001	0.296	-0.001	0.635	0.001	0.204	0.000	0.808
Discapacidad	-0.231	0.241	-0.272	0.111	0.444	0.040	0.400	0.036	0.239	0.221
Asma	0.000		0.272	0.744	-0.335	0.772	-0.229	0.801	0.561	0.478
Depresión	-0.950	0.255	-1.445	0.081	3.176	0.001	0.177	0.830	1.449	0.073
Diabetes	0.037	0.929	0.080	0.821	-0.238	0.614	0.254	0.534	0.087	0.826
Presión alta	0.001	0.998	-0.347	0.091	0.341	0.195	0.292	0.211	0.359	0.123
Cardíacos	0.623	0.240	0.350	0.418	-0.012	0.981	-0.187	0.693	-0.282	0.547
Cáncer	-1.907	0.044	0.090	0.925	2.510	0.016	-0.404	0.740	2.159	0.038
Artritis	-0.204	0.659	-0.378	0.340	0.152	0.765	0.616	0.166	-0.184	0.689
Renal	-0.147	0.817	0.047	0.937	0.919	0.120	-0.634	0.347	-1.154	0.168
<b>5- Factores del entorno físico</b>										
Urbana	0.292	0.123	-0.054	0.727	-0.019	0.930	-0.011	0.948	-0.234	0.203
Vive casa	-0.334	0.184	-0.101	0.611	0.285	0.321	-0.012	0.957	0.051	0.829
Total piezas	-0.096	0.039	-0.102	0.032	-0.198	0.018	-0.151	0.014	-0.152	0.026
Buena pared	0.068	0.735	0.209	0.209	0.263	0.265	-0.042	0.821	0.096	0.633
Buen techo	0.100	0.587	-0.044	0.775	-0.169	0.429	-0.041	0.813	-0.001	0.998
Buen piso	-0.136	0.519	0.143	0.423	0.081	0.745	-0.154	0.446	0.197	0.349
Agua techo	-0.301	0.059	0.047	0.719	0.578	0.002	0.139	0.343	0.345	0.027
Convive	0.669	0.037	0.188	0.500	-0.295	0.460	-1.240	0.000	-0.027	0.939
Pareja	0.000	0.999	0.348	0.212	-0.488	0.215	-0.865	0.001	-0.759	0.032
<b>6- Factores del entorno social</b>										
No tiene estudio	-0.247	0.510	0.043	0.886	0.684	0.102	0.261	0.447	-0.020	0.956
Estudios primarios	-0.250	0.361	0.179	0.395	0.217	0.496	0.238	0.330	-0.033	0.898
Estudia ahora	0.191	0.819	0.267	0.709	0.434	0.613	1.114	0.106	0.088	0.915
<b>7- Factores del entorno económico</b>										
Recibe prestación	0.450	0.238	0.475	0.121	-0.385	0.390	-0.013	0.968	-0.142	0.686
Recibe alguna transfe	-0.226	0.183	-0.401	0.004	0.145	0.456	-0.139	0.379	0.375	0.024
trabaja	0.361	0.047	0.404	0.007	-0.496	0.018	-0.107	0.524	-0.530	0.003
_cons	-0.403	0.948	5.819	0.265	-4.237	0.557	7.602	0.181	2.524	0.676

Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015

## Anexo 4

**Cuadro 25.** Promedio de los factores que influyen en el EA en mujeres

Factores y variables	NACIONAL	Alto Paraná	Amambay	Asunción	Caaguazú	Caazapá	Canindeyú	Central	Concepción	Cordillera	Guairá	Itapúa	Misiones	Paraguari	Pte. Hayes	San Pedro	Ñeembucú
<b>1- Factores culturales</b>																	
Ascendencia blanca	0.25	0.22	0.16	0.40	0.21	0.33	0.16	0.24	0.19	0.17	0.28	0.19	0.13	0.20	0.21	0.24	0.35
Ascendencia indígena	0.04	0.07	0.01	0.01	0.01	0.04	0.01	0.01	0.00	0.06	0.01	0.19	0.23	0.02	0.00	0.00	0.13
Ascendencia mestiza	0.66	0.69	0.79	0.56	0.77	0.52	0.83	0.66	0.73	0.75	0.70	0.57	0.60	0.73	0.70	0.62	0.47
Habla sólo guaraní	0.39	0.45	0.39	0.08	0.69	0.68	0.68	0.24	0.59	0.46	0.49	0.37	0.46	0.55	0.32	0.65	0.45
Hablar castellano y guaraní	0.50	0.39	0.47	0.63	0.29	0.30	0.25	0.64	0.40	0.47	0.44	0.40	0.51	0.51	0.42	0.60	0.36
<b>2- Factores relacionados al sistema sanitario y servicios sociales</b>																	
Tiene seguro	0.38	0.38	0.38	0.61	0.19	0.23	0.20	0.45	0.24	0.33	0.38	0.33	0.33	0.36	0.37	0.25	0.40
Asistencia dental	0.09	0.04	0.14	0.16	0.04	0.00	0.02	0.12	0.00	0.10	0.02	0.10	0.04	0.13	0.10	0.02	0.20
Consulta urgencia	0.16	0.20	0.13	0.13	0.11	0.03	0.05	0.20	0.15	0.10	0.18	0.14	0.17	0.15	0.14	0.15	0.15
Control enferm crónicas	0.09	0.03	0.08	0.12	0.07	0.09	0.00	0.14	0.05	0.09	0.01	0.08	0.06	0.04	0.09	0.03	0.12
Vacunación	0.14	0.09	0.11	0.17	0.18	0.22	0.12	0.13	0.06	0.11	0.11	0.15	0.13	0.14	0.25	0.05	0.38
Exámenes laboratorio	0.47	0.52	0.51	0.61	0.37	0.44	0.48	0.48	0.45	0.41	0.32	0.42	0.38	0.49	0.52	0.41	0.58
Hospitalización	0.09	0.10	0.12	0.10	0.13	0.02	0.11	0.07	0.05	0.08	0.15	0.12	0.08	0.12	0.05	0.05	0.09
Ayuda para vestir	0.04	0.05	0.02	0.02	0.06	0.01	0.00	0.04	0.03	0.06	0.02	0.02	0.05	0.03	0.00	0.05	0.06
Rayos X o ecografías	0.24	0.22	0.18	0.31	0.23	0.18	0.05	0.29	0.20	0.20	0.13	0.17	0.15	0.31	0.33	0.18	0.30
Ayuda para bañarse	0.04	0.04	0.02	0.03	0.06	0.00	0.00	0.04	0.03	0.06	0.02	0.02	0.05	0.02	0.00	0.03	0.06
Ayuda salir de la cama	0.04	0.06	0.00	0.03	0.07	0.01	0.00	0.04	0.03	0.03	0.04	0.02	0.11	0.03	0.02	0.05	0.08
Ayuda subir escaleras	0.27	0.26	0.20	0.20	0.38	0.32	0.15	0.25	0.26	0.28	0.17	0.32	0.33	0.24	0.14	0.28	0.48
<b>3- Factores conductuales</b>																	
Fuma	0.04	0.01	0.09	0.05	0.04	0.03	0.02	0.03	0.06	0.04	0.09	0.07	0.02	0.05	0.08	0.04	0.07
Bebe	0.06	0.02	0.00	0.08	0.02	0.02	0.00	0.09	0.06	0.06	0.05	0.04	0.06	0.04	0.03	0.02	0.06
Índice masa corporal	2.46	2.39	2.47	2.42	2.59	2.57	2.45	2.40	2.52	2.49	2.50	2.57	2.34	2.44	2.43	2.53	2.41
Mucho deporte	0.15	0.17	0.13	0.24	0.04	0.10	0.11	0.16	0.12	0.09	0.10	0.21	0.08	0.10	0.05	0.10	0.19
Poco deporte	0.08	0.06	0.11	0.08	0.05	0.05	0.11	0.09	0.10	0.08	0.07	0.08	0.04	0.11	0.03	0.01	0.21
<b>4- Factores biológicos y genéticos</b>																	
Artritis	0.08	0.04	0.03	0.05	0.08	0.04	0.08	0.11	0.06	0.07	0.05	0.07	0.09	0.05	0.19	0.08	0.12
Cáncer	0.01	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.02	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00
Cardíacos	0.04	0.05	0.04	0.00	0.02	0.03	0.07	0.04	0.05	0.03	0.05	0.06	0.06	0.05	0.05	0.05	0.06
Cirugía	0.05	0.09	0.11	0.07	0.04	0.00	0.03	0.03	0.08	0.06	0.08	0.05	0.00	0.03	0.05	0.02	0.00
Depresión	0.12	0.12	0.16	0.07	0.17	0.11	0.22	0.10	0.22	0.08	0.10	0.14	0.11	0.08	0.32	0.11	0.18

Factores y variables	NACIONAL	Alto Paraná	Amambay	Asunción	Caaguazú	Caazapá	Canindeyú	Central	Concepción	Cordillera	Guairá	Itapúa	Misiones	Paraguari	Pte. Hayes	San Pedro	Ñeembucú
Diabetes	0.05	0.12	0.13	0.02	0.11	0.04	0.03	0.02	0.09	0.01	0.02	0.06	0.00	0.03	0.05	0.06	0.17
Discapacidad	0.15	0.13	0.07	0.12	0.21	0.20	0.28	0.10	0.19	0.13	0.15	0.16	0.34	0.12	0.18	0.18	0.32
Presión alta	0.12	0.12	0.16	0.07	0.17	0.11	0.22	0.10	0.22	0.08	0.10	0.14	0.11	0.08	0.32	0.11	0.18
Renal	0.01	0.02	0.03	0.00	0.03	0.03	0.00	0.00	0.01	0.00	0.02	0.00	0.01	0.00	0.00	0.01	0.03
<b>5- Factores del entorno físico</b>																	
Urbana	0.63	0.76	0.72	1.00	0.44	0.18	0.32	0.80	0.37	0.48	0.51	0.50	0.60	0.25	0.57	0.24	0.66
Buen piso	0.52	0.57	0.47	0.82	0.33	0.09	0.29	0.70	0.35	0.50	0.40	0.35	0.21	0.40	0.36	0.20	0.24
Agua techo	0.49	0.44	0.53	0.52	0.49	0.59	0.55	0.49	0.62	0.44	0.45	0.56	0.46	0.42	0.47	0.42	0.44
Total piezas	3.38	3.72	3.34	4.21	2.92	2.88	2.92	3.34	2.95	3.23	3.48	3.33	3.58	3.23	2.83	3.05	3.23
Buena pared	0.84	0.72	0.69	0.97	0.59	0.44	0.46	0.99	0.72	0.93	0.76	0.83	0.97	0.89	0.78	0.52	0.97
Convive	0.45	0.41	0.53	0.35	0.53	0.56	0.50	0.43	0.49	0.45	0.50	0.44	0.45	0.56	0.34	0.55	0.43
<b>6- Factores del entorno social</b>																	
Estudia ahora	0.01	0.02	0.00	0.01	0.01	0.03	0.00	0.01	0.00	0.00	0.02	0.02	0.00	0.01	0.02	0.00	0.00
<b>7- Factores del entorno económico</b>																	
Recibe prestación	0.10	0.07	0.09	0.20	0.05	0.03	0.03	0.13	0.04	0.07	0.05	0.06	0.07	0.09	0.11	0.03	0.17

Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015

**Cuadro 26.** Promedio de los factores que influyen en el EA en hombres

Factores y variables	NACIONAL	Alto Paraná	Amambay	Asunción	Caaguazú	Caazapá	Canindeyú	Central	Concepción	Cordillera	Guairá	Itapúa	Misiones	Paraguari	Pte. Hayes	San Pedro	Ñeembucú
<b>1- Factores culturales</b>																	
Ascendencia indígena	0.05	0.05	0.00	0.06	0.01	0.05	0.00	0.01	0.04	0.05	0.02	0.20	0.18	0.02	0.00	0.00	0.20
Ascendencia mestiza	0.65	0.78	0.76	0.51	0.83	0.46	0.85	0.61	0.84	0.80	0.79	0.45	0.52	0.69	0.45	0.77	0.50
Lengua guaraní	0.46	0.39	0.55	0.20	0.71	0.82	0.71	0.27	0.61	0.56	0.71	0.45	0.51	0.60	0.18	0.72	0.37
<b>2- Factores relacionados al sistema sanitario y servicios sociales</b>																	
Asistencia dental	0.05	0.04	0.02	0.04	0.01	0.02	0.00	0.08	0.02	0.03	0.04	0.02	0.11	0.08	0.01	0.04	0.10
Consulta general	0.45	0.31	0.67	0.45	0.36	0.51	0.34	0.49	0.39	0.45	0.47	0.42	0.61	0.50	0.55	0.43	0.50
Consulta urgencia	0.11	0.10	0.37	0.07	0.07	0.03	0.09	0.14	0.09	0.15	0.11	0.04	0.21	0.13	0.04	0.09	0.11
Control enferm crónicas	0.06	0.02	0.20	0.08	0.04	0.12	0.00	0.11	0.04	0.04	0.01	0.05	0.09	0.03	0.02	0.05	0.01
Control preventivo	0.07	0.04	0.13	0.12	0.07	0.01	0.05	0.09	0.03	0.04	0.10	0.04	0.14	0.08	0.00	0.03	0.07
Vacunación	0.09	0.07	0.19	0.06	0.12	0.10	0.05	0.09	0.06	0.15	0.14	0.09	0.27	0.14	0.04	0.01	0.03
Cirugía	0.04	0.03	0.17	0.00	0.06	0.02	0.00	0.04	0.03	0.01	0.04	0.03	0.11	0.08	0.02	0.00	0.08

Factores y variables	NACIONAL	Alto Paraná	Amambay	Asunción	Caaguazú	Caazapá	Canindeyú	Central	Concepción	Cordillera	Guairá	Itapúa	Misiones	Paraguari	Pte. Hayes	San Pedro	Ñeembucú
Hospitalización	0.07	0.08	0.00	0.04	0.12	0.00	0.00	0.07	0.04	0.11	0.11	0.06	0.10	0.05	0.04	0.02	0.08
Ayuda para vestir	0.02	0.00	0.00	0.00	0.01	0.02	0.00	0.03	0.03	0.03	0.10	0.00	0.00	0.01	0.00	0.02	0.01
Ayuda subir escaleras	0.15	0.12	0.05	0.15	0.11	0.21	0.07	0.14	0.08	0.21	0.24	0.18	0.18	0.19	0.04	0.20	0.17
<b>3- Factores conductuales</b>																	
Fuma1	0.17	0.22	0.14	0.09	0.20	0.15	0.39	0.17	0.16	0.19	0.12	0.25	0.10	0.10	0.11	0.25	0.15
Bebe1	0.33	0.35	0.23	0.25	0.32	0.31	0.43	0.40	0.22	0.30	0.20	0.30	0.50	0.23	0.36	0.27	0.41
Poco deporte	0.13	0.18	0.01	0.17	0.14	0.04	0.05	0.20	0.03	0.05	0.07	0.16	0.06	0.08	0.06	0.05	0.11
Índice masa corporal	2.37	2.38	2.47	2.12	2.47	2.38	2.41	2.28	2.50	2.41	2.50	2.41	2.33	2.26	2.35	2.24	2.48
<b>4- Factores biológicos y genéticos</b>																	
Discapacidad	0.16	0.16	0.00	0.13	0.19	0.14	0.10	0.15	0.16	0.21	0.17	0.13	0.35	0.14	0.12	0.15	0.13
Depresión	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Presión alta	0.11	0.13	0.07	0.03	0.10	0.19	0.09	0.10	0.17	0.21	0.13	0.10	0.20	0.13	0.06	0.08	0.10
Renal	0.02	0.00	0.00	0.06	0.03	0.03	0.05	0.01	0.00	0.00	0.01	0.00	0.08	0.00	0.00	0.00	0.00
Cáncer	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00
<b>5- Factores del entorno físico</b>																	
Total piezas	3.35	3.79	2.74	3.94	2.99	2.83	2.87	3.57	3.06	2.71	3.16	3.49	3.63	2.91	3.18	2.86	3.65
Agua techo	0.47	0.48	0.54	0.51	0.50	0.45	0.64	0.40	0.43	0.57	0.46	0.44	0.47	0.52	0.42	0.55	0.55
<b>6- Factores del entorno social</b>																	
Pareja	0.70	0.66	0.80	0.79	0.71	0.75	0.70	0.66	0.71	0.64	0.81	0.69	0.67	0.73	0.51	0.78	0.76
Convive	0.67	0.61	0.80	0.78	0.65	0.70	0.60	0.64	0.70	0.61	0.79	0.66	0.61	0.71	0.43	0.74	0.71
Estudia actualmente	0.01	0.00	0.00	0.01	0.04	0.00	0.00	0.00	0.05	0.01	0.00	0.02	0.03	0.00	0.00	0.06	0.00
No tiene estudio	0.07	0.05	0.31	0.00	0.04	0.08	0.28	0.05	0.11	0.04	0.07	0.12	0.13	0.05	0.08	0.09	0.06
<b>7- Factores del entorno económico</b>																	
Recibe alguna transfe	0.34	0.29	0.52	0.19	0.38	0.60	0.34	0.21	0.39	0.61	0.50	0.38	0.38	0.48	0.40	0.44	0.30
trabaja	0.52	0.56	0.71	0.47	0.63	0.52	0.51	0.52	0.63	0.41	0.46	0.52	0.50	0.47	0.70	0.45	0.58

Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2015

# Evaluación integral de las necesidades de los adultos mayores en Paraguay en tiempos de pandemia para el logro de un envejecimiento activo. Recomendaciones para el diseño de intervenciones públicas

## Informe de diseño de intervenciones públicas

### Equipo de investigación

Leila Rodríguez (Principal)  
Ignacio Moral (Asociado)  
Sebastián Bruno (Asociado)  
Antonio Spagnolo (en Formación)  
Byara Martínez (Asistente)  
Cynthia González (Directora)

Setiembre 2021



## Resumen ejecutivo

Este informe presenta las recomendaciones de políticas públicas que incluyen intervenciones vinculadas a los factores determinantes del envejecimiento activo, como segundo producto de la investigación “Evaluación integral de las necesidades de los adultos mayores en Paraguay en tiempos de pandemia para el logro de un envejecimiento activo: Recomendaciones para el diseño de intervenciones públicas”.

Para la formulación de las recomendaciones se consideraron contextualmente dos dimensiones analíticas: la demográfica y la correspondiente a las políticas sociales.

En cuanto a la situación y prospectiva de la transición demográfica, se destaca el inicio de este proceso desde la década de 1960, con un fuerte impacto en los niveles de fecundidad y la extensión de la esperanza de vida. Ambos factores inciden sobre el volumen absoluto y la participación relativa de la población adulta mayor sobre la población total (proceso de envejecimiento poblacional). Hacia el año 2020 una de cada diez personas tiene 60 años y más; esperándose para el año 2040 que esa participación ascienda al 13,9%; y que se conjuga con un proceso paralelo de redistribución de las personas adultas mayores hacia áreas urbanas del país.

En referencia a las políticas públicas, se valora el diseño y planificación del Sistema de Protección Social ¡Vamos!. Particularmente su enfoque por ciclo de vida de la población, que atiende entre otras, a la categoría poblacional de 60 años y más. De la revisión de ¡Vamos! respecto de los factores condicionantes, se destaca positivamente el despliegue de actividades específicas a las personas adultas mayores enmarcadas en los factores de sistema sanitario y servicios sociales, del entorno social y los económicos; en tanto que los restantes son abordados desde políticas transversales en términos etarios.

Los marcos contextuales demográfico y de políticas públicas, así como una revisión de intervenciones orientadas al envejecimiento activo en escala internacional, fueron conjugados con el principal insumo para la formulación de las recomendaciones: los hallazgos generados en el Informe técnico analítico, primer producto de la presente investigación. Derivado de los hallazgos, que se enmarcan en los contextos demográficos y de políticas públicas, se identificaron las recomendaciones que se presentan a continuación. Las mismas se detallan segmentadas por cada uno de los factores condicionantes del envejecimiento activo y con orientaciones de focalización territorial; aspirando a ser consideradas como guía en el diseño e implementación de políticas públicas basadas en evidencia.

### **Sanidad y servicios sociales:**

- Orientar la instalación de nuevas Unidades de Salud Familiar en Departamentos donde la cobertura teórica se encuentran por debajo del valor promedio nacional, generando condiciones de equidad de acceso. Departamentos: Cordillera, Caaguazú, Alto Paraná, Itapúa, Amambay y Presidente Hayes.
- Fortalecer los servicios y aplicar campañas de acceso a la salud preventiva en departamentos donde se observan los menores niveles de consulta y controles; con especial atención en los hombres. Departamentos: Cordillera, Caaguazú, Alto Paraná, Itapúa y Canindeyú.

- Fortalecer los servicios de atención de enfermedades crónicas, así como el despliegue de mecanismos de contacto activo nominalizado de personas adultas mayores con afecciones. En el caso de los hombres, se destaca la necesidad de abordaje a quienes tienen hipertensión, con focalización en los departamentos Cordillera, Guairá y Caazapá, Misiones y Concepción. En el caso de las mujeres, se destaca la necesidad de atención en quienes tienen diabetes, con focalización en Concepción, Amambay, Caaguazú, Alto Paraná, y Ñeembucú.
- Desplegar servicios institucionales y/o en hogares a la población con demanda de asistencia de cuidado; así como acciones de capacitación de personas con competencias para el cuidado de personas adultas mayores. Departamentos: Cordillera, Guairá, Caaguazú, Misiones y Ñeembucú.

### **Conductual:**

- Campañas de comunicación e implementación de programas de cesación y consumo responsable de tabaco, especialmente orientada a hombres. Departamentos: San Pedro, Caaguazú, Canindeyú, Alto Paraná e Itapúa.
- Campañas de comunicación e implementación de programas de cesación y consumo responsable de alcohol, especialmente orientada a hombres. Departamentos: Presidente Hayes, Central, Ñeembucú, Misiones; y Canindeyú.
- Fomentar la actividad física de personas adultas mayores, con programas de deporte social en alianza con clubes y otras instituciones administradoras de predios deportivos. En particular, la política debe enfocarse en una mayor participación femenina, dada la mayor brecha observada. Las mejores condiciones de implementación se identificaron en Cordillera, Caaguazú, Alto Paraná, Caazapá y Misiones.

### **Personales:**

- Desplegar y fortalecer los servicios de atención psicológica, con especial atención en las mujeres adultas mayores. Departamentos: Amambay, San Pedro y Cordillera, Caazapá, e Itapúa.
- Necesidad de integración y articulación de las políticas y programas de identificación y atención de las personas adultas mayores con discapacidad, requiriéndose acuerdos entre SENADIS, MSPBS y otros prestadores de servicios de salud. Departamentos con necesidades mayores según incidencia de la discapacidad: Canindeyú, Caaguazú, Cordillera, Ñeembucú y Misiones.

### **Entorno físico:**

- Incorporar la atención de las personas adultas mayores en las intervenciones de gestión del riesgo climático y ambiental, particularmente ante los eventos de inundación. Las mayores necesidades se observan en los departamentos: Presidente Hayes, Concepción, Amambay, Canindeyú y Ñeembucú.
- Reglamentar y operativizar lo dispuesto por la Ley N°6381/2020 en cuanto al costo subsidiado de las tarifas de transporte público en todo el país, orientado a la población adulta mayor usuaria.

**Sociales:**

- Fortalecer y focalizar los programas de alfabetización de personas adultas mayores, explotando información nominalizada producida por el Estado para otros fines (Fichas de Información Social). Departamentos con mayor demanda relativa: Amambay, Canindeyú, Caazapá, Misiones y Ñeembucú.
- Con un enfoque operativo similar al plantado en el ítem anterior, fortalecer programas adaptados de finalización de nivel de educación básica. Departamentos: Concepción, Amambay, San Pedro, Caaguazú y Caazapá.

**Económicos:**

- Avanzar en la cobertura de jubilaciones y pensiones (contributivas o no contributivas) en la población adulta mayor, con especial atención en el segmento que no es beneficiaria de jubilaciones o pensiones contributivas y se encuentran por encima del umbral social requerido para acceder a la pensión alimentaria.
- Como medida focalizada de apoyo a personas adultas mayores sin jubilaciones y pensiones, se recomienda en avance en programas de cobertura de gastos de medicamentos, especialmente los requeridos para el tratamiento de enfermedades crónicas, aplicando mecanismos exitosos recientes (como Pytyvõ medicamentos).

## 1. Introducción

Este informe presenta las recomendaciones de políticas públicas que incluyen intervenciones vinculadas a los factores determinantes del envejecimiento activo. Para la formulación de las recomendaciones de intervención de política pública/social se consideraron primeramente dos planos contextuales: por un lado el escenario demográfico proyectado para Paraguay, con sus desafíos en términos de transición demográfica y envejecimiento poblacional; por otro, una revisión del diseño del Sistema de Protección Social desde las dimensiones componentes del envejecimiento activo.

A partir de dicho marco y caracterización, se retrabajaron los hallazgos analíticos identificados en el presente proyecto de investigación (Producto 1: Informe Técnico Analítico; Proyecto “Evaluación integral de las necesidades de los adultos mayores en Paraguay en tiempos de pandemia para el logro de un envejecimiento activo: Recomendaciones para el diseño de intervenciones públicas”). Como derivado de los hallazgos del Informe Técnico analítico -dentro del marco contextual demográfico y de la política de protección social mencionado, así como la revisión de experiencias internacionales-, se elaboraron una serie de recomendaciones para la intervención de la política pública centrada en los factores del envejecimiento activo. Con ello, termina de darse el cumplimiento del objetivo general<sup>1</sup> y se despliega el último objetivo específico del Proyecto de investigación: Proponer recomendaciones de diseño e implementación de políticas públicas para el contexto local

Se espera que las orientaciones planteadas en este informe constituyan un insumo útil para quienes ocupan un rol de toma de decisión de las políticas públicas en ámbitos vinculados a la población adulta mayor. Como aporte, se encontrarán elementos que permitan la materialización de la toma de decisiones basadas en evidencia. El desafío de las políticas públicas en un escenario post COVID-19 está signado por mayores restricciones de recursos, dado el impacto económico y fiscal de la pandemia. De allí la necesidad de una cuidadosa selección de acciones que maximicen las condiciones de expansión de acceso de las personas adultas mayores a servicios que hacen a sus Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC). En tal sentido, las acciones propuestas en este informe se encuentran sustantivamente vinculadas a las dimensiones del envejecimiento activo, así como se encuentran alineadas al Sistema de Protección Social ¡Vamos! y atiende los diferenciales de género y territoriales de cada factor condicionante del envejecimiento activo, a partir de la información empírica generada en el marco de este proyecto de investigación.

En cuanto a lo expositivo, el informe se estructura en las siguientes secciones: el análisis del escenario demográfico proyectado para Paraguay (sección 2); la revisión del Sistema de Protección Social ¡Vamos! desde las dimensiones del envejecimiento activo (sección 3); y las recomendaciones de política pública, donde se valoriza primeramente la experiencia internacional (sección 4), para posteriormente detallar los lineamientos de acciones, segmentadas por factores condicionantes del envejecimiento activo (sección 5). Finalmente, a modo de conclusión, se sintetizan los aspectos más salientes de las recomendaciones propuestas.

<sup>1</sup> El objetivo general es estudiar los factores que influyen en el envejecimiento activo de la población de adultos mayores en el Paraguay. Identificar los problemas y necesidades con referencia a estos factores de modo a dar herramientas para el diseño de una estrategia hacia el envejecimiento activo que contribuya a la mejora y recuperación de este sector de la población tras el COVID-19.

## 2. Características de la transición demográfica en Paraguay: hacia una sociedad envejecida

A la hora de diseñar recomendaciones de políticas públicas vinculadas al envejecimiento activo, resulta ineludible plantear el desafío que enfrenta el país en cuanto a las transformaciones demográficas en general y el proceso de envejecimiento en particular.

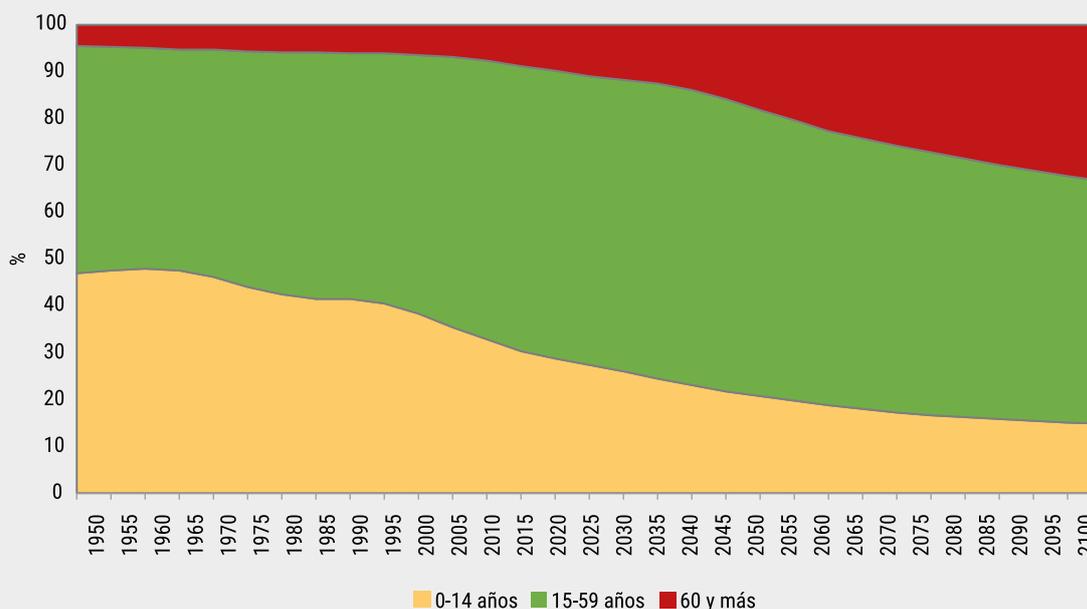
Se entiende que la formulación de políticas sociales no puede plantearse por fuera del contexto demográfico sobre el cual opera. Para ello, desde una perspectiva de larga duración, se presentan los aspectos salientes de las transformaciones en la composición de la población desde mediados del S.XX, una focalización en las transformaciones recientes y las esperadas en el mediano plazo (segmento temporal entre los años 2000 y 2040) y una visión posterior, con la proyección esperada hasta el año 2100; ya bajo parámetros postransicionales y con una estructura demográfica claramente envejecida.

Desde la década de 1960 Paraguay comenzó un proceso de transición demográfica, traccionado por una mejora progresiva en las condiciones de vida y a la atención sanitaria (que impacta sobre la mortalidad) y una reducción en los niveles de fecundidad en las mujeres. Dicho proceso se aceleró en la década de 1990, donde se ubica el inicio del período de transición avanzada (Zavattiero y otros, 2019); donde cabe destacar la creciente participación de las mujeres en el mercado de trabajo (Bruno, 2017) y su concomitancia con la reducción acelerada de los niveles de fecundidad. Para el 2015, Zavattiero y otros (2019) ubican a Paraguay ya en el período de transición demográfica avanzada.

Estos cambios estructurales aparejan una transformación profunda en la composición de la población. En particular, la extensión de la esperanza de vida implica una proporción creciente de población adulta mayor (60 años y más), que convive con una reducción progresiva de la población de niños, niñas y adolescentes de 0-14 años, derivada de las transformaciones en la fecundidad de las mujeres. Como añadido, en Paraguay cabe destacar también la pérdida de la población en edad teórica activa (15-59 años) por efecto de la sostenida emigración, aspecto habitualmente soslayado en los abordajes sobre la transición demográfica (Bruno, 2017).

Esta interrelación de factores queda expuesta en la serie histórica 1950-2100 (figura 1). Como transformaciones principales, más allá del inicio del declive de la importancia relativa de la población de niños, niñas y adolescentes desde 1965; cabe destacar la ganancia de participación de la población adulta mayor desde el año 2000. En aquel entonces, la población de 60 años y más constituía el 6,4%. Veinte años después, casi una de cada diez personas (9,9%) en Paraguay se encuentra dentro del segmento etario. En tanto que se espera que, dentro de otros 20 años, la población adulta mayor ya constituya el 13,9% de la población total.

**Figura 1.** Composición de la población por grupos de edad. Paraguay. Años 1950-2100



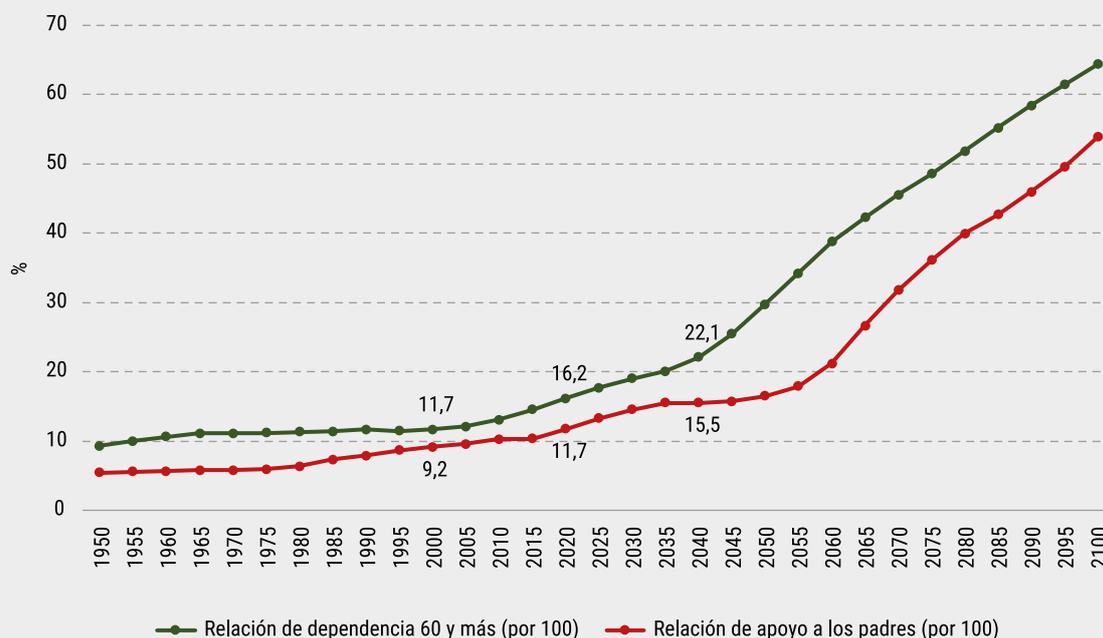
**Fuente:** Elaboración propia con base en CELADE - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100. Revisión 2019 y Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2019). World Population Prospects, 2019, edición online.

El proceso de transición demográfica, con las magnitudes nacionales descritas, implica un serio desafío tanto para las políticas públicas, como la organización y distribución de responsabilidades en los hogares y las relaciones familiares intergeneracionales en su amplitud. En pocos decenios la estructura y pautas que tienen como sujeto de dependencia a la población de niños, niñas y adolescentes pasan a tener una demanda global decreciente, en tanto aumenta la demanda de cobertura de necesidades de la población adulta mayor.

Con relación a las necesidades globales de la población adulta mayor, cabe señalar la evolución observada y esperada de dos indicadores relacionados (figura 2). A inicios de siglo, el cociente de población adulta mayor sobre la población en edad teóricamente activa (15-59 años) alcanzaba el 11,7%. La relación de dependencia de la población de 60 años y más alcanza hacia el año 2020 el 16,2%; en tanto se espera que hacia el 2040 duplique los niveles observados en el 2000, ya con 22,1%. Este indicador evidencia el desafío global de sustento a los sistemas previsionales, dado el aumento relativo de la población en edad económica pasiva respecto del segmento demográfico donde recae la responsabilidad de la generación de recursos.

Así como la relación de dependencia aproxima al desafío de cobertura económica de la población adulta mayor; el indicador de apoyo a los padres evidencia el desafío de la demanda de cuidado familiar entre la franja más envejecida (80 años y más) y el segmento donde se ubican teóricamente sus hijas/os (50-64 años). La evolución reciente de este indicador muestra un crecimiento, de 9,2% en 2000 a 11,7% en el año 2020; que no es tan marcado como en la relación de dependencia para el mismo período. No obstante, se espera que, dentro de 20 años, esta relación aumente a 15,5%.

**Figura 2.** Indicadores de dependencia y de apoyo a la población de 60 años y más. Paraguay. Años 1950-2100.



**Fuente:** Elaboración propia con base en CELADE - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100. Revisión 2019 y Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2019). World Population Prospects, 2019, edición online.

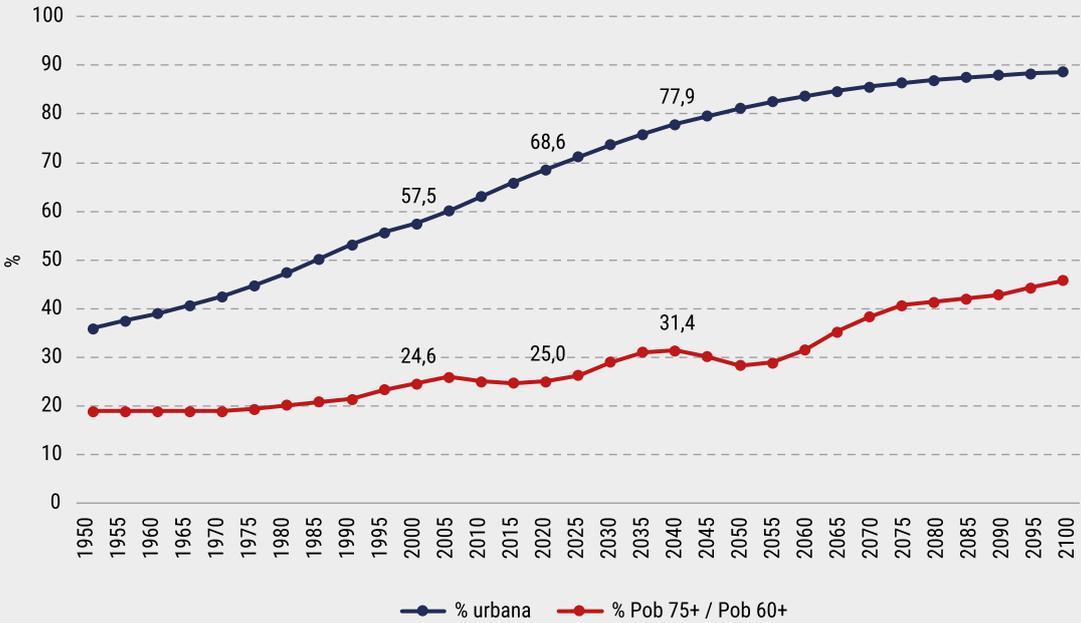
En paralelo a los cambios en la estructura de la población, el segmento de personas adultas mayores también evidencia una serie de transformaciones en su interior. En la figura 3 se sintetizan dos indicadores que dan cuenta de aspectos nodales para el análisis y el potencial despliegue estatal sobre la población adulta mayor: sus pautas residenciales y la segmentación etaria interna.

Aunque con cierto desfase temporal respecto de la población total, los adultos mayores participan del proceso de redistribución espacial de la población hacia áreas urbanas. A inicio de la serie histórica (1950) solo el 35,9% de la población de 60 años y más residía en áreas urbanas. Ya en el año 2000 el 57,9% se ubicaba en las grandes y medianas ciudades o en las cabeceras municipales. Actualmente, se estima que más de 2 de cada 3 adultos mayores se encuentran en áreas urbanas; y para 2040 se espera que ya el 77,9% tengan esa pauta de residencialidad, muy cerca de la estimación superior esperada hacia el fin de la serie histórica. La concentración de la población adulta mayor en áreas urbanas tiene como ventaja teórica la optimización del despliegue de la estructura sanitaria requerida (establecimientos y recursos humanos especializados); en tanto que también presenta un desafío en torno a las condiciones de habitabilidad en espacios más reducidos, adecuación de infraestructura de movilidad urbana y transporte, entre otros.

El segundo indicador, la proporción de la población de 75 años y más dentro del total de población de 60 años y más, es un derivado del proceso de envejecimiento. Si bien los crecientes contingentes que se integran al segmento (las personas que cada año alcanzan los 60 años de edad) generan un crecimiento de esta población “desde la base”, la extensión de la esperanza de vida implica una progresiva concentración de población en los segmentos de mayor edad. En ese sentido, la evolución reciente evidencia una estabilidad del indicador (donde prácticamente 1 persona de 60 años y más

de cada 4 se encuentra en el segmento de 75 años y más). Se espera para 2040 que ese indicador ascienda hasta 31,4%, para luego descender unos puntos y, finalmente, ascender hasta 45,8% en 2100. Así como el crecimiento absoluto y relativo de la población adulta mayor aparece un desafío a los estados y las sociedades, debe considerarse también la importancia relativa del envejecimiento interno del segmento (el “envejecimiento dentro del envejecimiento”), el cual aparece demandas específicas de acompañamiento y cuidado cotidiano, atención sanitaria y sociabilidad, entre otras.

**Figura 3.** Porcentaje de residencialidad urbana y de población de 75 años y más en el universo de la población adulta mayor (60+). Paraguay. Años 1950-2100.



**Fuente:** Elaboración propia con base en CELADE - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100. Revisión 2019 y Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2019). World Population Prospects, 2019, edición online.

### **3. El sistema de protección social de Paraguay ¡Vamos! y su respuesta a la población adulta mayor**

De modo similar a lo planteado en cuanto al contexto demográfico, la formulación de recomendaciones de intervención hacia el envejecimiento activo no puede concebirse de manera aislada, sino en el marco general de la política social. En tal sentido, se identifica al Sistema de Protección Social ¡Vamos! como instancia articuladora y orientadora de las intervenciones de la política social en su amplio espectro, donde caben las específicas a segmentos etarios, como es el caso de la adultez mayor. En el presente apartado se recuperan los aspectos centrales de ¡Vamos! y se identifica su alcance y limitaciones en torno al abordaje a factores vinculados al envejecimiento activo.

Después de formulaciones y actividades preparatorias, en 2018 el Gobierno Nacional lanza el Sistema de Protección Social (SPS) ¡Vamos! Este se define como la articulación “[...] desde la perspectiva de los derechos ciudadanos y a lo largo del ciclo de vida, [de] las estrategias de intervención del conjunto del sector público. Se trata de organizar, desde los niños y niñas, desde los jóvenes de ambos sexos, desde los y las trabajadores, desde los adultos mayores mujeres y hombres, el quehacer multiplicador de todas las políticas y servicios públicos que son pertinentes” (Gabinete Social, 2019).

Entre sus aspectos más destacados, cabe mencionar en primer término que el SPS asume como categoría central a la protección (“acción pública mediante la cual los Estados garantizan a sus habitantes el acceso a derechos, priorizando a quienes viven en situación de vulnerabilidad” -Gabinete Social, 2019); a partir de la cual se amplía la mirada histórica predominante de la política social, orientada a la población en situación de pobreza. En segundo término, se destaca que el SPS también tiene la singularidad de la multidimensionalidad de su despliegue, a partir de la construcción en tres pilares: el histórico de integración social (donde conviven los servicios de aspiración universal y aquellos con orientación selectiva); así como dos habitualmente fuera del espectro de la política social: el de inserción laboral y productiva (inclusión y regulación laboral; participación colectiva) y el de previsión social (integrando tanto el componente contributivo como el no contributivo).

La tercera mención, particularmente de interés en cuanto a la respuesta ante el envejecimiento, se refiere a la problematización y estructuración del despliegue estatal por ciclo de vida. El SPS asumió una segmentación de la población según ciclos vitales de la niñez (0-4 y 5-13 años); la adolescencia (14-17); la juventud (18-29), la adultez (30-59) y la adultez mayor (60 años y más); a los cuales se suman elementos transversales (todas las edades) y las unidades de Hogar y Entorno de las comunidades. Se trata de las nueve categorías del SPS.

En ese marco, se destaca fundamentalmente la existencia de una problematización y respuesta estatal en torno a la adultez mayor, segmento poblacional habitualmente relegado por la ponderación demográfica en la niñez y adolescencia y, en segundo término, en la adultez. Este hecho puede observarse en la especialización del sector de salud en establecimientos con orientación materno-infantiles; y en el despliegue de establecimientos educativos (especialmente de la educación básica); propios de sociedades demográficamente “jóvenes”.

La orientación de los servicios específicos hacia la población adulta mayor ha sido muy acotada, limitada a unos pocos establecimientos residenciales colectivos para adultos mayores (administra-

dos por el MSPBS) y el espectro correspondiente en el marco del programa de educación permanente para jóvenes y adultos. Con excepción de quienes accedían a beneficios de jubilación o pensión contributiva (15,4% en 2010), las necesidades vitales de la población adulta mayor han sido históricamente cubiertas por mecanismos familiares de solidaridad intergeneracional.

Recién en los últimos 20 años, en el marco de un proceso acelerado de envejecimiento, se identifican una serie de hitos que comenzaron a poner en agenda la problemática emergente. En 2002 se sanciona la Ley N° 1885/2002 “De las Personas Adultas Mayores”, que delimita a la misma a partir de los 60 años y establece mecanismos de protección integral y las instituciones de aplicación (con rol rector en el MSPBS). En tanto que a mediados de la misma década el Estado nacional asumió como estrategia de atención primaria de la salud en las Unidades de Salud de la Familia, con implicancias en las necesidades sanitarias en cada segmento poblacional. Por último, se destaca la institucionalización del beneficio de pensión alimentaria (2010), a partir de la cual se expande la cobertura de ingresos de la seguridad social, atendiendo la histórica informalidad laboral y por ende, el acceso a los mecanismos contributivos.

Bajo esta caracterización histórica, la inclusión de la categoría de personas adultas mayores en el SPS se entiende como la internalización estatal de la necesidad de políticas orientadas a las necesidades (de protección) específicas de cada segmento etario.

En cuanto a la gobernanza de la política de protección social hacia las personas adultas mayores, se identifica el rol de rector poblacional que le cabe al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). Como actores de relevancia, se destaca la ponderación de las instituciones que intervienen en el pilar de previsión social (que tiene como población objetivo principal al segmento de adultos mayores), con el MTESS como rector sectorial; el Instituto de Previsión Social (IPS), la Dirección General de Jubilaciones y Pensiones del Ministerio de Hacienda y las pequeñas cajas sectoriales de jubilaciones y pensiones, en cuanto al pilar contributivo, y la Dirección de Pensiones No Contributivas del Ministerio de Hacienda como implementador de los beneficios no contributivos. El resto de las intervenciones de protección social están distribuidas sectorialmente entre 28 instituciones del poder ejecutivo que componen ¡Vamos! (Gabinete Social, 2019).

Desde la perspectiva del envejecimiento activo, cabe entonces la interrogación sobre el grado de identificación problemática y de respuesta estatal ante cada una de las dimensiones que lo componen. A tal fin, se revisó el árbol de problemas (Gabinete Social, 2021a) y la planificación plurianual del SPS (Gabinete Social, 2021b), de manera de identificar la condición de inclusión de la dimensión y, en caso afirmativo, la causalidad problemática atribuida; y por último, se señalan las respuestas estatales vinculadas. Como producto sistematizado de la revisión, se presenta la figura 4.

**Figura 4.** Determinantes del envejecimiento activo y su problematización e imputación causal, y su componente de respuesta estatal en el Sistema de Protección Social Vamos!

#	Determinante	Problematización - Causas directas	Componente de respuesta estatal (Acciones estratégicas del SPS)
1	<b>Determinantes transversales, la cultura y el género</b>	Insuficiente promoción de una cultura para la igualdad entre hombres y mujeres (T-B-CD1) Discriminación legal hacia las mujeres (T-B-CD2) Insuficiente de cobertura de servicios articulados exclusivos para mujeres (T-B-CD4) Insuficiente promoción de la ciudadanía sustantiva y el empoderamiento (T-B-CD5) Violencia de género contra las mujeres (T-B-CD6)	Promoción de una cultura para la igualdad de derechos y oportunidades entre mujeres y hombres (T) Prevención, detección y atención de la violencia de género contra las mujeres (T) Promoción de la ciudadanía sustantiva y el empoderamiento de las mujeres para el acceso a niveles de decisión en forma paritaria (T)
2	<b>Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales</b>	Insuficiente y débil atención primaria en salud para la cobertura de servicios de salud estatal especializados (P60-A-CD1) Limitados programas estatales alimentarios y nutricionales (P60-A-CD2) Limitada oferta de modalidades estatales de atención y cuidado (P60-A-CD3) Insuficiente promoción de la salud preventiva (T-G-CD1)	Ampliación gradual y fortalecimiento de la atención primaria en salud para la cobertura de servicios de salud estatal especializados en PAM, que atienden sus enfermedades prevalentes (hipertensión, reuma, artritis, artrosis, osteoporosis, diabetes, Alzheimer, depresión) (P60) Fortalecimiento de los programas estatales alimentarios y nutricionales de PAM en situación de vulnerabilidad. (P60) Fortalecimiento de la oferta de modalidades estatales de atención y cuidado (incluye actividades recreativas, de socialización, salud, etc.) para PAM que lo requieran. (P60) Promoción de la salud preventiva tanto en la cultura ciudadana como en los servicios públicos (T) Diseño, socialización y formalización de la Política Nacional de Cuidados e implementación de su primer Plan de Acción. (T)
3	<b>Determinantes conductuales</b>		Promoción de la salud preventiva tanto en la cultura ciudadana como en los servicios públicos (T)
4	<b>Determinantes relacionados con los factores personales</b>	Débil servicios de prevención y atención de la salud mental (T-G-CD8)	Fortalecimiento de los servicios de prevención y atención de la salud mental (T)
5	<b>Determinantes relacionados con el entorno físico</b>	Déficit de soluciones habitacionales (H-B-CD3) Insuficiente conectividad vial (E-A-CD1) Déficit de la cobertura de transporte público (E-A-CD6) Deficiente infraestructura de espacios públicos (E-A-CD8)	Ampliación del acceso al agua potable y ampliación de la cobertura de agua a través de red (H) Ampliación de la cobertura y mejoramiento de los sistemas de saneamiento (H) Fortalecimiento y ampliación de la oferta de soluciones habitacionales (H) Mejoramiento y ampliación de la infraestructura vial (E) Ampliación de la cobertura y mejoramiento del servicio de transporte público, en el ámbito urbano y rural (E) Mejoramiento y ampliación de la infraestructura de espacios públicos (E)
6	<b>Determinantes relacionados con el entorno social</b>	Débil y limitado acceso de programas estatales de alfabetización y mejoramiento del nivel educativo (P60-A-CD4)	Ampliación y descentralización de la cobertura de programas estatales de alfabetización y mejoramiento del nivel educativo de PAM (P60) Fortalecimiento de la oferta de modalidades estatales de atención y cuidado (incluye actividades recreativas, de socialización, salud, etc.) para PAM que lo requieran. (P60)

#	Determinante	Problematización - Causas directas	Componente de respuesta estatal (Acciones estratégicas del SPS)
7	<b>Determinantes económicos</b>	<p>Inadecuada gestión de pago oportuno de pensiones contributivas (P60-B-CD1)</p> <p>Información poco oportuna para los que están en edad de retiro (P60-B-CD2)</p> <p>Déficit de identificación de las personas que se aproximan a la edad de jubilación (P60-B-CD3)</p> <p>Limitada cobertura de las pensiones no contributivas (P60-B-CD4)</p> <p>Débiles propuestas sobre el sistema de jubilaciones y pensiones de salud (P60-B-CD5)</p>	<p>Fortalecimiento de gestión y ampliación de la cobertura de pensiones contributivas y no contributivas (P60)</p> <p>Mejoramiento de la provisión de información a las personas que están próximas a la edad de retiro para acceder a la prestación (P60)</p> <p>Diseño de un modelo para la identificación de las personas próximas a la edad de jubilación que alguna vez cotizaron al sistema y que no han llegado a la cantidad de aportes mínimos para establecer pilares de financiamiento combinados contributivos y no contributivos (P60)</p> <p>Formulación de propuestas sobre el sistema de jubilaciones y pensiones de salud con base en los análisis actuariales que promuevan la sostenibilidad financiera del sistema (P60)</p>

**Notas:**

En Problematización, la primera letra de identificación refiere a la categoría del SPS en la que se inscribe: P60 (Población de 60 años y más); T (Todas las edades); H (Hogares); y E (Entorno).

Los determinantes transversales, la cultura y el género (#1) son problematizados por ¡Vamos! en escala justamente transversal. Es decir, como parte de la desigualdad de género que atraviesa la sociedad (todas las edades), sin especificar en la situación de las mujeres adultas mayores. En ese sentido, el SPS problematiza desde un espectro amplio, abarcando el componente cultural, legal, la atención específica de servicios para las mujeres, la promoción de la ciudadanía sustantiva y la violencia de género. Si bien el componente cultural es mencionado, las actividades asociadas a la Acción estratégica que le corresponde (cultura para la igualdad de derechos) se ciñe a elementos legales, con el aseguramiento normativo de no discriminación hacia mujeres. El componente de violencia tiene una amplia ponderación en el SPS, con campañas de comunicación, dispositivos de atención por diferentes medios, el acompañamiento de víctimas y la sistematización de datos a través de un observatorio. En cuanto a participación, la respuesta está más bien orientada al fomento y aseguramiento de la presencia femenina en los espacios de decisión, particularmente en el sector público en general y en la política.

En cuanto a los determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales (#2), se trata de un eje con una amplia problematización y respuesta estatal en el marco del SPS. Se remarca la importancia otorgada a los desafíos sanitarios específicos en la población adulta mayor, especialmente en la atención de enfermedades prevalentes y el aseguramiento alimentario. Estas problematizaciones tienen su correspondencia en las Acciones estratégicas definidas, donde incluso se hace hincapié en la necesidad de fortalecimiento de establecimientos y recursos humanos especializados en este segmento poblacional. Asimismo, en la respuesta se adiciona una acción estratégica orientada a modalidades de atención y cuidado extensivos a la recreación y socialización, que se vincula con los determinantes conductual (#2) y de entorno social (#6). Por último, cabe destacar la problematización sobre el cuidado (como parte del espectro de las personas adultas mayores) y la necesidad de desarrollo de un sistema nacional abocado a esa intervención, el cual está planteado en el marco de la categoría transversal de “Todas las edades”.

El determinante conductual (#3) no tiene una problematización dentro del SPS. Sin embargo, el mismo Sistema plantea una línea de salud preventiva a escala de todas las edades, con los componentes de cesación de consumo de sustancias psicoactivas, fomento de la recreación, entre otras actividades.

El determinante relacionado con los factores personales (#4) tiene conexión con la problematización de las limitaciones del propio estado en la provisión de servicios de salud mental y la orientación de la respuesta en ese sentido. El resto del espectro del determinante aún no ha permeado la agenda estatal de protección.

El ámbito del determinante relacionado con el entorno físico (#5) también está problematizado y respondido en el SPS a través de categorías transversales. La problemática es entendida en términos generales, en su afectación a toda la población, por lo que no hay una especificidad propia en la población adulta mayor. En la problematización se destacan las limitaciones en cuanto al acceso a soluciones habitacionales, la conectividad vial, la cobertura del transporte público y la infraestructura de espacios públicos. Todas estas problematizaciones tienen su correspondencia en acciones estratégicas que procuran su abordaje, con diferenciales de amplitud. Las actividades vinculadas a soluciones habitacionales se estructuran desde la construcción y entrega por parte del Estado (especificada en determinadas áreas del país, con mayor incidencia de la pobreza) hasta la oferta de préstamos de acceso. Las iniciativas en cuanto a infraestructura vial se orientan a la rehabilitación y mejoramiento de caminos vecinales, así como el empedrado y pavimentación de vías de mayor importancia. En contraste, lo referido al transporte público, se ciñe a actividades de regulación y control, sin iniciativas de expansión. Por último, las mejoras en los espacios públicos tienen la singularidad de ser implementadas por las gobernaciones; individualizando las líneas de construcción y mantenimiento de centros deportivos, plazas y centros comunitarios y centros educativos inclusivos y accesibles.

El determinante relacionado al entorno social (#6) es problematizado y respondido en su componente educativo. ¡Vamos! advierte sobre las limitaciones en la oferta y el acceso de las personas adultas mayores a la alfabetización (dado que en este segmento se concentra el núcleo duro del fenómeno) y el mejoramiento general del nivel educativo. Esta problematización tiene su correspondencia en la acción estratégica que procura un fortalecimiento de este tipo de oferta educativa. Asimismo, cabe destacar la acción estratégica que se orienta a las modalidades de atención y cuidado destinadas a la población adulta mayor, centrado principalmente a través de hogares de adultos mayores. En contraste, no se observa una problematización ni respuesta específica ante situaciones de violencia a la que puede ser objeto este segmento poblacional; dado que ¡Vamos! especifica la problematización y respuesta a la misma en los casos de género y la niñez y adolescencia.

Por último, los determinantes económicos (#7) están fuertemente problematizados en torno al acceso y gestión a los beneficios del sistema de seguridad social, con sus pilares contributivo y no contributivo. Las respuestas estatales están concentradas en este segmento. Las mismas se orientan en una búsqueda de mayor cobertura (por adecuación y del pilar contributivo y la expansión del no contributivo), la identificación y preparación de las personas próximas a acceder a beneficios contributivo; así como en los avances técnicos-analíticos que procuren una sostenibilidad del sistema de jubilaciones y pensiones.

#### **4. Una revisión de la experiencia internacional en materia de políticas hacia la población adulta mayor**

Diferentes países han implementado diferentes modalidades de intervención para promover un envejecimiento saludable con variable nivel de éxito, lo cual soporta las intervenciones recomendadas para Paraguay. Modalidades de intervención ya probadas en otros países abarcan desde educación personalizada para el cambio de comportamiento hasta la actividad física o prevención de caídas. Varios estudios han medido la efectividad de estas intervenciones. Por ejemplo, en EE. UU. se describe una intervención (Daskalopoulou *et al.*, 2017) con enfoque de asociación colaborativa, basada en recursos comunitarios ya existentes (incluyendo una red de trabajadores sociales y de salud tanto de organizaciones no gubernamentales como del gobierno), que logró aumentar la adopción de un programa comunitario de nutrición y actividad física para adultos mayores, ayudando efectivamente a controlar factores de riesgo cardiovascular. De manera similar, en Suecia, una intervención multiprofesional para mejorar atención de salud a adultos mayores, que involucró a la municipalidad local, un servicio de atención primaria y un hospital universitario, resultó en una mejor continuidad de atención para las personas mayores frágiles (Ebrahimi *et al.*, 2013)

En Australia, otro estudio informó que la creación de centros comunitarios para personas mayores es un enfoque eficaz para promover la actividad física entre adultos de la comunidad (Reid *et al.*, 2019). Un posible mecanismo para la implementación exitosa y la sostenibilidad de un programa de prevención de enfermedades crónicas es la asociación del gobierno con una organización no gubernamental con infraestructura ya existente, y la formación de vínculos con socios dentro de la comunidad. Por ejemplo, una intervención en EE.UU. (Zgibor *et al.*, 2016) se centró en el uso de asociación colaborativa (creación de sinergias entre organizaciones) para desarrollar, implementar y evaluar un programa diseñado para aumentar la función física, disminuir el dolor y la rigidez y mejorar las conductas de autogestión y el uso de servicios preventivos, entre adultos mayores con artritis. Descubrieron que el uso de asociaciones colaborativas creaba una sinergia productiva que maximizaba las fortalezas en la ejecución del programa y la optimización de los impactos del programa. Esa asociación dio como resultado la capacitación de 77 trabajadores de salud comunitarios para ejecutar el programa efectivamente en 54 sitios diferentes. Del mismo modo, otros investigadores (Ford *et al.*, 2017) han descrito una asociación de organizaciones de atención médica y comunitarias que realizaron en conjunto talleres para adultos mayores, para un programa de autocuidado de caídas y prevención enfermedades crónicas, llevados a cabo dentro de las comunidades. Este modelo de trabajo demostró ser efectivo. Los investigadores encontraron que la participación de adultos mayores en talleres dirigidos por organizaciones comunitarias y rurales (con apoyo financiero y habiendo recibido entrenamiento de profesionales de salud pública) redujo efectivamente el aislamiento social y las caídas, y mejoró las habilidades de comunicación entre adultos mayores y sus proveedores de salud.

Otros países han utilizado intervenciones con enfoque centrado en el individuo para la planificación e implementación de programas de salud de adultos mayores. Por ejemplo, en Australia, una organización no gubernamental local creó un programa ejercicio para personas adultas frágiles viviendo en la comunidad (McNamara *et al.*, 2016). Este programa consistió en clases de danza en estilos diseñados para personas mayores con movilidad limitada (por ejemplo, “movimientos del corazón”, danza del vientre, danza en línea, movimiento Feldenkrais, etc.). El programa fue diseñado

luego de consultar con individuos pertenecientes a la comunidad a la que fue dirigido, teniendo en cuenta las necesidades particulares de cada entrevistado. El programa también incluyó un componente social (por ejemplo, té matutino e interacción social). El programa duró ocho semanas, con una sesión de dos horas cada semana. Según el estudio de evaluación de este programa (McNamara *et al.*, 2016) los participantes informaron mejor salud, función social y bienestar mental, así como mayor participación en las actividades domésticas y de ocio. (También notaron que algunos participantes no pudieron asistir a todo el programa debido a problemas de salud o dificultades para asegurar el transporte, por lo que un enfoque aún más individualizado fue recomendado para futuros programas similares).

El enfoque centrado en el individuo busca asegurar la contribución activa, en las diversas etapas de la planificación e implementación del programa, de las mismas personas mayores que habrían de participar del programa. Es decir, hacer partícipes a individuos de la creación de las intervenciones diseñadas para esos mismos individuos, teniendo en cuenta sus preocupaciones y prioridades (Arkkukangas *et al.*, 2020; Clark *et al.*, 2012; Ebrahimi *et al.*, 2013). Los hallazgos de estos estudios mostraron que las intervenciones para el envejecimiento saludable funcionan mejor al aprovechar las recomendaciones de los mismos adultos mayores y sus familiares, incluyendo sus experiencias vividas y conocimientos, e incorporando el cuidado y el apoyo de la familia a las intervenciones (Behm *et al.*, 2014; Ebrahimi *et al.*, 2013).

Otras intervenciones han utilizado voluntarios de la comunidad como parte del enfoque para la implementación del programa (Clare *et al.*, 2015; Dolovich *et al.*, 2019; Zgibor *et al.*, 2016). Estas intervenciones mostraron que el uso de voluntarios en la mayoría de los casos aseguró una implementación exitosa e influyó positivamente en la salud y el bienestar general de los adultos mayores. Zgibor y colaboradores (Zgibor *et al.*, 2016), por ejemplo, mostraron que el uso de trabajadores comunitarios voluntarios para brindar promoción de la salud centrada en adultos mayores de la comunidad puede hacer que el programa sea más fácil de implementar y adaptar, que aquellos que requieren participación directa de profesionales de la salud. Otros investigadores (Bøen *et al.*, 2012) han encontrado que el uso de adultos mayores como voluntarios para implementar una intervención de promoción de la salud, centrada en el apoyo social y la prevención de la depresión, tuvo un efecto positivo en los resultados de la intervención. Los mecanismos claves dentro de este enfoque de implementación con voluntarios fueron la formación de los mismos y su capacidad para estimular y fomentar la interacción social en las personas mayores de su comunidad.

Las intervenciones de salud que utilizan enfoques autodirigidos y dirigidos por profesionales de salud mostraron resultados mixtos. Por ejemplo, Reed y colaboradores (Reed *et al.*, 2018) evaluaron un programa de educación para la autoevaluación el autocontrol de enfermedades crónicas en adultos mayores australianos con múltiples afecciones de salud. Encontraron que este programa, donde médicos proveían de educación para el autocuidado durante citas médicas de rutina, era menos efectivo que intervenciones comunitarias. Las intervenciones comunitarias parecen mostrar mejores resultados cuando agentes de salud o trabajadores sociales acuden a la comunidad donde viven los adultos mayores a proveer atención médica y promover hábitos saludables, en lugar de esperar a que los mismos atiendan a una consulta de salud para proveer educación (Appleton, 2013; Arkkukangas *et al.*, 2020; Gothe *et al.*, 2015). Otros estudios demostraron, sin embargo, que programas donde profesionales de salud proveen educación en el consultorio sobre actividad física, para que luego los adultos mayores realicen esa actividad en la casa, pueden llegar a funcionar. No obstante, estos programas requieren intervenciones complementarias, como entrevistas motivacionales, para mejorar la autoestima, y reforzar los programas con materiales educativos para optimizar su impacto (Arkkukangas *et al.*, 2020; Gothe *et al.*, 2015). Otros investigadores (Chippendale y Boltz, 2015)

también demostraron que una intervención de terapia ocupacional incluyendo educación básica y escritura, dirigidos por terapeutas ocupacionales, puede mejorar el sentido de propósito y sensación de bienestar en los adultos mayores. Sin embargo, intervenciones ocupacionales funcionan mejor cuando se implementan dentro de un contexto grupal, con adultos mayores sirviendo como modelos a seguir y compartiendo sus experiencias de vida con sus compañeros.

En general, los factores identificados en otros países que han resultado en mejores intervenciones de salud para adultos mayores incluyen: el uso de asociaciones colaborativas y los enfoques centrados en la persona, la motivación de los adultos mayores para participar, las oportunidades para involucrar a cuidadores y voluntarios de la comunidad, y el nivel de habilidad del personal de implementación del programa para usar dichos enfoques (Behm et al, 2014; Behm, 2011; Dolovich et al., 2019; Zgibor et al., 2016).

De la revisión de experiencias internacionales, se desprenden una serie de recomendaciones de lineamientos de intervención:

**Mecanismos de asociación y colaboración:** La asociación entre sectores gubernamentales y comunitarios, y la colaboración de profesionales de salud entre sí y entre profesionales y adultos mayores, son enfoques efectivos para intervenciones de envejecimiento saludable. Estas asociaciones contribuyen a programas sostenibles para poblaciones locales de adultos mayores. El diseño de los detalles de la intervención con colaboración de personas mayores contribuye a desarrollar su autoestima y les permite participar más activamente en las intervenciones de envejecimiento saludable (Ebrahimi et al., 2013; Zgibor et al., 2016).

**Voluntarios y mentores pares:** El uso de voluntarios y mentores pares ayuda a asegurar una implementación exitosa de las intervenciones de salud e influye positivamente en la salud y el bienestar general de los adultos mayores. Por ejemplo, en la intervención Health TAPESTRY de Canadá las visitas domiciliarias de los voluntarios fomentaron la interacción social y crearon conciencia entre los adultos mayores sobre su propio estado de salud (Dolovich et al., 2019).

**Intervenciones de continuidad de la atención:** El diseño de las intervenciones que inicie con los adultos mayores antes de darles de alta del hospital motiva y empodera a los adultos mayores para mejorar sus propios resultados de salud luego del alta. La creación de un continuo de atención que inicie en el mismo hospital donde se atiende a adultos mayores y llegue hasta el propio hogar de la persona mayor, involucrando a múltiples profesionales, pacientes y cuidadores en el proceso de planificación de la atención, es un enfoque eficaz para implementar programas de salud en estas poblaciones (Aminzadeh y Dalziel, 2002).

**Atención primaria interdisciplinaria:** La atención primaria interdisciplinaria basada en equipos mejora la calidad de la atención de los adultos mayores, aumenta la confianza y la satisfacción con el sistema de atención médica. Un enfoque de equipo interprofesional para implementar intervenciones de salud es importante para que los adultos mayores que viven en la comunidad satisfagan sus necesidades de salud de manera más integral y facilitada (Arkkukangas et al., 2020; L. Behm et al., 2014; Dolovich et al., 2019).

**Participación e interacción social:** La participación y la interacción social son factores importantes para el éxito de intervenciones de envejecimiento saludable que se centran en la promoción de la salud física, social y mental. Por ejemplo, en un contexto grupal, investigadores demostraron beneficios de la interacción social para lograr un mayor consumo de frutas y verduras en adultos mayores (Appleton, 2013). También se ha demostrado que una combinación de actividad física con educación para la salud mejoró la participación de los adultos mayores en los servicios preventivos

(Zgibor *et al.*, 2016). Por lo tanto, un contexto grupal parece mejorar el compromiso y la adherencia de las personas mayores a las intervenciones de envejecimiento saludable.

**Aumentar el número de reuniones o sesiones:** Incrementar el número de reuniones o sesiones, y agregar sesiones de refuerzo, en las intervenciones de promoción de la salud centradas en los adultos mayores, mejora la constancia con la intervención y optimiza el impacto de los programas. Investigaciones como las de Clark *et al.*, 2012, han demostrado que las intervenciones grupales con sesiones semanales durante 6 meses o más pueden optimizar el impacto de un programa de salud. Asimismo, la evaluación de una intervención que suponía reuniones de adultos mayores de cuatro semanas con una visita domiciliaria de seguimiento demostró que estas mejoraron la independencia de los adultos mayores en las actividades de la vida diaria (Behm *et al.*, 2014)

**Modo de administración de intervenciones:** Los programas de actividad física en el hogar con una dosis insuficiente de actividad física no mejoran los resultados de salud. Las intervenciones de actividad física en el hogar requieren además un componente de visita social para aumentar la aceptación y los resultados del programa (Kerse *et al.*, 2010). Los programas de actividad física en el hogar que utilizan un enfoque a distancia por medio de videos instruccionales pueden así llegar promover la actividad física y el rendimiento funcional entre adultos mayores de más de 70 años (Gothe *et al.*, 2015). Promover opiniones positivas sobre el envejecimiento también puede contribuir a mejorar los niveles de actividad física entre los adultos mayores (Wolff *et al.*, 2014). También se requieren estrategias de comportamiento para promover la adherencia y complementar la provisión de actividad física en entornos comunitarios (Reid *et al.*, 2019). Esto significa que los programas de fisioterapia tradicionales pueden implementarse con un componente de entrevistas motivacionales para aumentar la adherencia y mejorar los efectos positivos sobre la conducta de ejercicio a largo plazo (Arkkukangas *et al.*, 2020).

**Establecimiento de objetivos:** El establecimiento de objetivos es un proceso útil para ayudar a personas mayores a modificar su estilo de vida y permitirles envejecer con más éxito, además de reducir los factores de riesgo asociados con el envejecimiento, en comparación con las estrategias cognitivas menos efectivas como la educación para la salud mediante simple provisión de información (Clare *et al.*, 2015). En general, el establecimiento de objetivos es un motor clave de cambio y se ha demostrado que fomenta la toma de decisiones compartida entre los adultos mayores y los profesionales de salud, mejorando los resultados de salud en intervenciones de envejecimiento saludable destinadas a la prevención de enfermedades y el mantenimiento de la funcionalidad (Clare *et al.*, 2015; Dolovich *et al.*, 2019).

## 5. Recomendaciones: Políticas públicas con impacto en el envejecimiento activo a partir de evidencias

Tal como se explicitó en la introducción, se desarrolla en este apartado una serie de recomendaciones de intervención de política pública. Se trata de acciones (u orientaciones de focalización para el diseño de acciones) vinculadas a cada uno de los factores condicionantes del envejecimiento activo (sanidad y servicios sociales; conductuales; personales; entorno físico; sociales; y económicos).

Más allá de los factores condicionantes sectoriales mencionados, cabe destacar la necesidad de atender dos factores transversales que componen el envejecimiento activo. Por un lado, la asunción de un enfoque de género, que atienda la situación diferencialmente negativa que tienen las mujeres sobre las condiciones del envejecimiento activo. Las desigualdades basadas en roles históricos no solo condicionan la niñez, adolescencia, juventud y adultez de las mujeres, sino que la evidencia muestra sus restricciones en el acceso a derechos marcadamente en el segmento poblacional de la adultez mayor. De allí la necesidad de enfatizar y focalizar acciones en las mujeres, de manera de reducir dichas brechas de desigualdad. Por otro lado, la cultura se erige como el otro factor transversal condicionante del envejecimiento activo. En ese marco, se destacan las representaciones sociales sobre la adultez mayor, que más allá de las significaciones dominantes, existen heterogeneidades según segmentos de estratificación social, así como territoriales. Vinculado a esto último, cobra especial importancia la necesidad de atender los diferenciales territoriales en las condiciones de acceso a servicios vinculados al envejecimiento activo. Ambos factores transversales (género y territorio) son invocados en las recomendaciones, atendiendo los diferenciales observados a partir de la evidencia.

Las recomendaciones están fundamentalmente basadas en los hallazgos desarrollados en el marco de la presente investigación (Producto 1: Informe técnico analítico; del Proyecto “Evaluación integral de las necesidades de los adultos mayores en Paraguay en tiempos de pandemia para el logro de un envejecimiento activo: Recomendaciones para el diseño de intervenciones públicas”). Dicha línea de análisis se desarrolló bajo la utilización de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS; STP, 2015). El presente informe toma como insumo los hallazgos y las distribuciones relativas (porcentajes y proporciones) trabajadas en la fase analítica. A fin de generar estimaciones en cifras absolutas (cantidad de personas adultas mayores en determinadas situaciones), se consideraron las mencionadas proporciones de la ELPS 2015 y se conjugaron con las proyecciones de la población nacional (DGEEC, 2015); bajo el supuesto de estabilidad de las proporciones observadas en 2015. La opción de conjugación de fuentes se estableció por la necesidad habitualmente presente para las personas tomadoras de decisión en cuanto a disponer de cifras absolutas para la evaluación o justificación de las intervenciones. Complementariamente, en variables donde existe una variación importante en las condiciones de acceso (transporte privado y componentes del ingreso), se tomó como fuente de información a la Encuesta Permanente de Hogares Continua, serie comparable, correspondiente a la última edición disponible, del año 2020 (INE, 2021).

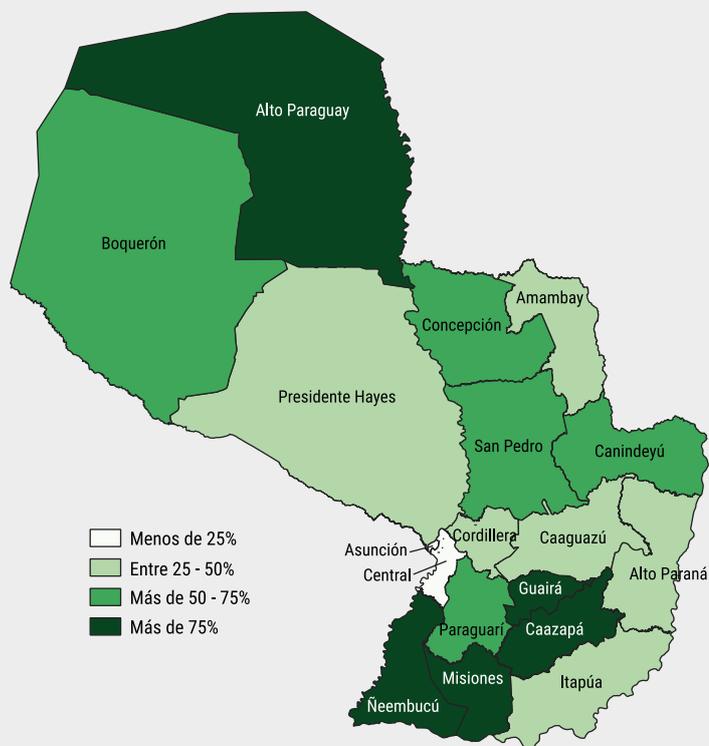
## 5.1 Sanidad y servicios sociales

### Salud preventiva

Una de las dimensiones principales de la sanidad y servicios sociales se vincula con la infraestructura de atención primaria de la salud (APS). La respuesta del Estado paraguayo en cuanto a APS se desarrolla a través de la instalación de las Unidades de Salud de la Familia (USF). Según sus parámetros de diseño, cada USF está concebida para dar cobertura a 3.500 personas residentes en las cercanías al establecimiento. Según la última información disponible, existen 866<sup>2</sup> USF en el territorio nacional. Al conjugar la capacidad de esta infraestructura con la proyección de la población nacional para 2021 (7.353.038 personas), la cobertura teórica de las USF alcanza al 41,2% de la población.

En virtud de la política de expansión de las USF, presente en la planificación plurianual de ¡Vamos!, resulta de interés la identificación de departamentos donde la cobertura teórica se encuentra sustantivamente por debajo del promedio nacional. Según lo evidenciado en la figura 5, la zona metropolitana (Asunción y Central) se encuentra con niveles de cobertura teórica del 25%, por lo que la recomendación de robustecimiento de la oferta se orienta hacia dichos territorios. Asimismo, cabe destacar el patrón de cobertura teórica relativamente bajo (menor al 50% en la franja centro-este del país (Cordillera, Caaguazú y Alto Paraná), a quienes se suma Itapúa y, ya fuera del continuo territorial, Amambay y Presidente Hayes. Los mencionados territorios requieren también una política de expansión que brinde condiciones de equidad en el acceso a la APS.

**Figura 5.** Departamentos según cobertura teórica de las Unidades de Salud de la Familia. Paraguay. Año 2021



**Fuente:** Elaboración propia con base en MSPBS, Registros administrativos y DGEEC (2015).

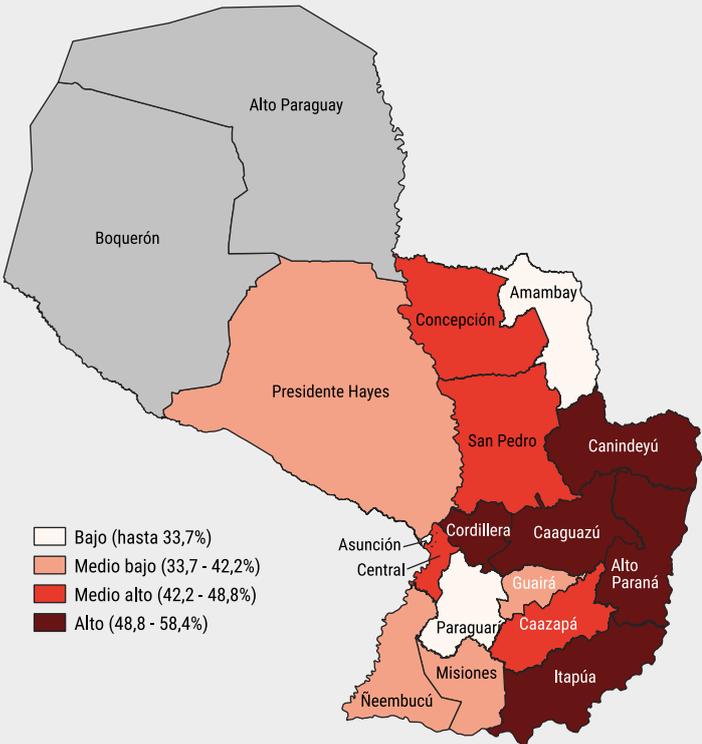
2 Fuente?

En complementariedad con el abordaje de las limitaciones de la oferta, a partir del cálculo de cobertura teórica, resulta notable la correspondencia con los patrones hallados en el Informe Técnico Analítico (E+E, 2021) en cuanto a las atenciones médicas preventivas en la población adulta mayor. En la figura 6 se observa que los niveles más altos de porcentaje de población adulta mayor que no se hizo consultas generales o controles preventivos se corresponde con el mencionado eje centro-este del país y los departamentos adyacentes de Itapúa y Canindeyú.

A partir de la evidencia, se refuerza la recomendación de focalización territorial de instalación de USF y campañas orientadas hacia el acudimiento a controles médicos periódicos en los departamentos señalados.

Además del énfasis territorial, cabe destacar la necesidad de despliegue de mecanismos de adherencia y campañas orientadas en las personas adultas mayores hombres, dado que la mitad de ellos (49,8%) no realizó consultas generales o controles preventivos<sup>3</sup>.

**Figura 6.** Departamentos según porcentaje de población de 60 años y más que en el último año no se realizó una consulta general ni control preventivo. Paraguay. Año 2015



Fuente: Elaboración propia con base en STP, ELPS 2015

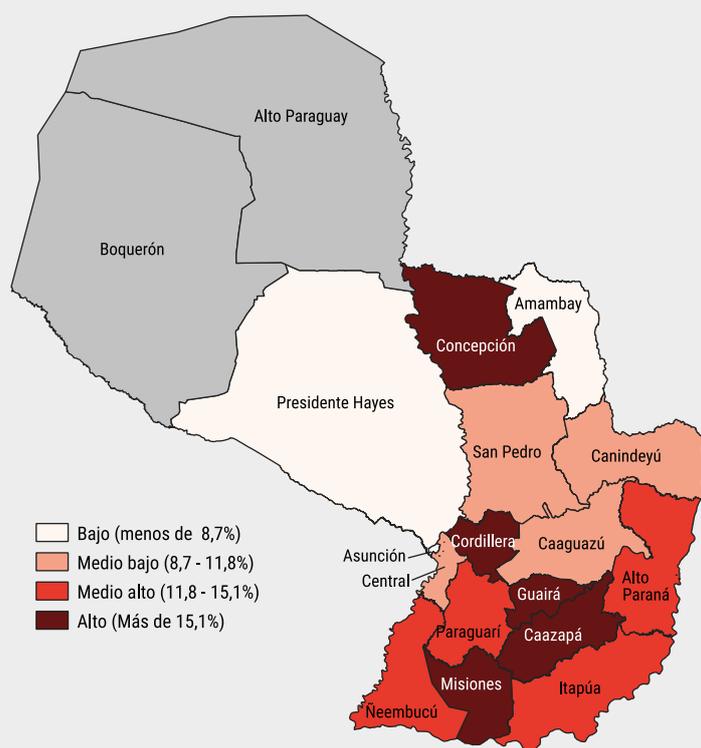
3 La incidencia en las mujeres es de 36,9%.

## Atención de enfermedades crónicas

Con la expansión del proceso de envejecimiento y el avance de la transición epidemiológica, se elevan la incidencia de enfermedades crónicas. Asimismo, también se expresan diferencias por sexo.

En ese marco, en el Informe Técnico Analítico (E+E, 2021) identificó los diferenciales territoriales de la incidencia de la hipertensión en los hombres (12,3%)<sup>4</sup>. Como fenómeno, debe notarse la mayor incidencia en los departamentos del centro (Cordillera, Guairá y Caazapá), Misiones y Concepción.

**Figura 7.** Departamentos según porcentaje de hombres de 60 años y más con hipertensión. Paraguay. Año 2015



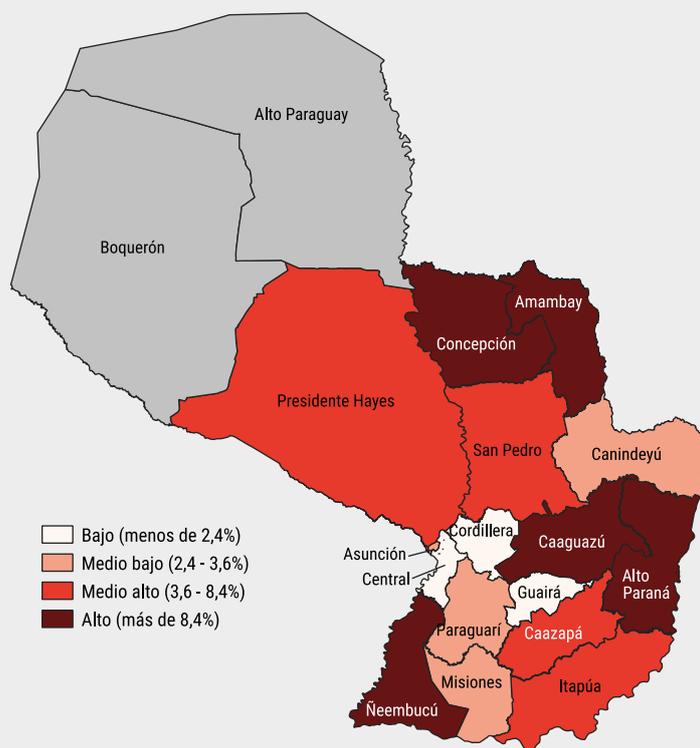
Fuente: Elaboración propia con base en STP, ELPS 2015

Entre las mujeres, resalta el diferencial de incidencia de la diabetes (5,4%)<sup>5</sup>, con concentraciones relativamente más elevadas en el norte (Concepción y Amambay); Este (Caaguazú y Alto Paraná) y Ñeembucú (figura 8).

4 Si bien el nivel de incidencia de la hipertensión es similar entre sexos, la especial atención en el caso de los hombres está dada por los mayores niveles de no tratamiento/atención de éstos, respecto de lo observado en las mujeres. De allí la recomendación de énfasis de intervenciones y campañas orientadas al subuniverso masculino.

5 En los hombres la incidencia de la diabetes está estimada en 7,5%.

**Figura 8.** Departamentos según porcentaje de mujeres de 60 años y más con diabetes. Año 2015



Fuente: Elaboración propia con base en STP, ELPS 2015

A la recomendación de focalización territorial de la atención a enfermedades crónicas en los departamentos señalados, se suma la oportunidad de contacto activo con personas adultas mayores con enfermedades crónicas, a fin de establecer su estatus de atención y, eventualmente, facilitar el acceso a los servicios. En tal sentido, cabe destacar el valor de la información recogida por el programa de pensión alimentaria, que permitiría la identificación nominalizada de la población con enfermedades crónicas y la información de contacto. Del mismo modo, la Ficha Integrada de Protección Social de ¡Vamos! , aún en fase de definición de diseño conceptual, contiene un bloque de variables orientados a la identificación de personas con enfermedades crónicas (MT-FIPS, 2020). Estas dos fuentes de información constituyen excelentes oportunidades de uso por parte del propio Estado, que permitirá mejorar el acceso de la población adulta mayor con enfermedades, a partir de una potencial estrategia de contacto activo y vinculación con puntos de entrega de servicios.

### Aproximación a las necesidades de cuidado

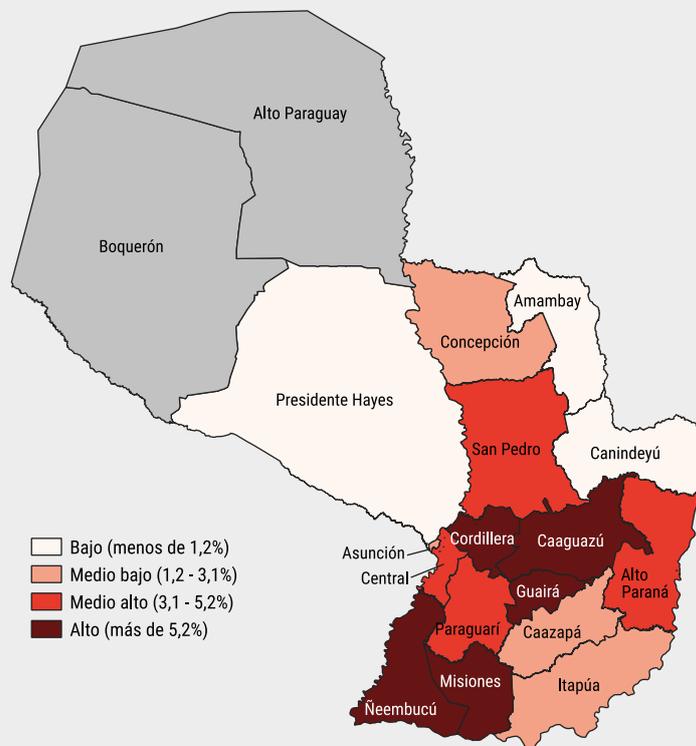
En un plano de intersección entre los factores de sanidad y servicios sociales con los de tipo personales, se encuentra el abordaje de la población adulta mayor con necesidades de cuidado y apoyo para la realización de actividades cotidianas de vida.

A partir de los hallazgos desarrollados en E+E (2021), se estima que el 3,9% de la población adulta mayor requiere asistencia para actividades muy básicas (bañarse o vestirse o comer o salir de su cama). En volumen, representa a más de 29 mil personas, según las proyecciones para el año 2021.

Los niveles más altos de requerimiento de asistencia y cuidado se observan (figura 9) en el eje centro (Cordillera, Guairá y Caaguazú) y Sur (Misiones y Ñeembucú). Las políticas de atención tienen allí sus mayores desafíos de cobertura.

Las necesidades crecientes de cobertura de cuidado requieren de la aceleración de la respuesta estatal. Dentro de este espectro, se señala la necesidad formativa en la capacitación de personal especializado en cuidado de personas mayores<sup>6</sup>; y la ampliación de la red de establecimientos especializados de cuidado<sup>7</sup>. Esta última línea deberá considerar los departamentos y áreas con los mayores niveles de envejecimiento, dada la intensificación de la demanda en poblaciones mayores a 80 años.

**Figura 9.** Departamentos según porcentaje de población de 60 años y más que necesita asistencia para desarrollar actividades básicas (bañarse o vestirse o comer o salir de su cama). Paraguay. Año 2015



Fuente: Elaboración propia con base en STP, ELPS 2015

6 Destacándose la iniciativa de la apertura de cursos en 2019 por parte del SNPP en su sede central (<https://www.snpp.edu.py/noticias-snpp/13020-snpp-impartir%C3%A1-curso-de-cuidador-b%C3%A1sico-de-adultos-mayores.html>)

7 A fines ilustrativos, se menciona que si se aplicara una respuesta exclusivamente institucional a la demanda de asistencia y cuidado a través de centros de día, se requerirían 485 establecimientos en todo el país, bajo un supuesto máximo de usuarios (60) por centro.

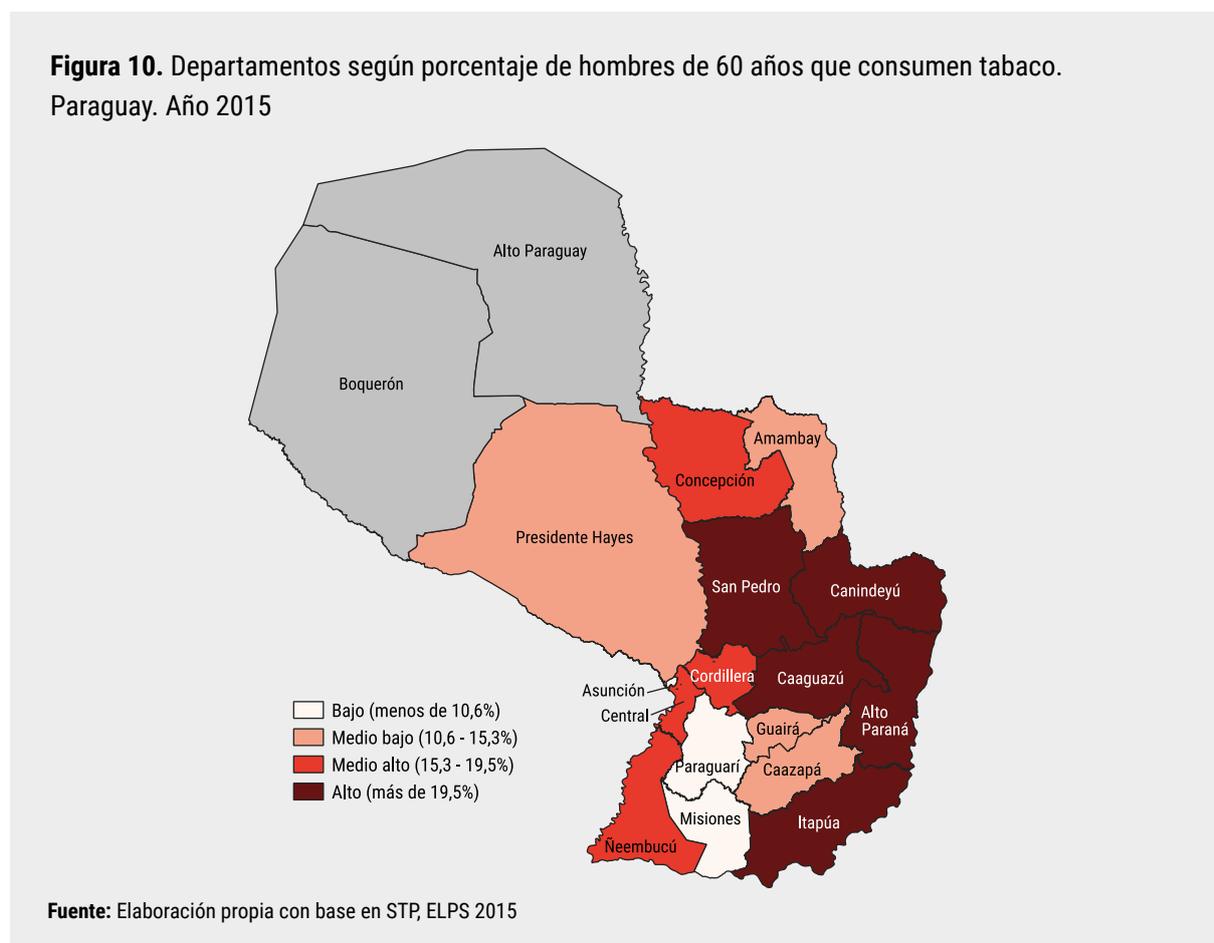
## 5.2 Conductual

### Problematización y abordaje: tabaco y alcohol

Como ya se mencionó en apartados anteriores, el consumo de sustancias psicoactivas legales no está problematizado en el Sistema de Protección Social, aunque en la respuesta estatal se menciona una línea de actividad hacia la cesación tabáquica.

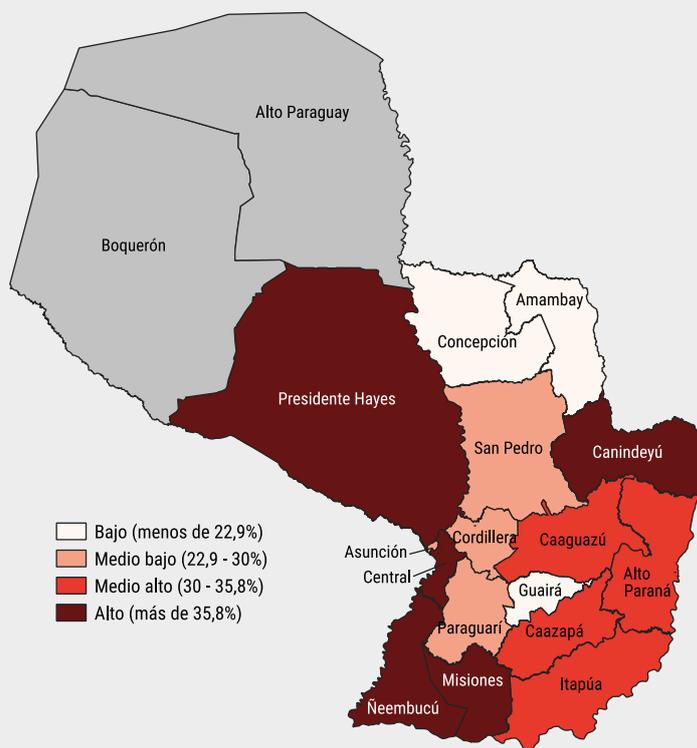
Los hallazgos del Informe técnico analítico (E+E, 2021) muestran una notable diferencialidad en el uso de estas sustancias en hombres, con 11% en el consumo de tabaco y 19,5% en el alcohol. Por ende, se recomienda una orientación de campañas de comunicación e implementación de programas de cesación y consumo responsable hacia la población de hombres, ya que allí se concentra el “núcleo duro” de la problemática. Además de dicha orientación por género en campañas y actividades comunitarias, se recomienda atender territorialmente con mayor énfasis en los departamentos de mayor incidencia.

El nivel de uso de tabaco en hombres se concentra con mayor intensidad en el centro-norte y este del país: San Pedro, Caaguazú, Canindeyú, Alto Paraná e Itapúa (figura 10).



La distribución de la problemática del uso del alcohol en hombres es diferente. Las mayores concentraciones (con incidencia mayor a 35,8%) se dan en Departamentos ribereños Presidente Hayes, Central, Neembucú, Misiones; y por otra parte, el departamento de Canindeyú (figura 11).

**Figura 11.** Departamentos según porcentaje de hombres de 60 años que consumen alcohol. Paraguay. Año 2015



Fuente: Elaboración propia con base en STP, ELPS 2015

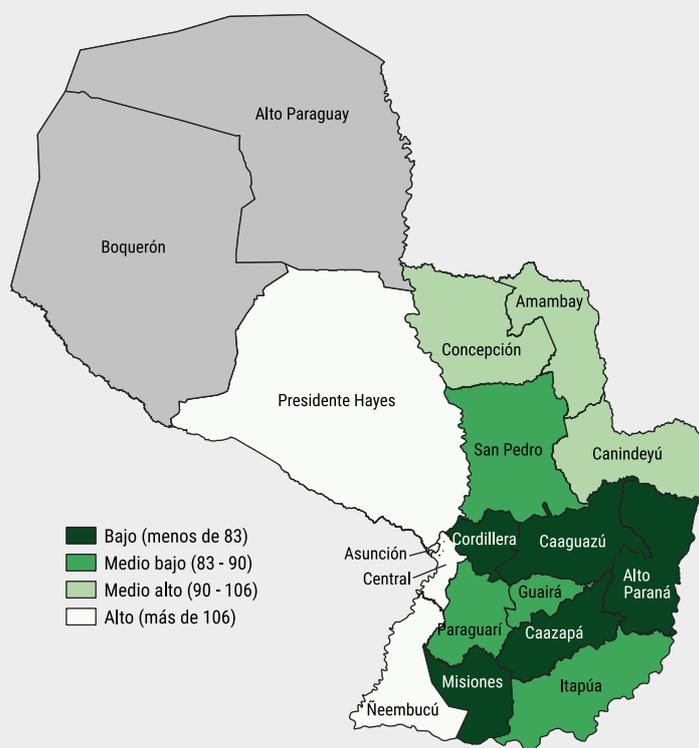
## Una oportunidad, la actividad física

En el marco del envejecimiento activo, la actividad física regular se considera una práctica positiva. Según los hallazgos del Informe técnico analítico (con fuente ELPS 2015), el 63,8% de las personas adultas mayores no hacen nada de actividad física. En términos absolutos, se estima que representa en 2021 a más de 476 mil personas de 60 años y más.

En virtud de ese cuadro de situación se identifica una oportunidad de fomento de la actividad física, a través de la extensa red de entidades deportivas y la existencia de predios en el territorio nacional. En tal sentido, la recomendación está centrada en el desarrollo de acciones de deporte social, basadas en alianzas con organizaciones de la sociedad civil, comunitarias y gobiernos subnacionales que administran predios deportivos y organizan actividades, de manera de contemplar actividades orientadas a la población adulta mayor. El abordaje debe reconocer las mayores brechas en las mujeres.

En sentido propositivo, en la figura 12 se identifican los departamentos con mejores condiciones para el desarrollo de estas iniciativas, donde se consideró el cociente entre la población de 60 años y más respecto de la cantidad de predios deportivos. En el eje centro-este y sur del país (Cordillera, Caaguazú, Alto Paraná, Caazapá y Misiones) se encontraron situaciones óptimas, con cocientes inferiores a menos de 83 personas adultas mayores por cada predio.

**Figura 12.** Departamentos según cociente entre población de 60 años y predios deportivos. Paraguay. Año 2021



Fuente: Elaboración propia con base en STP, ELPS 2015

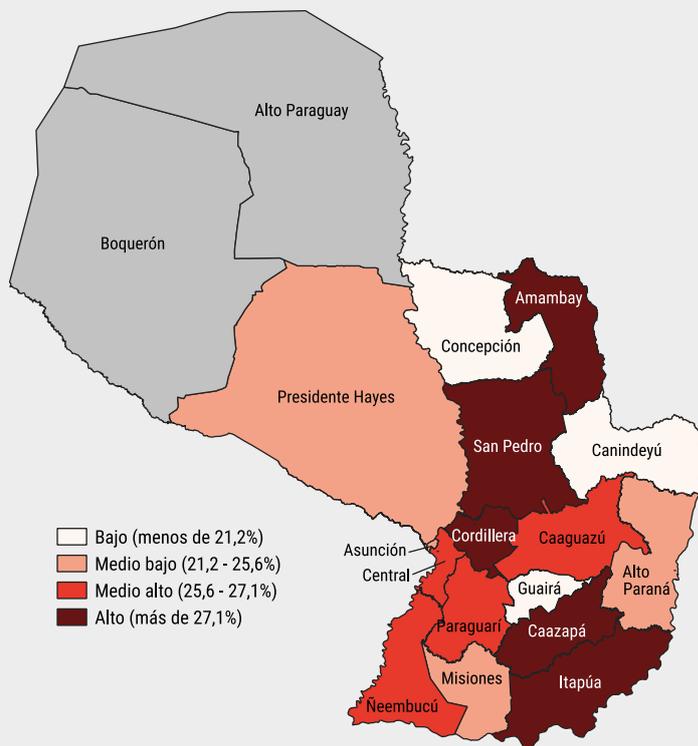
### 5.3 Personales

#### Salud mental: por dónde empezar?

En el marco del proceso de envejecimiento poblacional y los cambios en los roles generacionales, la necesidad de atención mental se acrecienta. En E+E (2021) se advierte que una de cada cuatro personas adultas mayores se siente deprimida o triste.

Se considera que en un marco de recursos escasos y limitaciones de personal especializado, la orientación está dada en una focalización en la atención psicológica con mayor intensidad en mujeres (en quienes la incidencia es mayor) y en territorios donde la prevalencia es mayor al promedio. En tal sentido, la mayor demanda se observa en el centro-norte del país (Amambay, San Pedro y Cordillera) y los departamentos de Caazapá e Itapúa.

**Figura 13.** Departamentos según porcentaje de población de 60 años y más que se siente deprimida o triste. Paraguay. Año 2015



Fuente: Elaboración propia con base en STP, ELPS 2015

### Mecanismos de abordaje a la discapacidad: certificación y acceso a servicios

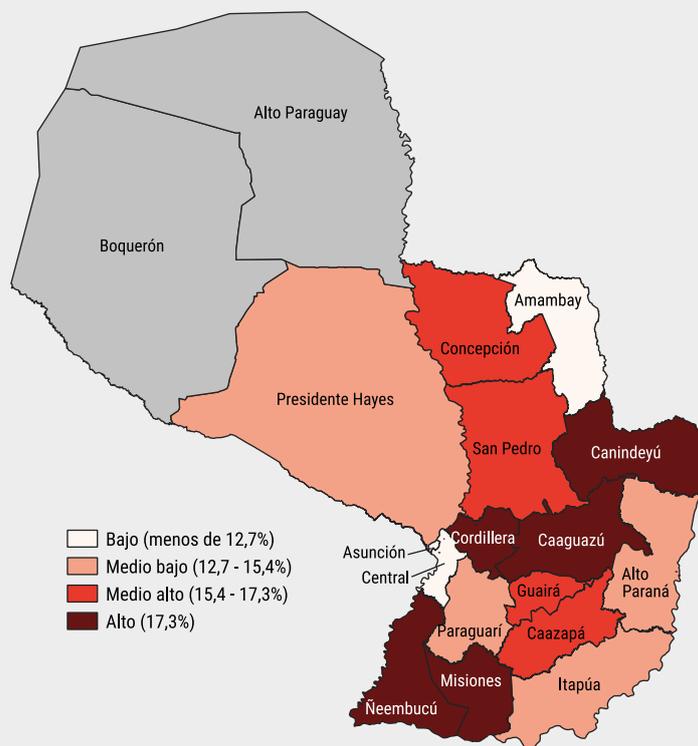
Como se mencionó en torno a la dependencia/autovalía, el proceso de envejecimiento poblacional también aparece un crecimiento en los niveles de discapacidad. Según la estimación de la presente investigación, basada en la ELPS 2015, el 15,1% de las personas adultas mayores tienen discapacidad. Equivale para el año 2021 a más de 112 mil personas de 60 años y más.

La respuesta estatal ante la población con discapacidad se muestra difusa, requiriéndose una integración de roles y servicios entre Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad (SENADIS, rectora de la política de discapacidad), el MSPBS y otras entidades prestadoras de servicios.

Un primer paso en la reducción de brechas es la aproximación e identificación de la demanda de cobertura; con su correspondencia de respuesta en cuanto a certificación de la discapacidad y la atención sanitaria que requiera cada persona adulta mayor según su situación particular.

En torno a los territorios donde se observa la mayor incidencia de la discapacidad en la población adulta mayor (figura 14), se identifica a Canindeyú, Caaguazú y Cordillera en el centro-norte; y Ñeembucú y Misiones en el sur.

**Figura 14.** Departamentos según porcentaje de población de 60 años con discapacidad. Paraguay. Año 2015



Fuente: Elaboración propia con base en STP, ELPS 2015

## 5.4 Entorno físico

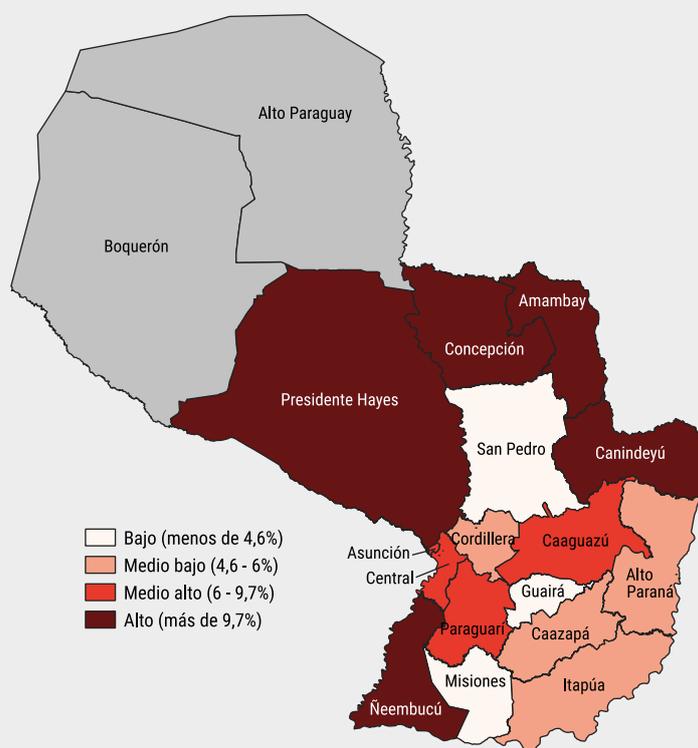
### La dimensión de la seguridad en las viviendas habitadas por personas adultas mayores

El proceso de envejecimiento no está disociado de los requerimientos de gestión del riesgo climático y ambiental. Las políticas de gestión del riesgo deben centrarse en las necesidades de atención de personas adultas mayores en viviendas y áreas inundables. La integración de la información<sup>8</sup> genera oportunidades de focalización efectiva de las acciones de atención a la emergencia.

La focalización territorial de las acciones cobra una importancia especial; dados los diferenciales observados en el Informe técnico analítico (2021). De allí la recomendación de orientación de las intervenciones en departamentos donde en proporciones de mayores a 1 de cada 10 personas adultas mayores residen en viviendas que se inundan cuando se producen lluvias (figura 15). En esa situación se identifica a Presidente Hayes, Concepción, Amambay, Canindeyú y Ñeembucú.

8 De áreas geográficas expuestas a riesgos ambientales y climáticos (SEN, 2018); y poblacional (información social).

**Figura 15.** Departamentos según porcentaje de población de 60 años que vive en viviendas que se inundan cuando llueve. Año 2015



Fuente: Elaboración propia con base en STP, ELPS 2015

## El acceso al transporte

Otra de las dimensiones nodales del entorno físico hacia el envejecimiento es el acceso al transporte por parte de la población adulta mayor. A escala nacional, es importante señalar la limitación de la resolución privada de la necesidad del transporte, dada por el hecho que según la Encuesta Permanente de Hogares Continua de 2020, el 64,1% de las personas adultas mayores viven en hogares que no disponen de automóviles particulares. Estos niveles son aún mayores en zonas fuera de los grandes centros urbanos.

La política de facilitación de acceso al transporte público en la población adulta mayor es una buena práctica adoptada por varios países de la región. Paraguay lo prevé en el marco de la Ley 6381/2020; por lo que la orientación se enfoca hacia su implementación efectiva.

### Ley 6381/2020

Artículo 7°.- Las Personas Adultas Mayores de sesenta y cinco años de edad accederán a medio pasaje en buses urbanos, interurbanos, de corta, mediana y larga distancia nacional, media entrada para cines, espectáculos artísticos y culturales y entrada gratuita para estadios de fútbol, eventos deportivos y museos.

Este derecho se otorgará automáticamente con la presentación de la cédula de identidad o pasaporte al momento de la adquisición del pasaje o entrada.

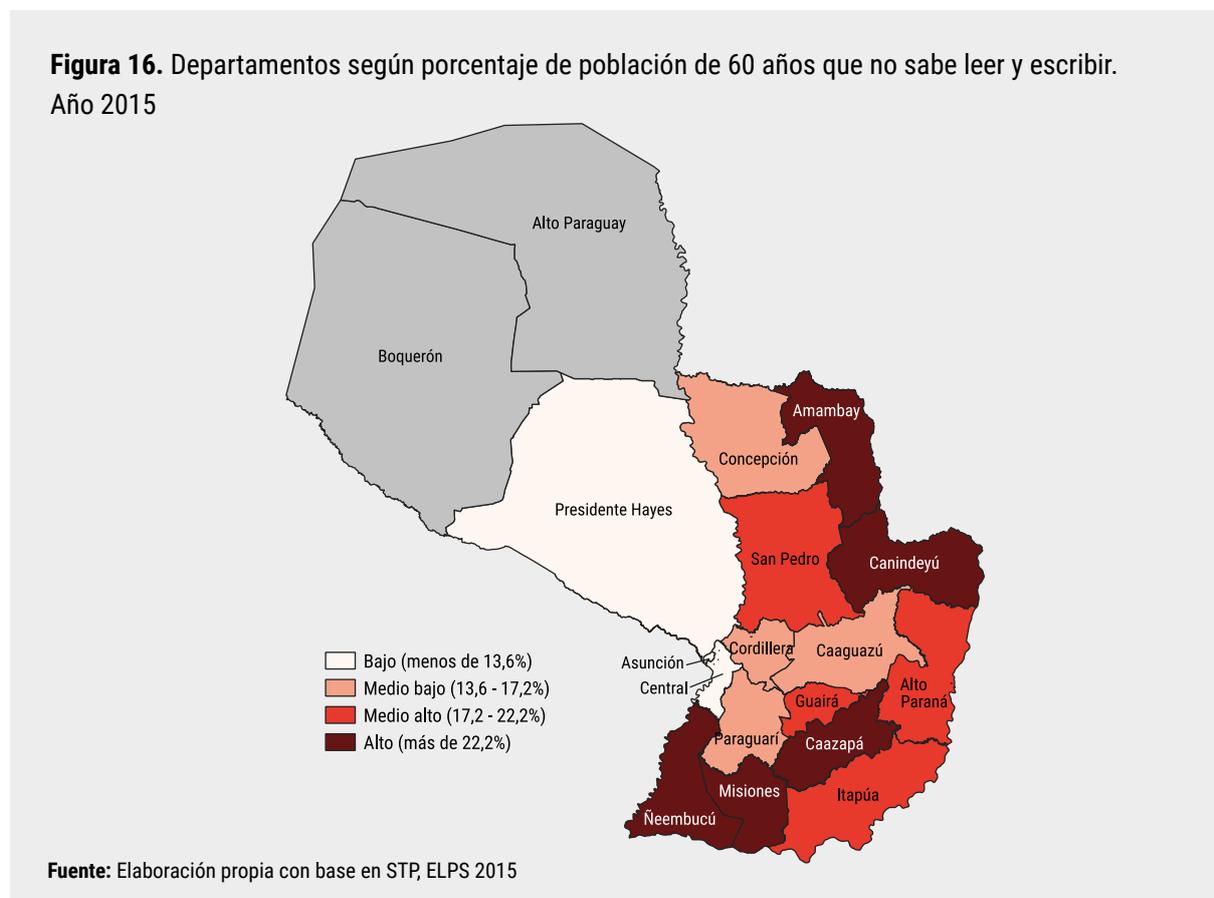
En el marco de la recomendación de implementación de este derecho a escala nacional, caben señalar experiencias de aplicación a escala municipal en los distritos de Ciudad del Este<sup>9</sup> y Encarnación<sup>10</sup>, de manera de obtener lecciones aprendidas y buenas prácticas que faciliten la respuesta nacional.

## 5.5 Sociales

### Políticas de alfabetización: focalización y articulaciones para el contacto activo

El acceso a la educación es la dimensión principal en el marco de los factores sociales del envejecimiento activo. Paraguay tiene una deuda histórica en términos de alfabetización, con un 15,1% de las personas adultas mayores no saben leer y escribir, según lo hallado en E+E (2021), con base en la ELPS 2015. SU proyección en términos absolutos representa a 112 mil personas de 60 años y más en 2021.

En virtud de la existencia de programas de alfabetización de personas adultas establecidos en el territorio nacional, existe una oportunidad de focalización de las acciones y de contacto nominal, a partir de registros con otras entidades del Estado (como las mencionadas fuentes de información del programa de pensión alimentaria y la que proveerá la FIPS). En cuanto a la orientación territorial, se recomienda la focalización en departamentos donde los niveles de analfabetismo superan el 22,2%: Amambay, Canindeyú, Caazapá, Misiones y Ñeembucú (figura 16).



9 <https://radioconcierto.com.py/2020/11/23/buena-noticia-adultos-mayores-pagaran-medio-pasaje-en-terminales-de-cde/>

10 <https://encarnacion.gov.py/atencion-a-la-tercera-edad/>

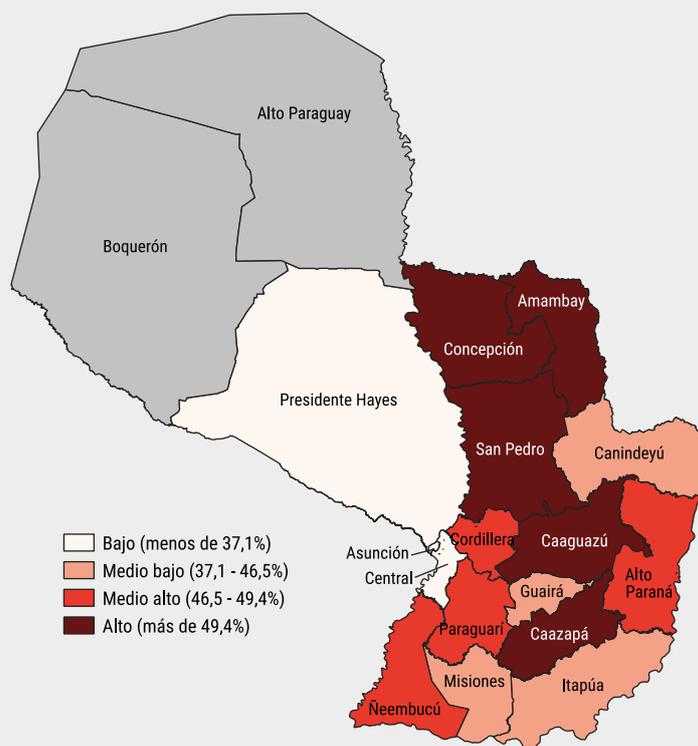
## Políticas de mejoramiento del nivel educativo: focalización y articulaciones para el contacto activo

En el marco de la política de mejoramiento de nivel educativo, el diagnóstico a partir del Informe técnico analítico marca que el 42,6% de las personas adultas mayores saben leer y escribir, pero poseen menos de 6 años de estudio.

Como respuesta a esta situación, se considera que la oportunidad de acceso a la educación con programas adaptados es fundamental en el marco del envejecimiento activo.

Del mismo modo a lo planteado ante el analfabetismo, la integración de información nominal con otras entidades del Estado permite establecer acciones de contacto activo con potenciales cursantes. En cuanto a la focalización territorial, la orientación recomendada se concentra en departamentos del norte y centro del país: Concepción, Amambay, San Pedro, Caaguazú y Caazapá (figura 17).

**Figura 17.** Departamentos según porcentaje de población de 60 años que sabe leer y escribir, pero tiene menos de 6 años de estudio. Paraguay. Año 2015

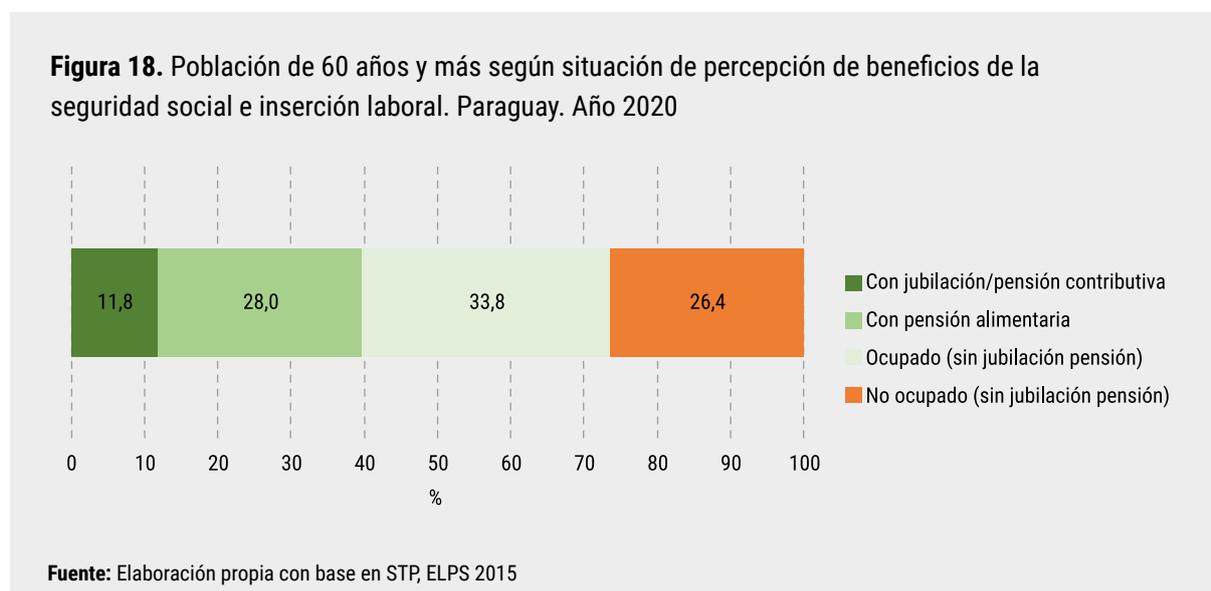


Fuente: Elaboración propia con base en STP, ELPS 2015

## 5.6 Económicos

El factor económico es uno de los componentes del envejecimiento activo, que se materializa en el acceso de las personas adultas mayores a un ingreso, ya sea como beneficiario de la previsión social (pensiones) o como persona ocupada.

A pesar de los enormes avances en cuanto a la cobertura del sistema de seguridad social (contributivo y especialmente no contributivo), en el año 2020 (EPHC) el 26,4% de la población de 60 años y más no accede a ninguna jubilación o pensión y tampoco está ocupada (figura 18).



Atendiendo un contexto de restricción de recursos fiscales que obstaculizan el acceso universal a los mecanismos de previsión social, la recomendación de focalización está centrada en el desarrollo de una política de subsidios a personas adultas mayores que no tienen ingresos por beneficios previsionales ni laborales (es decir, que sus necesidades son cubiertas por mecanismos familiares de solidaridad) y que deben solventar un importante gasto para la adquisición de medicamentos.

La ELPS arroja que dentro del subuniverso de personas de 60 años y más que no tienen ingresos previsionales ni laborales, el 11,7% tiene gastos en medicamentos por encima de la mitad del valor de una pensión alimentaria. Una estimación absoluta de este universo que conjuga parámetros de la EPHC 2020, la ELPS 2015 y las Proyecciones de población, arroja una población a atender de aproximadamente 22 mil personas.

En torno a la respuesta a las necesidades de este segmento poblacional, resulta recomendable la evaluación de mecanismos de cobertura de gastos en medicamentos (especialmente en población con enfermedades crónicas, atendiendo experiencias recientes exitosas (Pytyvõ medicamentos), entre otras opciones.

## 6. Conclusión

En un contexto demográfico de fuertes transformaciones en la estructura por edades y el crecimiento absoluto y relativo de la población adulta mayor, se afianza la interpelación hacia el diseño de las políticas públicas con potencial impacto en los factores condicionantes del envejecimiento activo.

La instalación del Sistema de Protección Social ¡Vamos! se erige como instancia articuladora acorde con una mirada de atención a las necesidades de protección social por ciclo de vida, donde tienen lugar las intervenciones orientadas a la población adulta mayor. Si bien varias de las intervenciones de ¡Vamos! están concebidas en su intervención en la categoría de 60 años y más, se recomienda que las de abordaje transversal no desatiendan los desafíos específicos que implican su alcance en la población adulta mayor, de manera de evitar las brechas generacionales de acceso a derechos. De allí la necesidad de considerar la experiencia internacional, cuyos aspectos más salientes se sintetizaron.

Bajo el marco general demográfico y de las políticas públicas, se han desplegado una serie de recomendaciones de intervención, segmentadas por factor condicionante del envejecimiento activo. Las mismas están íntimamente vinculadas a los hallazgos encontrados en el Informe técnico analítico (E+E, 2021), en el contexto de la investigación mayor donde se inscribe este Informe de recomendaciones. A modo de conclusión, se puntualizan a continuación dichas recomendaciones —con sus orientaciones de focalización territorial—, bajo la aspiración de ser consideradas como guía en el diseño e implementación de políticas públicas basadas en evidencia.

### Sanidad y servicios sociales:

- Orientar la instalación de nuevas Unidades de Salud Familiar en Departamentos donde la cobertura teórica se encuentran por debajo del valor promedio nacional, generando condiciones de equidad de acceso. Departamentos: Cordillera, Caaguazú, Alto Paraná, Itapúa, Amambay y Presidente Hayes.
- Fortalecer los servicios y aplicar campañas de acceso a la salud preventiva en departamentos donde se observan los menores niveles de consulta y controles; con especial atención en los hombres. Departamentos: Cordillera, Caaguazú, Alto Paraná, Itapúa y Canindeyú.
- Fortalecer los servicios de atención de enfermedades crónicas, así como el despliegue de mecanismos de contacto activo nominalizado de personas adultas mayores con afecciones. En el caso de los hombres, se destaca la necesidad de abordaje a quienes tienen hipertensión, con focalización en los departamentos Cordillera, Guairá y Caazapá, Misiones y Concepción. En el caso de las mujeres, se destaca la necesidad de atención en quienes tienen diabetes, con focalización en Concepción, Amambay, Caaguazú, Alto Paraná, y Ñeembucú.
- Desplegar servicios institucionales y/o en hogares a la población con demanda de asistencia de cuidado; así como acciones de capacitación de personas con competencias para el cuidado de personas adultas mayores. Departamentos: Cordillera, Guairá, Caaguazú, Misiones y Ñeembucú.

**Conductual:**

- Campañas de comunicación e implementación de programas de cesación y consumo responsable de tabaco, especialmente orientada a hombres. Departamentos: San Pedro, Caaguazú, Canindeyú, Alto Paraná e Itapúa.
- Campañas de comunicación e implementación de programas de cesación y consumo responsable de alcohol, especialmente orientada a hombres. Departamentos: Presidente Hayes, Central, Ñeembucú, Misiones; y Canindeyú.
- Fomentar la actividad física de personas adultas mayores, con programas de deporte social en alianza con clubes y otras instituciones administradoras de predios deportivos. En particular, la política debe enfocarse en una mayor participación femenina, dada la mayor brecha observada. Las mejores condiciones de implementación se identificaron en Cordillera, Caaguazú, Alto Paraná, Caazapá y Misiones.

**Personales:**

- Desplegar y fortalecer los servicios de atención psicológica, con especial atención en las mujeres adultas mayores. Departamentos: Amambay, San Pedro y Cordillera, Caazapá, e Itapúa.
- Necesidad de integración y articulación de las políticas y programas de identificación y atención de las personas adultas mayores con discapacidad, requiriéndose acuerdos entre SENADIS, MSPBS y otros prestadores de servicios de salud. Departamentos con necesidades mayores según incidencia de la discapacidad: Canindeyú, Caaguazú, Cordillera, Ñeembucú y Misiones.

**Entorno físico:**

- Incorporar la atención de las personas adultas mayores en las intervenciones de gestión del riesgo climático y ambiental, particularmente ante los eventos de inundación. Las mayores necesidades se observan en los departamentos: Presidente Hayes, Concepción, Amambay, Canindeyú y Ñeembucú.
- Reglamentar y operativizar lo dispuesto por la Ley N°6381/2020 en cuanto al costo subsidiado de las tarifas de transporte público en todo el país, orientado a la población adulta mayor usuaria.

**Sociales:**

- Fortalecer y focalizar los programas de alfabetización de personas adultas mayores, explotando información nominalizada producida por el Estado para otros fines (Fichas de Información Social). Departamentos con mayor demanda relativa: Amambay, Canindeyú, Caazapá, Misiones y Ñeembucú.
- Con un enfoque operativo similar al plantado en el ítem anterior, fortalecer programas adaptados de finalización de nivel de educación básica. Departamentos: Concepción, Amambay, San Pedro, Caaguazú y Caazapá.

**Económicos:**

- Avanzar en la cobertura de jubilaciones y pensiones (contributivas o no contributivas) en la población adulta mayor, con especial atención en el segmento que no es beneficiaria de jubilaciones o pensiones contributivas y se encuentran por encima del umbral social requerido para acceder a la pensión alimentaria.
- Como medida focalizada de apoyo a personas adultas mayores sin jubilaciones y pensiones, se recomienda en avance en programas de cobertura de gastos de medicamentos, especialmente los requeridos para el tratamiento de enfermedades crónicas, aplicando mecanismos exitosos recientes (como Pytyvõ medicamentos).

## 7. Referencias

- Aminzadeh, F., y Dalziel, W. B. J. A. o. e. m. (2002). Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *39*(3), 238-247.
- Appleton, K. J. B. j. o. n. (2013). Increases in fruit intakes in older low consumers of fruit following two community-based repeated exposure interventions. *109*(5), 795-801.
- Arkkukangas, M., Johnson, S. T., Hellström, K., Anens, E., Tonkonogi, M., Larsson, U. J. J. o. a., y activity, p. (2020). Fall-prevention exercises with or without behavior change support for community-dwelling older adults: A 2-year follow-up of a randomized controlled trial. *28*(1), 34-41.
- Behm, H. J. S. c. (2011). Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. *7*, 231-253.
- Behm, L., Wilhelmson, K., Falk, K., Eklund, K., Zidén, L., Dahlin-Ivanoff, S. J. A. o. g., y geriatrics. (2014). Positive health outcomes following health-promoting and disease-preventive interventions for independent very old persons: long-term results of the three-armed RCT Elderly Persons in the Risk Zone. *58*(3), 376-383.
- Bøen, H., Dalgard, O. S., Johansen, R., y Nord, E. J. B. g. (2012). A randomized controlled trial of a senior centre group programme for increasing social support and preventing depression in elderly people living at home in Norway. *12*(1), 1-11.
- Bruno, S. (2017) El “bono demográfico” en Paraguay jaqueado. Mercado de trabajo, matriz emigratoria internacional y seguridad social, en *Revista Novápolis* N° 11. Asunción: Arandurã.
- CELADE - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100. Revisión 2019 y Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2019). World Population Prospects, 2019, edición online
- Chippendale, T., y Boltz, M. J. A. J. o. O. T. (2015). Living legends: Effectiveness of a program to enhance sense of purpose and meaning in life among community-dwelling older adults. *69*(4), 6904270010p6904270011-6904270010p6904270011.
- Clare, L., Nelis, S. M., Jones, I. R., Hindle, J. V., Thom, J. M., Nixon, J. A., Whitaker, C. J. J. B. p. (2015). The Agewell trial: a pilot randomised controlled trial of a behaviour change intervention to promote healthy ageing and reduce risk of dementia in later life. *15*(1), 1-19.
- Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C.-P., Cherry, B. J., Jordan-Marsh, M., Granger, D. A. J. J. E. C. H. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *66*(9), 782-790.
- Daskalopoulou, C., Stubbs, B., Kralj, C., Koukounari, A., Prince, M., y Prina, A. M. J. A. r. r. (2017). Physical activity and healthy ageing: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *38*, 6-17.

- DGEEC (2015) *Paraguay. Proyección de la Población Nacional, Áreas Urbana y Rural por Sexo y Edad, 2000-2025. Revisión 2015*. Fernando de la Mora: DGEEC.
- Dolovich, L., Oliver, D., Lamarche, L., Thabane, L., Valaitis, R., Agarwal, G., Javadi, D. J. C. (2019). Combining volunteers and primary care teamwork to support health goals and needs of older adults: a pragmatic randomized controlled trial. *191*(18), E491-E500.
- Ebrahimi, Z., Wilhelmson, K., Eklund, K., Moore, C. D., y Jakobsson, A. J. G. N. (2013). Health despite frailty: exploring influences on frail older adults' experiences of health. *34*(4), 289-294.
- Economía y Estadística para el Desarrollo (E+E) (2021) *Producto 1: informe técnico analítico. Proyecto "Evaluación integral de las necesidades de los adultos mayores en Paraguay en tiempos de pandemia para el logro de un envejecimiento activo: Recomendaciones para el diseño de intervenciones públicas"*. Asunción: E+E y CONACYT.
- Ford, J. H., Abramson, B., Wise, M., Dattalo, M., Mahoney, J. E. J. o. P. H. M., y Practice. (2017). Bringing healthy aging to scale: a randomized trial of a quality improvement intervention to increase adoption of evidence-based health promotion programs by community partners. *23*(5), e17-e24.
- Gabinete Social (2019) *Marco Estratégico de Objetivos y Acciones del Sistema de Protección Social del Paraguay (2019-2023)*. Asunción: Gabinete Social y Unión Europea.
- Gabinete Social (2021a) Punto de Partida del Sistema de Protección Social del Paraguay. Arboles de problema. Disponible en: <https://www.gabinetesocial.gov.py/seccion/154-.html>
- Gabinete Social (2021b) Planificación estratégica plurianual del SPS 2019 – 2023. Matriz de Planificación SPS 2019-2023. Disponible en <https://www.gabinetesocial.gov.py/articulo/945-matriz-de-planificacion-sps-2019-2023.html>
- Gothe, N. P., Wójcicki, T. R., Olson, E. A., Fanning, J., Awick, E., Chung, H. D., McAuley, E. J. J. o. b. m. (2015). Physical activity levels and patterns in older adults: the influence of a DVD-based exercise program. *38*(1), 91-97.
- Instituto Nacional de Estadística (2021). *Encuesta Permanente de Hogares Continua, Serie comparable. Año 2020*. [Base de datos]
- Kerse, N., Hayman, K. J., Moyes, S. A., Peri, K., Robinson, E., Dowell, A., Kiata, L. J. T. A. o. F. M. (2010). Home-based activity program for older people with depressive symptoms: DeLLITE—a randomized controlled trial. *8*(3), 214-223.
- McNamara, B., Rosenwax, L., Lee, E. A., y Same, A. J. A. j. o. a. (2016). Evaluation of a healthy ageing intervention for frail older people living in the community. *35*(1), 30-35.
- Mesa Técnica de la Ficha Integrada de Protección Social (2020) *Documento de Trabajo #2 . Ficha Integrada de Protección Social. Versión 0.31*. Asunción: Gabinete Social. [Disponible en <https://www.gabinetesocial.gov.py/seccion/194-.html>]
- Reed, R. L., Roeger, L., Howard, S., Oliver-Baxter, J. M., Battersby, M. W., Bond, M., y Osborne, R. H. J. M. J. o. A. (2018). A self-management support program for older Australians with multiple chronic conditions: a randomised controlled trial. *208*(2), 69-74.
- Reid, K. F., Laussen, J., Bhatia, K., Englund, D. A., Kirn, D. R., Price, L. L., . . . Fielding, R. A. J. T. J. o. G. S. A. (2019). Translating the lifestyle interventions and independence for elders Secretaría de Emergencia Nacional (2018) *Atlas de Riesgos de Desastres de la República del Paraguay*. Asunción: SEN.

- Secretaría Técnica de Planificación (2015) *Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS)*. [Disponible en: <https://www.stp.gov.py/v1/encuesta-longitudinal-de-proteccion-social-elps/>]
- Wolff, J. K., Warner, L. M., Ziegelmann, J. P., Wurm, S. J. P., y Health. (2014). What do targeting positive views on ageing add to a physical activity intervention in older adults? Results from a randomised controlled trial. *29*(8), 915-932.
- Zavattiero, C; Fantín, MA; Zavattiero Tornatore, G (2019) *Las demandas potenciales en salud y cuidados desde los cambios en la dinámica demográfica en Paraguay*. Asunción: Instituto de Ciencias Sociales - Editorial Arandurá.
- Zgibor, J. C., Schlenk, E. A., Vater, L., Kola, S., Vander Bilt, J., Woody, S., action. (2016). Partnership building and implementation of an integrated healthy-aging program. *10*(1), 123.





ISBN: 978-99925-3-725-1



9 789992 537251