



**SOLO PARA PARTICIPANTES**

**DOCUMENTO DE REFERENCIA  
DDR/1**

24 de abril de 2012

**ORIGINAL: ESPAÑOL**

---

**INFORME SOBRE LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA REGIONAL DE  
IMPLEMENTACIÓN PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE DEL  
PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE EL  
ENVEJECIMIENTO Y LA DECLARACIÓN DE BRASÍLIA  
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**



**NACIONES UNIDAS**



2012-209

Este informe fue preparado para la tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, que se celebrará en San José, del 8 al 11 de mayo de 2012.

Se elaboró bajo la dirección de Dirk Jaspers\_Fajjer, Director del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, y estuvo a cargo de Sandra Huenchuan. El capítulo I fue preparado por Magda Ruiz, María Isabel Cobos y Guiomar Bay, y el capítulo III incluye secciones elaboradas por la División de Desarrollo Social de la CEPAL.

Se agradece la contribución financiera del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y de la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI) para la preparación de este documento.

## ÍNDICE

|  | <i>Página</i> |
|--|---------------|
| <b>Presentación</b> .....  | 9             |
| <br><b>Capítulo I</b>  |               |
| <b>La agenda de la igualdad y las personas de edad</b> .....   | 11            |
| A. La igualdad como horizonte y las demandas de especificidad .....  | 11            |
| B. Las dimensiones de la igualdad .....  | 12            |
| C. La igualdad en el contexto del envejecimiento.....  | 12            |
| D. La adecuación de la matriz de protección social .....   | 14            |
| E. Restricciones y desafíos de la agenda de igualdad con respecto<br>a las personas de edad.....   | 15            |
| Bibliografía .....   | 17            |
| <br><b>Capítulo II</b>   |               |
| <b>El gran cambio demográfico y el protagonismo de las personas mayores</b> .....  | 19            |
| A. La reestructuración etaria de la población y el cambio demográfico .....  | 19            |
| B. La baja dependencia demográfica fortalece el escenario para la acción.....  | 23            |
| C. El envejecimiento es el rasgo demográfico más sobresaliente<br>de las próximas décadas.....   | 27            |
| D. El incremento de la esperanza de vida y el envejecimiento interno<br>de la población adulta mayor.....  | 33            |
| E. Los ajustes en pos de la igualdad para todas las edades suponen redefinir<br>el papel del Estado, el sector privado y la familia .....  | 39            |
| Bibliografía .....   | 40            |
| Anexo - América Latina y el Caribe: Indicadores seleccionados del proceso de<br>envejecimiento, por país y etapa en el proceso de envejecimiento<br>poblacional, 2010-2015 ..... | 41            |
| <br><b>Capítulo III</b>  |               |
| <b>La seguridad social, la solidaridad y la igualdad</b> .....   | 43            |
| A. La seguridad social como componente central de la seguridad<br>económica en la vejez.....   | 43            |
| B. Cobertura contributiva: la débil protección de los trabajadores<br>y sus familias .....   | 45            |
| C. La protección de las personas de edad mediante las transferencias por<br>pensiones y jubilaciones .....   | 48            |
| D. La contribución de las transferencias familiares a la seguridad económica<br>en la vejez y el rol de las generaciones intermedias .....                                       | 54            |
| E. La seguridad social y la pobreza en tiempos de crisis .....   | 56            |
| F. Perspectivas para universalizar un mínimo de pensiones y jubilaciones.....  | 58            |
| G. La seguridad social y el fortalecimiento del pilar no contributivo para<br>avanzar hacia la igualdad.....   | 60            |
| Bibliografía .....   | 61            |

**Capítulo IV**

|  |    |
|--|----|
| <b>Salud, cuidados y protección social</b> .....   | 63 |
| A. Los riesgos de dependencia en la vejez derivados del estado de salud .....            | 63 |
| 1. Esperanza de vida sana .....  | 63 |
| 2. Las enfermedades crónicas degenerativas .....   | 66 |
| 3. Factores de riesgo .....  | 67 |
| B. Estimación de la necesidad de cuidados a partir de la edad .....                      | 70 |
| C. Los cambios en la demanda de cuidados sobre la base del estado de salud .....         | 72 |
| D. La maduración de ciclo de vida familiar y sus efectos en la demanda de cuidados ..... | 75 |
| E. La expresión demográfica de la posibilidad de brindar cuidados .....                  | 78 |
| F. La solidaridad como eje de los cuidados en los sistemas de protección social .....    | 82 |
| Bibliografía .....   | 83 |

**Capítulo V**

|   |     |
|---|-----|
| <b>Derechos de las personas mayores, brechas e igualdad real</b> .....  | 87  |
| A. Referencias sobre la protección internacional de los derechos de las personas de edad .....  | 87  |
| 1. Los tratados de las Naciones Unidas .....  | 87  |
| 2. Las normas interamericanas de derechos humanos .....   | 88  |
| 3. Las políticas mundiales y regionales .....   | 89  |
| B. 2007 en adelante: El creciente impulso de los derechos humanos de las personas mayores .....                                       | 92  |
| 1. La contribución de los comités de los tratados .....   | 94  |
| 2. El aporte de los procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos .....   | 94  |
| 3. El grupo de trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento de las Naciones Unidas .....                                    | 95  |
| 4. El grupo de trabajo de la Organización de los Estados Americanos .....   | 96  |
| C. Avances en los procesos de adecuación legislativa en los países de América Latina y el Caribe .....                                | 96  |
| 1. La protección constitucional de los derechos de las personas mayores .....   | 96  |
| 2. Leyes especiales de protección de los derechos en la vejez .....   | 98  |
| 3. La esencia y estructura de los derechos en la vejez en el derecho interno .....  | 99  |
| D. Las garantías para hacer efectivos los derechos en la vejez .....  | 102 |
| 1. Las garantías institucionales .....  | 102 |
| 2. Las garantías ciudadanas .....   | 107 |
| E. El fortalecimiento de las garantías y la necesidad de un tratado internacional .....   | 107 |
| Bibliografía .....  | 109 |
| Anexo - Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer: Algunos contenidos de la recomendación general núm. 27 ..... | 111 |

**Capítulo VI**

|   |     |
|---|-----|
| <b>Institucionalidad pública, envejecimiento y protección</b> .....                   | 113 |
| A. Las instituciones como el cristal donde se mira al Estado .....                    | 113 |
| B. La institucionalidad pública: El aspecto soslayado de las políticas públicas ..... | 114 |
| C. La institucionalización como objeto de estudio .....                               | 116 |
| 1. Perspectivas y niveles de análisis de la institucionalización .....                | 116 |
| 2. Los elementos de la red de institucionalización .....                              | 118 |

|    |   |     |
|----|---|-----|
| D. | La institucionalización de los asuntos de las personas mayores en la región .....           | 121 |
| E. | Cartografía de las instituciones públicas orientadas a las personas mayores .....           | 123 |
| F. | La igualdad como fundamento de la institucionalidad dirigida<br>a las personas mayores..... | 126 |
|    | Bibliografía .....  | 128 |

## Capítulo VII

### Avances y ámbitos de acción prioritarios para la implementación de la Declaración de Brasilia .....

|    |   |     |
|----|---|-----|
| A. | Las personas de edad y el desarrollo .....                      | 131 |
| 1. | El trabajo y la fuerza laboral diversificada .....              | 131 |
| 2. | La seguridad social y la sostenibilidad .....                   | 132 |
| 3. | La pobreza en la vejez y la crisis .....                        | 132 |
| B. | Salud y bienestar.....  | 133 |
| 1. | Planes y seguros de salud .....                                 | 133 |
| 2. | El acceso a medicamentos esenciales y su regulación.....        | 135 |
| 3. | Los cuidados de largo plazo y los derechos humanos .....        | 135 |
| 4. | La formación de recursos humanos y la cooperación Sur-Sur ..... | 136 |
| C. | Entornos propicios y favorables .....                           | 137 |
| 1. | Participación y garantías ciudadanas .....                      | 137 |
| 2. | Cuidado, economía y empleo .....                                | 137 |
| 3. | Integridad y malos tratos .....                                 | 138 |
| 4. | Vivienda, transporte y accesibilidad.....                       | 139 |
|    | Bibliografía .....  | 141 |

### Cuadros

|             |  |     |
|-------------|--|-----|
| Cuadro II.1 | América Latina y el Caribe: población mayor por sexo y grupos edad,<br>años seleccionados .....  | 38  |
| Cuadro V.1  | Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad<br>y aspectos relacionados.....   | 89  |
| Cuadro V.2  | Principales recomendaciones de la Estrategia regional de implementación<br>para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional<br>de Madrid sobre el Envejecimiento, 2003 ..... | 91  |
| Cuadro V.3  | América Latina: derechos protegidos en las normas nacionales dedicadas<br>a las personas mayores.....  | 100 |
| Cuadro VI.1 | Elementos de la red de institucionalización.....   | 118 |

### Diagramas

|                |   |     |
|----------------|---|-----|
| Diagrama I.1   | Matriz de protección social en la vejez desde la perspectiva de la igualdad .....   | 14  |
| Diagrama III.1 | Factores que influyen en la seguridad económica en la vejez .....   | 45  |
| Diagrama V.1   | Declaración de Brasilia: principales recomendaciones para la acción.....  | 92  |
| Diagrama V.2   | Avances internacionales sobre aplicación de los derechos humanos<br>a los asuntos de las personas mayores en el marco<br>de las Naciones Unidas ..... | 93  |
| Diagrama V.3   | América Latina: cronología de aprobación de las leyes de protección<br>de los derechos de las personas mayores .....                                  | 99  |
| Diagrama VI.1  | El modelo de los impactos institucionales .....   | 114 |
| Diagrama VI.2  | Niveles de análisis de la institucionalización.....   | 117 |
| Diagrama VI.3  | Red de institucionalización de los asuntos de las personas mayores .....  | 122 |

**Gráficos**

|               |  |    |
|---------------|--|----|
| Gráfico II.1  | América Latina y el Caribe: distribución de la población por sexo y edad, años seleccionados, 1950-2100.....   | 21 |
| Gráfico II.2  | América Latina y el Caribe: población por grandes grupos de edad, 1950-2100.....   | 22 |
| Gráfico II.3  | Mundo (países seleccionados): tiempo aproximado que tardaron o tardarán los países en duplicar su proporción de personas de 65 años y más de un 7% a un 14% .....  | 23 |
| Gráfico II.4  | Regiones del mundo: índice de envejecimiento, 1950-2100 .....  | 24 |
| Gráfico II.5  | América Latina y el Caribe: evolución de la relación de dependencia total, de menores de 15 años y de 60 años y más, 1950-2100 .....   | 26 |
| Gráfico II.6  | América Latina y el Caribe: evolución de la relación de dependencia de 60 años o más, según países, 1950-2100.....   | 31 |
| Gráfico II.7  | América Latina y el Caribe: crecimiento de la población por grupos de edad, períodos seleccionados .....   | 32 |
| Gráfico II.8  | América Latina y el Caribe: crecimiento de la población por sexo y grupos de edad, 2010-2030.....  | 33 |
| Gráfico II.9  | Esperanza de vida a los 60 años de edad, 1950-2100 .....   | 34 |
| Gráfico II.10 | América Latina y el Caribe: evolución de la esperanza de vida a los 60 años de edad para ambos sexos, según países, 1950-2100 .....  | 36 |
| Gráfico III.1 | América Latina (18 países): ocupados afiliados a la seguridad social, según inserción laboral, 2009 .....  | 46 |
| Gráfico III.2 | América Latina (9 países): población ocupada que está afiliada a la seguridad social, por quintiles de ingreso y sexo, promedio simple, alrededor de 1990, 2000 y 2009.....                                    | 48 |
| Gráfico III.3 | América Latina (18 países): población de 65 años y más que recibe jubilaciones o pensiones, alrededor de 2000 y 2009.....  | 49 |
| Gráfico III.4 | América Latina (18 países): población de 65 años y más que recibe jubilaciones o pensiones, por sexo, alrededor de 2009 .....  | 50 |
| Gráfico III.5 | América Latina (13 países): personas de 60 años y más que no reciben ingresos propios, por sexo, alrededor de 2009.....  | 51 |
| Gráfico III.6 | América Latina (14 países zona urbana y 13 países zona rural): población femenina sin ingresos propios por tramos de edad, promedio simple .....   | 52 |
| Gráfico III.7 | América Latina (18 países): distribución de la población de 65 años y más en quintiles de ingreso per cápita sin considerar jubilaciones y pensiones y considerando estas prestaciones, alrededor de 2009..... | 57 |
| Gráfico III.8 | América Latina (17 países): costo de una pensión universal para personas mayores, 2012.....  | 59 |
| Gráfico IV.1  | América Latina y el Caribe: esperanza de vida al nacer, por sexo, 2007 .....   | 64 |
| Gráfico IV.2  | América Latina y el Caribe: porcentaje de defunciones por causas crónicas degenerativas y edad media de la población .....   | 67 |
| Gráfico IV.3  | América Latina y el Caribe (16 países): prevalencia del consumo actual de tabaco en la población de 15 años o más, 2005 .....  | 68 |
| Gráfico IV.4  | América Latina y el Caribe (7 países): obesidad en la población de 15 años o más, 2005 .....   | 69 |
| Gráfico IV.5  | América Latina y el Caribe: relación de dependencia de cuidados por grupos de edad, 1950-2100.....   | 70 |
| Gráfico IV.6  | América Latina y el Caribe: relación de dependencia demográfica y de cuidados, según grupos de edades, 2000-2100 .....   | 72 |

|                  |  |     |
|------------------|--|-----|
| Gráfico IV.7     | América Latina y el Caribe: población que requiere cuidados diarios o periódicos e incremento de su prevalencia, según tipo de dependencia por razones de salud, 2000-2050 ..... | 73  |
| Gráfico IV.8     | América Latina y el Caribe: número de personas con dependencia severa que requieren cuidados diarios, por grupos de edades, 2000-2050.....                                       | 74  |
| Gráfico IV.9     | América Latina y el Caribe: número de personas con dependencia moderada a severa que requieren cuidados diarios, por grupos de edades, 2000-2050 .....                           | 74  |
| Gráfico IV.10    | América Latina (países seleccionados): distribución de las familias según las etapas de ciclo de vida familiar, alrededor de 2007 .....  | 75  |
| Gráfico IV.11    | América Latina (17 países): número medio de miembros menores de 15 años y de 60 años y más, según la estructura familiar, alrededor de 2007.....                                 | 77  |
| Gráfico IV.12    | América Latina (17 países): promedio de personas con necesidades intensivas de cuidado, según la estructura familiar, alrededor de 2007.....                                     | 78  |
| Gráfico IV.13    | América Latina y el Caribe: evolución de la relación de apoyo a los padres, 1950-2100 .....  | 79  |
| Gráfico VI.1     | América Latina y el Caribe (30 países): adscripción de las instituciones encargadas de los asuntos de las personas mayores.....  | 124 |
| Gráfico VI.2     | América Latina y el Caribe (41 países): funciones de las instituciones encargadas de los asuntos de las personas mayores.....  | 125 |
| <b>Recuadros</b> |  |     |
| Recuadro I.1     | Las medidas afirmativas .....  | 13  |
| Recuadro II.1    | La heterogeneidad y velocidad del proceso de envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe .....  | 28  |
| Recuadro III.1   | La protección social por medio de jubilaciones y pensiones en el Caribe de habla inglesa.....  | 53  |
| Recuadro IV.1    | Las diferencias de género en la prevalencia de limitaciones funcionales en la vejez .....  | 65  |
| Recuadro IV.2    | Relación de dependencia demográfica y relación de dependencia de cuidados .....  | 71  |
| Recuadro IV.3    | La transnacionalización del cuidado .....  | 80  |
| Recuadro V.1     | Los derechos de las personas mayores en las constituciones del Ecuador, Bolivia (Estado Plurinacional de) y la República Dominicana.....   | 98  |
| Recuadro V.2     | Leyes nacionales orientadas a las personas mayores en China, Dinamarca y los Estados Unidos.....   | 101 |
| Recuadro V.3     | El presupuesto y la garantía de los derechos en la vejez .....   | 104 |
| Recuadro V.4     | Acceso a la justicia en Costa Rica .....   | 106 |
| Recuadro VI.1    | La institucionalidad pública y la desigualdad.....   | 115 |
| Recuadro VI.2    | Transversalización del envejecimiento .....  | 123 |
| Recuadro VII.1   | Grupos especiales de personas mayores .....  | 134 |





## PRESENTACIÓN

Este informe fue preparado con ocasión de la tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, que se celebrará en San José, del 8 al 11 de mayo de 2012, en cumplimiento de los acuerdos sobre población y desarrollo: temas prioritarios para 2010-2012, ratificados en la resolución 657(XXXIII) aprobada por la CEPAL en su trigésimo tercer período de sesiones. Se trata de la versión ampliada del documento titulado *Envejecimiento, solidaridad y protección social: La hora de avanzar hacia la igualdad*, que constituye el documento de trabajo de la Conferencia.

En el documento se aportan elementos para el análisis de las perspectivas futuras del envejecimiento poblacional y su inclusión en la agenda pública, desde la propuesta de desarrollo que impulsa la CEPAL, denominada “La hora de la igualdad”. Para tal fin, en primer lugar se aborda el tema que rige todo el documento: la igualdad en el contexto del envejecimiento, y se presentan los elementos conceptuales para el análisis, con especial interés en los desafíos para la protección social y la solidaridad.

Luego se traza un panorama demográfico del conjunto de la región, con la finalidad de ilustrar las principales tendencias de la población en los próximos años y sobre todo las oportunidades demográficas que surgen a partir de un momento inédito que atraviesa la mayoría de los países de América Latina y el Caribe: la disminución de la tasa de dependencia demográfica producto del descenso de la fecundidad, lo que, con las decisiones adecuadas, es una coyuntura propicia para invertir en la expansión de la protección social y el desarrollo de capacidades en todas las edades.

Posteriormente se abordan la seguridad de ingresos, las nuevas demandas en salud y los servicios sociales. Para todas estas materias se presentan las principales tendencias que se observan en la actualidad y se identifican las responsabilidades del Estado para su ampliación y mejoramiento.

A continuación, el documento se concentra en los mecanismos normativos e institucionales para la construcción de la igualdad. En ambos casos se presenta un estado del arte y se analizan sus principales aportes para la agenda de la igualdad, así como las restricciones a las que se enfrentan desde el punto de vista de la igualdad real.

Por último, se hace una síntesis de los principales avances en la implementación de la Declaración de Brasilia, desde su aprobación en 2007 a la fecha, a fin de ponderar los logros y sobre todo contribuir a identificar los ámbitos de acción prioritarios en el corto y mediano plazo.



## Capítulo I

**LA AGENDA DE LA IGUALDAD Y LAS PERSONAS DE EDAD****A. LA IGUALDAD COMO HORIZONTE Y LAS DEMANDAS DE ESPECIFICIDAD**

En su trigésimo tercer período de sesiones celebrado en 2010, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) afirmó que la igualdad es un valor intrínseco del desarrollo que busca la región. Ella brinda el marco normativo y sirve de base para los pactos sociales que se traducen en más oportunidades para quienes menos tienen. Al respecto, aclaró que la igualdad no solo se circunscribe a la igualdad de oportunidades, sino a la reducción de las brechas en materia de logros efectivos (Bárcena, 2010).

Desde esta perspectiva, el Estado debe ser capaz de asumir una gestión estratégica, con una mirada de largo plazo del desarrollo. Tiene que ser capaz de ocuparse de incrementar la participación en los beneficios económicos de los sectores excluidos y vulnerables, desarrollar políticas públicas que suministren bienes y protección social y, sobre todo, revertir la fuerza inercial de la desigualdad que se reproduce en el seno de los mercados y las familias (CEPAL, 2010). En este marco, el cambio climático, los avances tecnológicos, la diversidad cultural y las transformaciones demográficas son tendencias estructurales cuya confluencia supone un verdadero cambio de época, una inflexión histórica que, por una parte, conlleva oportunidades para avanzar hacia la igualdad y, por otra, acota los escenarios futuros de la acción.

La elaboración de la agenda de la igualdad va unida a la inclusión y el reconocimiento de las diferencias sociales, las que otrora fueron fuente de olvido y, por cierto, de rezago, y hoy se visibilizan y subrayan para incorporarlas y promover el respeto de los derechos de los grupos excluidos. Este proceso ha sido descrito por Norberto Bobbio como una fase de especificación de los derechos humanos de titularidad universal (Bobbio, 1991).

La fase de especificación es un proceso históricamente contingente, en el que han ido entrando en forma gradual nuevas categorías de personas, dependiendo tanto de experiencias prácticas concretas como de la emergencia de nuevos consensos normativos en torno al contenido de los derechos humanos (Rodríguez-Piñero, 2010). Ello condujo a que la comunidad internacional adoptara una serie de instrumentos específicos que diferencian a las personas en virtud de distintos criterios: la posición que ocupan en la sociedad, su ubicación en determinadas relaciones sociales o jurídicas, los elementos diferenciales de la comunidad cultural a la que pertenecen y su condición física. En todos estos casos, las características o necesidades específicas de las personas las colocan en una situación de inferioridad o marginación estructurales con respecto a la sociedad en su conjunto. Esto limita su capacidad de gozar plenamente de los derechos generalmente reconocidos y las hace especialmente vulnerables a violaciones de esos derechos (Rodríguez-Piñero, 2010)

Como resultado, dentro del catálogo general de derechos humanos se encuentran normas puntuales relativas a los derechos de los trabajadores y trabajadoras, las mujeres, la infancia, los trabajadores migrantes y sus familias, las personas con discapacidad, los refugiados, las personas desplazadas internamente, los pueblos indígenas o las personas pertenecientes a minorías nacionales, étnicas, lingüísticas o religiosas, entre otras.

## B. LAS DIMENSIONES DE LA IGUALDAD

La demanda por la especificidad es propia del mundo contemporáneo, aunque ello de ningún modo significa que antes no haya existido. Lo que ocurre es que hoy se expresa con mayor fuerza, es globalizada y diversificada. El fundamento de la especificación radica, en última instancia, en un argumento basado en la igualdad, lo que se expresa en que cada vez hay más conciencia de que la categoría de sujeto autónomo no es extensiva a toda la humanidad y que existen vastos sectores de población —incluidas las personas de edad— para quienes la igualdad plena es todavía inalcanzable.

Junto con el principio de universalidad y no discriminación, el de igualdad es uno de los principios fundacionales del régimen contemporáneo de derechos humanos. Desde su formulación en la Carta de las Naciones Unidas y posteriormente en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el derecho a un trato igualitario y a no ser objeto de discriminación ha sido interpretado evolutivamente, de forma que ha operado la distinción entre igualdad formal e igualdad real (Huenchuan y Rodríguez-Piñero, 2010).

La primera se refiere al conjunto de derechos y obligaciones de los individuos y la comunidad política de la que forman parte o a la existencia de marcos institucionales y normativos que dan garantías ciudadanas y un espacio público donde se ejercen los derechos y obligaciones que constituyen la ciudadanía (CEPAL, 2010). La segunda surge a partir de la constatación histórica de que la igualdad formal no conduce a la erradicación de las desigualdades reales.

En el cierre de las brechas que existen entre igualdad formal y real es donde interviene el Estado para igualar potenciando el desarrollo de las capacidades que permiten acceder y disfrutar del bienestar y movilizandolos las instituciones, el crecimiento y las políticas públicas a fin de brindar protección social con una clara vocación universalista y redistributiva.

## C. LA IGUALDAD EN EL CONTEXTO DEL ENVEJECIMIENTO

La agenda de la igualdad se enfrenta a la paradoja de que, a pesar de la cada vez mayor visibilidad de las diferencias en el debate político y la agenda pública, los grupos definidos por género, origen étnico, territorio o edad sufren mayores niveles de exclusión. Las personas de edad no están ajenas de esta contradicción. Por ello, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales las ubica entre los grupos más desprotegidos del mundo (Naciones Unidas, 1995).

Lo que ocurre es que la sociedad y sus instituciones, en términos estructurales e ideológicos, aún no se han adaptado a la nueva composición por edades de la población, y continúan funcionando sobre la base de un imaginario asentado en la juventud. De este modo, la edad de la vejez conjuga una serie de connotaciones negativas (sociales, económicas y culturales) que dificultan la capacidad de las personas de edad —como individuos y como grupo— para lograr la autonomía y la independencia. En términos concretos, cualquier persona está expuesta a sufrir situaciones de pobreza, invisibilidad o fragilización por el solo hecho de pertenecer al grupo etario de 60 años y más (Huenchuan, 2009).

En efecto, las personas de edad como un grupo cuyas características o necesidades específicas lo hacen objeto potencial de discriminación en distintos ámbitos, se encuentran en situación de desigualdad sustantiva respecto del goce de los derechos humanos generalmente reconocidos, y son vulnerables en

mayor medida que otros grupos a violaciones específicas de estos derechos, por lo que requieren una atención especial de los Estados, de los organismos internacionales y de la sociedad civil en su conjunto.

El creciente consenso internacional en torno a ello proporciona también una justificación objetiva y razonable para la adopción de medidas especiales o afirmativas y, en su caso, de ajustes específicos, que sean proporcionales a la finalidad de alcanzar la igualdad sustantiva de estas personas y protegerlas frente a situaciones de vulnerabilidad (véase el recuadro I.1).

Recuadro I.1  
**LAS MEDIDAS AFIRMATIVAS**

La oportunidad y necesidad de establecer medidas especiales o afirmativas a favor de las personas pertenecientes a grupos específicos ha sido expresamente ratificada por los instrumentos y la práctica internacionales de derechos humanos. En particular, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha afirmado, en términos generales, que “el principio de la igualdad exige algunas veces a los Estados Partes adoptar disposiciones positivas para reducir o eliminar las condiciones que originan o facilitan que se perpetúe la discriminación [...]. [E]n un Estado en el que la situación general de un cierto sector de su población impide u obstaculiza el disfrute de los derechos humanos por parte de esa población, el Estado debería adoptar disposiciones especiales para poner remedio a esa situación. Las medidas de ese carácter pueden llegar hasta otorgar, durante un tiempo, al sector de la población de que se trate un cierto trato preferencial en cuestiones concretas en comparación con el resto de la población. Sin embargo, en cuanto son necesarias para corregir la discriminación de hecho, esas medidas son una diferenciación legítima” (CDESC, 1989).

De hecho, en una serie de instrumentos de derechos humanos las medidas especiales o afirmativas están establecidas como obligaciones de los Estados partes. Entre estos instrumentos, se encuentran algunos que han sido ampliamente ratificados por los Estados, como la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial o la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Si bien en una primera época las medidas de acción afirmativa fueron vistas como disposiciones temporales, que aspiraban a promover la igualdad sustantiva mientras se conseguía ese objetivo en relación con grupos diferenciados por razones físicas o psíquicas, de edad o de cultura, la tendencia más reciente es la de no someterlas a ningún tipo de limitación temporal.

Los organismos internacionales o regionales también han asumido explícitamente las medidas especiales o afirmativas dentro de sus métodos de acción. Por ejemplo, en las políticas de la Unión Europea se reconoce ahora la necesidad de su adopción, con el fin de prevenir o compensar las desventajas y la discriminación, y de promover la igualdad sustantiva al tener en cuenta la situación específica de miembros de grupos desaventajados y romper el ciclo de desventaja asociado a la pertenencia a un grupo específico (Comisión Europea, 2009).

Una categoría de medidas más reciente, originalmente vinculada al ámbito del empleo y la ocupación, es la de “ajustes razonables”. Por lo general, el concepto se refiere, en el ámbito laboral, a toda modificación o adaptación de una práctica laboral o entorno de trabajo que permite a una persona perteneciente a un grupo socialmente discriminado realizar las funciones esenciales y disfrutar de los beneficios correspondientes a un puesto específico. Esta noción fue extendida recientemente a otros ámbitos por la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, que define los ajustes razonables como “las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales” (Naciones Unidas, 2007).

**Fuente:** Luis Rodríguez-Piñero Royo, “Los desafíos de la protección internacional de los derechos humanos de las personas de edad”, *Documentos de proyecto* N° 305 (LC/W.305), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2010.

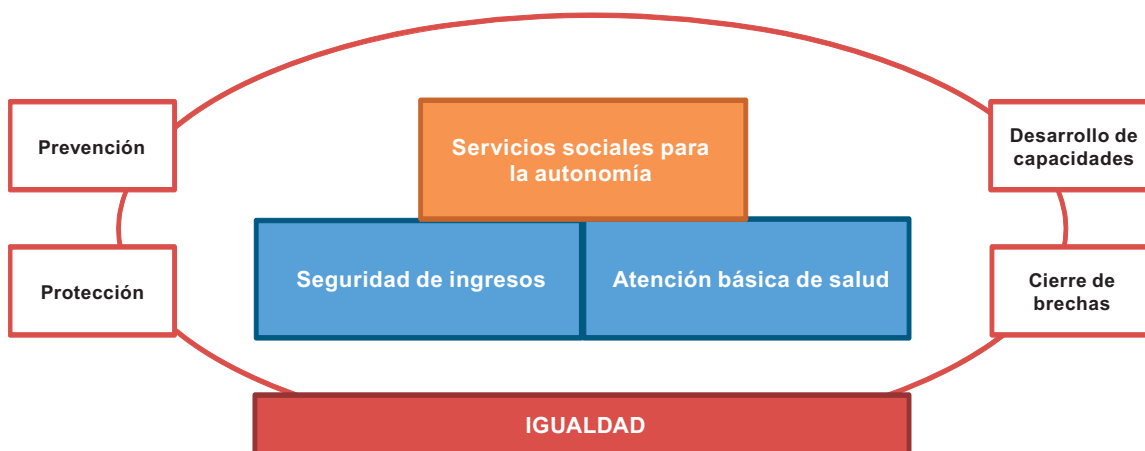
## D. LA ADECUACIÓN DE LA MATRIZ DE PROTECCIÓN SOCIAL

El concepto de protección social se refiere al conjunto de intervenciones de entes públicos y privados orientados a aliviar a los hogares y a los individuos de la carga que significa enfrentar una serie de riesgos y necesidades (Cichon y otros, 2004). El término forma parte de una perspectiva más amplia conocida como el manejo social del riesgo, que alude a la capacidad de prevenir y enfrentar situaciones de vulnerabilidad, entendida como la probabilidad que tienen las personas o las familias de resultar perjudicadas por sucesos inesperados o inevitables (Serrano, 2005).

En América Latina y el Caribe, la ampliación del acceso sigue siendo el desafío más relevante para los sistemas de protección social. Se trata de la región más desigual del mundo en términos de la distribución de los ingresos, y ello se refleja en una gran cantidad de dimensiones socioeconómicas a las que los cambios demográficos y los sistemas de protección social no son ajenos. En teoría, la protección social debería adecuarse no solo a la cambiante estructura de edades, sino también a las modificaciones del mercado laboral y a la economía en su conjunto. Por otra parte, la institucionalidad y los cambios que se producen en ella juegan un papel significativo en el desempeño final de los sistemas y en la capacidad de adaptación de estos a las nuevas realidades (Bertranou, 2006).

La adaptación de la protección social conlleva la integración de tres pilares básicos cuando se refiere a la protección de las personas de edad: seguridad de ingresos, atención básica de salud y servicios sociales para la autonomía. Los tres actúan en conjunto para suplir brechas de protección y desarrollar capacidades (véase el diagrama I.1)

Diagrama I.1  
MATRIZ DE PROTECCIÓN SOCIAL EN LA VEJEZ DESDE LA PERSPECTIVA DE LA IGUALDAD



**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL.

El cierre de brechas de protección surge a partir de la desigualdad socioeconómica que condiciona el funcionamiento actual de los sistemas de seguridad social, puesto que quienes acceden a las prestaciones de vejez son generalmente los colectivos de trabajadores que han estado mejor posicionados

en el mercado laboral, debido a que el acceso a los sistemas de pensiones ha tenido una marcada orientación contributiva (Bertranou, 2006; CEPAL, 2006; CEPAL, 2010). El desarrollo de capacidades, por su parte, tiene como fundamento la tesis de que hay capacidades que pueden utilizarse para conseguir un mayor nivel de bienestar. Se trata de activar la responsabilidad, la autonomía y la independencia para habilitar a los sujetos en la toma de decisiones y los procesos que involucra (Serrano, 2005).

A su vez, en términos de ámbitos de acción de las políticas públicas, los pilares de seguridad de ingresos y atención básica de salud se asocian a la idea de los mínimos sociales que deben operar como piso de la protección social, el que debe ser garantizado directamente por el Estado. Por su parte, los servicios sociales para la atención de la autonomía operan en el plano de la prevención, y deben asumirse como una responsabilidad pública y sostenerse por medio de una red de protección que enlaza el piso mínimo con otras prestaciones sociosanitarias dirigidas a reforzar la atención de las personas de edad.

### **E. RESTRICCIONES Y DESAFÍOS DE LA AGENDA DE IGUALDAD CON RESPECTO A LAS PERSONAS DE EDAD**

La incorporación explícita de las personas de edad a los sistemas de protección social desde la perspectiva de la igualdad se fundamenta en que los cambios demográficos actúan como factores clave para crear oportunidades y establecen nuevas restricciones en materia de redefinición de las funciones de la familia, el mercado y el Estado. Es necesario replantear la protección social para que responda de manera inmediata a las consecuencias de las transformaciones demográficas y, a su vez, anticipe las respuestas a las demandas de una población en proceso de cambio.

El escenario actual no está exento de obstáculos. Como se documenta en este informe, la mayoría de las personas de edad no tienen acceso a pensiones de vejez que les garanticen protección frente a los riesgos de pérdida de ingresos en la edad avanzada. Además, la cobertura de seguridad social en el empleo es completamente desigual, por lo que aumentan las posibilidades de desprotección económica para las generaciones futuras. Una de las formas de evitar la desprotección económica en la vejez consiste en buscar alternativas de generación de ingresos mediante la inserción en el mercado laboral. Sin embargo, esta suele ser desventajosa en términos económicos y ofrece precarias condiciones de seguridad. De ahí que la familia actúe como uno de los principales mecanismos de absorción de riesgos económicos en esta etapa. Ello se manifiesta no solo a nivel de las transferencias informales de dinero, sino también en la prestación de servicios, los que, de adquirirse en el mercado, tendrían un costo demasiado elevado para la mayoría de las personas de edad de la región.

Asimismo, se observa una adaptación lenta de los sistemas de salud a los cambios de la demanda surgidos a partir de la dinámica demográfica, epidemiológica y tecnológica, lo que se traduce en un incremento de los costos y gastos de la atención de la salud y la falta de acceso a los servicios de salud oportunos y de calidad para toda la población. Además, la cobertura de atención sanitaria es desigual y, aun cuando las personas de edad cuenten con seguros de salud, ello no implica que puedan acudir a un centro médico cuando lo necesitan. La posibilidad de obtener medicamentos a un costo accesible y recibir prestaciones sanitarias efectivas y adecuadas para sus necesidades, así como cuidados de larga duración fiscalizados y en los que se respeten los derechos y libertades fundamentales cuando aumenta la dependencia, son asuntos que preocupan a la generación actual de personas de edad cuando ven afectada su autonomía.

Por otra parte, las estructuras familiares han experimentado cambios a causa del avance de la transición demográfica y, a medida que la población envejece, aumenta el porcentaje de hogares con presencia de personas de edad. Hasta ahora, la familia ha proporcionado apoyo emocional, económico, social y de salud a sus miembros de mayor edad, por lo que configura la entidad responsable de su cuidado e integración social (Villa, 2004). Sin embargo, la disminución del tamaño de la familia, la pronunciada diversificación experimentada en las últimas décadas y la sobrecarga de tareas ocasionada por la necesidad de asumir nuevas responsabilidades en un ámbito de creciente debilidad del Estado derivan en una institución familiar con demandas excesivas que difícilmente podrá cumplir con todas las funciones asignadas si no cuenta con el apoyo necesario para lograrlo.

Las condiciones descritas tienen lugar ante un escenario futuro en que se prevé una aceleración del crecimiento de la población mayor de 60 años durante las próximas décadas, lo que producirá un incremento de los índices de envejecimiento y de dependencia demográfica. Simultáneamente, la población más joven no ha entrado de lleno a la fuerza laboral con la educación y capacidad productiva necesaria para beneficiarse del denominado primer dividendo demográfico que permite impulsar el crecimiento económico (Bertranou, 2006). De no efectuarse cambios aprovechando la coyuntura actual, se verán afectadas las posibilidades de financiamiento de la protección social y la acumulación de ahorros públicos y privados para financiar el consumo durante la vejez.

El desafío actual es romper con la clásica visión del envejecimiento como un problema para convertirlo en una oportunidad, la que surgirá de la acción concertada y efectiva de los poderes públicos y los ciudadanos. Sin duda, hay un sinnúmero de problemas por resolver antes de lograr la anhelada igualdad. Sin embargo, como expresó la Secretaria Ejecutiva de la CEPAL en la inauguración del último período de sesiones de la Comisión “cuanto más la desigualdad recorre nuestra región, más intenso es el anhelo de igualdad, sobre todo cuando la historia se quiebra en su continuidad, el mundo entra en crisis y el futuro reclama un punto de inflexión” (Bárcena, 2010).

Las personas de edad no deben ni pueden estar ausentes en la agenda de la igualdad, no solo porque su peso relativo en el conjunto de la población aumenta rápidamente y son los ciudadanos de hoy y del futuro, sino, ante todo, por satisfacer un ingente anhelo de inclusión y construcción de sociedades más democráticas y pluralistas.



### Bibliografía

- Bárcena Alicia (2010), Discurso en la ceremonia de inauguración del trigésimo tercer período de sesiones de la Comisión, Brasilia, 30 de mayo de 2010 [en línea] [www.cepal.org/pses33/noticias/paginas/3/39683/Discurso\\_inaugural\\_Alicia\\_Barcelona\\_29\\_mayo.pdf](http://www.cepal.org/pses33/noticias/paginas/3/39683/Discurso_inaugural_Alicia_Barcelona_29_mayo.pdf).
- Bertranou, Fabio, Wouter Van Ginneken y Carmen Solorio (2004), “The impact of tax-financed pensions on poverty reduction in Latin America: evidence from Argentina, Brazil, Chile, Costa Rica and Uruguay”, *International Social Security Review*, vol. 57, N° 4, Oxford, Blackwell Publishing.
- Bobbio, Norberto (1991), “Derechos del hombre y filosofía de la historia”, *El tiempo de los derechos*, Madrid, Sistema.
- CDESC (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1989), *Observación general N° 18, Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, No discriminación (HRI/GEN/1/Rev.7)*, Nueva York.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2010), *La hora de la igualdad: Brechas por cerrar, caminos por abrir (LC/G.2432(SES.33/3))*, Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (2006), *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad (LC/G.2294 (SES.31/3))*, Santiago de Chile.
- Cichon, Michael y otros (2004), *Financing Social Protection*, Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo/Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS).
- Comisión Europea (2009), *International Perspectives on Positive Action Measures: A Comparative Analysis in the European Union, Canada, the United States and South Africa*, Bruselas.
- Huenchuan, Sandra (ed.) (2009), “Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas”, *Libros de la CEPAL*, N° 100 (LC/G.2389-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.08.II.G.94.
- Huenchuan, Sandra y Luís Rodríguez-Piñero (2010), "Envejecimiento y derechos humanos: Situación y perspectivas de protección", *Documentos de proyectos*, N° 353 (LC/W.353) Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Naciones Unidas (2007), Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (A/RES/61/106), Nueva York.
- \_\_\_\_\_ (1995), *Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad*, Observación general, N° 6 (E/C.12/1995/16/Rev.1), Ginebra, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales.
- Rodríguez-Piñero, Luís (2010), “Los desafíos de la protección internacional de los derechos humanos de las personas de edad”, *Documentos de proyecto*, N° 305 (LC/W.305), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Serrano, Claudia (2005), “La política social en la globalización. Programas de protección en América Latina”, *serie Mujer y desarrollo*, N° 70 (LC/L.2364-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Villa, Miguel (2004), “La transición demográfica y algunos retos sobre población y desarrollo en América Latina”, *Población y desarrollo en México y el mundo CIPD +10*, México D.F., Consejo Nacional de Población (CONAPO).



## Capítulo II

### **EL GRAN CAMBIO DEMOGRÁFICO Y EL PROTAGONISMO DE LAS PERSONAS MAYORES**

Las transformaciones demográficas implican cambios cuantitativos y cualitativos en las modalidades de organización y moldeamiento de las sociedades. En última instancia, la transición demográfica lleva a replantearse el equilibrio en la ecuación Estado-mercado-familia puesto que, a medida que cambia la distribución por edades de la población, hay que replantear la manera en que estos tres agentes intervienen en la provisión de bienestar y en el desarrollo de capacidades.

En la actualidad, la disminución de la población infantil permite cierta holgura a varios países de la región debido a que existe un amplio contingente de población en edades potencialmente activas (15 a 59 años), mientras que la población adulta mayor constituye aún un segmento relativamente moderado, equivalente a 58 millones de personas, dentro del conjunto de la población. En 2050 esta cifra se habrá triplicado y a fines del siglo XXI llegará a 236 millones de personas. En este marco se necesita un Estado proactivo, con un rol más protagónico y dinámico, para trabajar en la prevención, por una parte, de los efectos del rápido envejecimiento de la población en los sistemas de protección social y, por la otra, en la introducción de nuevos dispositivos para incrementar su cobertura y su calidad a fin de atender a las necesidades durante toda la vida, en especial frente a los viejos y los nuevos riesgos.

En este capítulo se identificarán las tendencias del cambio demográfico en la región, así como sus principales características, con énfasis en la remodelación etaria que está viviendo la población latinoamericana<sup>1</sup> y caribeña<sup>2</sup>, las trayectorias de la relación de dependencia demográfica y la evolución del proceso de envejecimiento de la población.

#### **A. LA REESTRUCTURACIÓN ETARIA DE LA POBLACIÓN Y EL CAMBIO DEMOGRÁFICO**

Producto de la alta natalidad del pasado y los descensos de la mortalidad, la población regional se multiplicó por más de tres entre 1950 y 2010, de 167 millones de habitantes en 1950 a 589 millones en el año 2010. De acuerdo con las proyecciones, ascenderá a 725 millones en 2040, para luego experimentar una reducción a partir de 2055 y terminar el siglo con 657 millones en 2100. A mediados de siglo XX la tasa de crecimiento anual de América Latina era de 28 por 1.000 y, según se prevé, rondaría 10 por

---

<sup>1</sup> Para los efectos de esta publicación, América Latina está compuesta por: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

<sup>2</sup> Para los efectos de esta publicación, el Caribe está compuesto por: Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Granada, Guayana Francesa, Guadalupe, Guyana, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Puerto Rico, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, las antiguas Antillas Neerlandesas y otros países y territorios para los cuales no se dispone de información individual (Anguila, Antigua y Barbuda, Dominica, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, Saint Kitts y Nevis e Islas Malvinas/Falkland Islands).

1.000 en el quinquenio 2010-2015. En 2040-2045 decrecería a 2,5 por 1.000, hasta llegar a una tasa de crecimiento de -4 por 1.000 al final del siglo XXI. En el Caribe, la tasa de crecimiento es bastante más baja que en América Latina; en 1950-1955 era de 15 por 1.000, y se prevé que en 2010-2015 se sitúe por debajo de 4 por 1.000. A partir de 2035, el Caribe experimentaría un crecimiento negativo, en 2040-2045 la tasa ya sería de -1,6 por 1.000, para llegar a -2,5 por 1.000 en 2100.

A pesar de que se estima que en América Latina ya se alcanzó una tasa global de fecundidad (TGF) de reemplazo<sup>3</sup>, y se espera que se encuentre por debajo de ese nivel a partir de 2015-2020, y que en el Caribe se esté actualmente por debajo de la tasa de reemplazo, su población conjunta solo dejaría de crecer después de 2055. Es decir, se necesitarían alrededor de 40 años con una fecundidad por debajo del nivel de reemplazo antes de que se observara una disminución de la población. La reestructuración etaria de la población es el aspecto más importante de los cambios demográficos observados y proyectados para la región. En el gráfico II.1 quedan de manifiesto los profundos cambios experimentados en la estructura por edades y los que se prevé que sucederán a lo largo del siglo XXI. Ya en 2010 se observa el angostamiento de la base de la pirámide y la ganancia de peso relativo de las edades mayores.

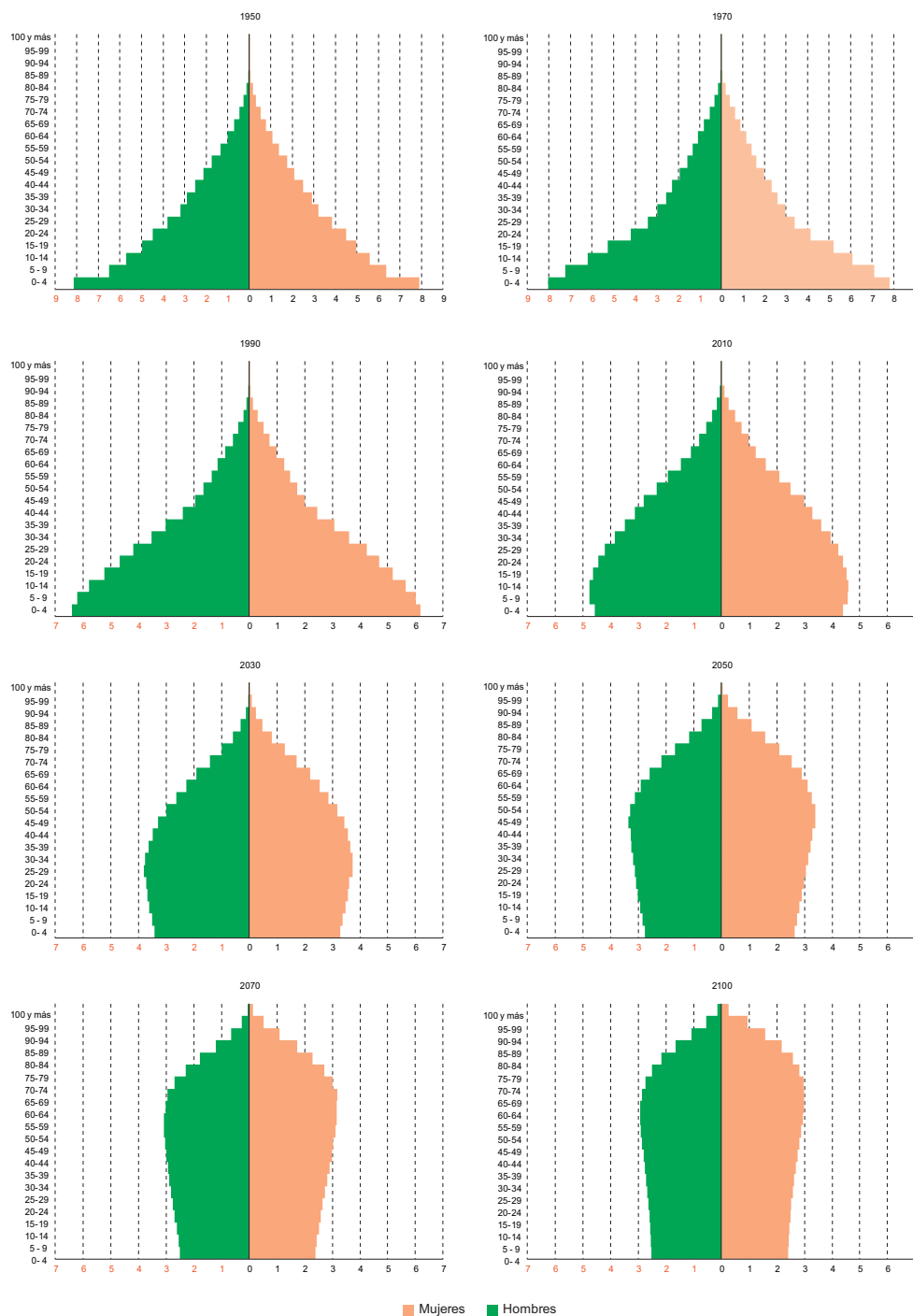
Este proceso, que se conoce como envejecimiento de la población y que no tiene precedentes ni paralelo en la historia de la humanidad, consiste en el aumento del porcentaje de personas de edad (60 años o más), al mismo tiempo que disminuye el porcentaje de niños (menores de 15 años). Se prevé que, a nivel regional, el número de personas de edad supere por primera vez el de niños cerca del año 2036, para luego seguir creciendo hasta 2080 (véase el gráfico II.2). La región pasó de una estructura de población joven en 1950 a una población en proceso de envejecimiento en la actualidad, y este continuará con fuerza en las próximas décadas.

A partir de 1970 se empezó a observar una disminución del peso de la población menor de 15 años en el total. Su proporción pasó del 40% en 1950 a aproximadamente el 28% en 2010, disminuirá al 18% en 2040 y se espera que baje a menos del 15% en 2100. En cifras absolutas, el grupo de menores de 15 años alcanzó su máximo en el año 2000 (166 millones), y desde entonces empezó a decrecer. Las variaciones que registra el peso relativo de la población de 15 a 59 años de edad cobran gran relevancia, ya que teóricamente ese segmento corresponde a la población en edad activa. En 1950, este grupo de población representaba alrededor del 54% de la población total de la región y su peso relativo experimentó un sostenido aumento hasta llegar en 2010 a un 62%. En 2020 alcanzaría su máximo (63%), para luego empezar a decaer paulatinamente. En 2040 correspondería al 60% de la población de la región y se espera que en 2100 represente un 49%. En términos absolutos (véase el gráfico II.2), el grupo de adultos en edad activa llegaría a su máximo en 2035 (437 millones de personas), y a partir de entonces iría disminuyendo. Como consecuencia de esto, el grupo de personas de 60 años y más cobra un mayor peso relativo, ya que pasa de apenas un 5,6 % de la población total de la región en 1950 a un 10% en 2010, un 21% en 2040 y se calcula que constituirá casi un 36% de la población en 2100, con un máximo, en números absolutos, de 241 millones de personas en 2080.

---

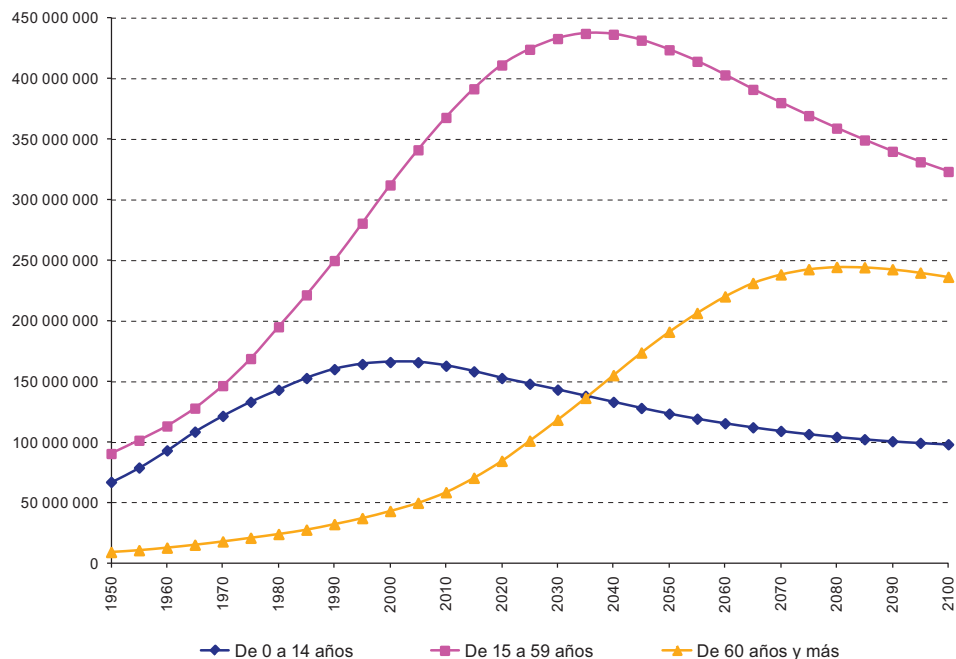
<sup>3</sup> La tasa global de fecundidad (TGF) igual a 2,1 hijos por mujer corresponde al nivel de reemplazo de una población. Dado que la proporción de nacimientos femeninos es ligeramente inferior a 0,50, significa que por cada mujer queda una hija que la reemplaza.

Gráfico II.1  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO Y EDAD,**  
**AÑOS SELECCIONADOS, 1950-2100**  
*(En porcentajes)*



**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, proyecciones y estimaciones de población, revisión 2011 y Naciones Unidas, World Population Prospects, 2010 Revision [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>.

Gráfico II.2  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDAD,  
 1950-2100**

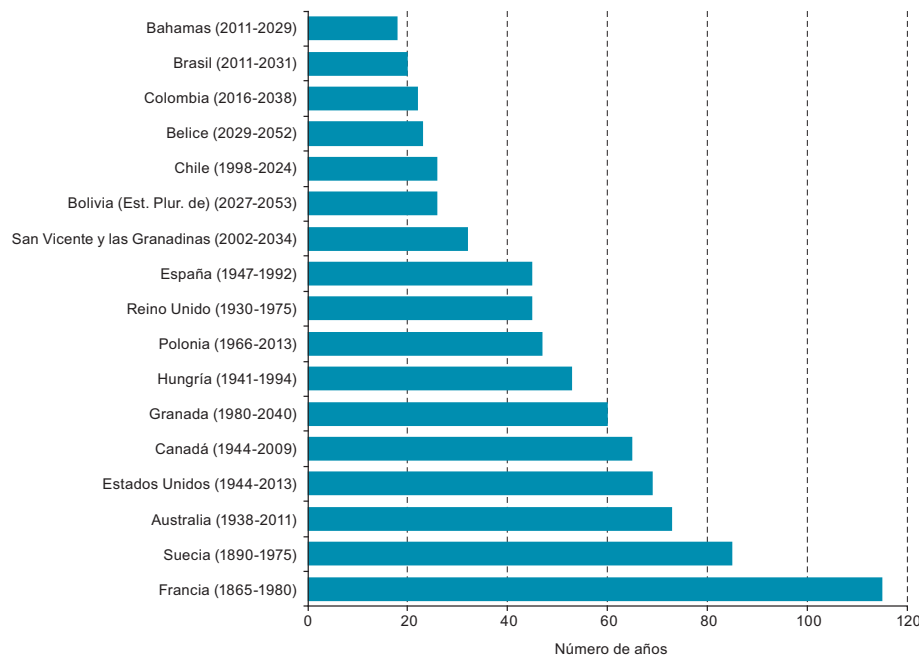


**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, proyecciones y estimaciones de población, revisión 2011 y Naciones Unidas, World Population Prospects, 2010 Revision [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>.

Con respecto a la experiencia del mundo desarrollado, el proceso de envejecimiento en América Latina y el Caribe ha evolucionado a un ritmo más acelerado; por lo tanto, ha ocurrido en un período de tiempo considerablemente más corto. En los países europeos el proceso de transición demográfica se produjo entre los siglos XVIII y XIX y el tránsito de altos a bajos niveles de mortalidad y fecundidad fue mucho más lento que en los países latinoamericanos y caribeños, es decir, el envejecimiento de la población se fue dando de manera más paulatina. En ese contexto, a mediados del siglo XX alrededor del 12% de la población europea era mayor de 60 años, más del doble que en América Latina y el Caribe, donde la población adulta mayor representaba el 5,6%. En la región, el descenso de la fecundidad se hacía evidente a partir de 1950 y traía consigo el gradual angostamiento de la base de la pirámide de edades (véase el gráfico II.1). En 2010, las personas mayores en Europa bordeaban el 22% de la población total, porcentaje 2,2 veces mayor que el de América Latina y el Caribe. En el año 2040 esta razón disminuiría a 1,5 (31,6% frente a 21,4%). En 2050, las personas de edad de América Latina y el Caribe representarán el 26% del total de la población. Esto significa que a mediados de este siglo la región podría llegar al mismo estadio del proceso de envejecimiento en que están los países desarrollados en la actualidad, en el que una de cada cinco personas tiene 60 o más años de edad.

Un rasgo sobresaliente del proceso de envejecimiento en la región comparado con la experiencia del mundo desarrollado es su acelerado ritmo. En los países ahora industrializados el proceso de envejecimiento se dio de manera paulatina. El tiempo para doblar la proporción de personas de 65 años y más del 7% al 14% tomó varias décadas en los países europeos, incluso 115 años en el caso de Francia (véase el gráfico II.3). En cambio, en América Latina y la mayoría de los países del Caribe este proceso es mucho más rápido. Por ejemplo, en el Brasil y en Colombia el cambio se producirá en apenas unas dos décadas.

Gráfico II.3  
**MUNDO (PAÍSES SELECCIONADOS): TIEMPO APROXIMADO QUE TARDARON O TARDARÁN  
 LOS PAÍSES EN DUPLICAR SU PROPORCIÓN DE PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS  
 DE UN 7% A UN 14%**  
*(En años)*



**Fuente:** Kevin Kinsella, 2007. Why Population ageing matters. A global perspective . Documento presentado en el seminario sobre envejecimiento en países en desarrollo USSP Seminar on Ageing in Developing Countries, Santiago de Chile, 2007; Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, proyecciones y estimaciones de población, revisión 2011; y Naciones Unidas, World Population Prospects, 2010 Revision [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>.

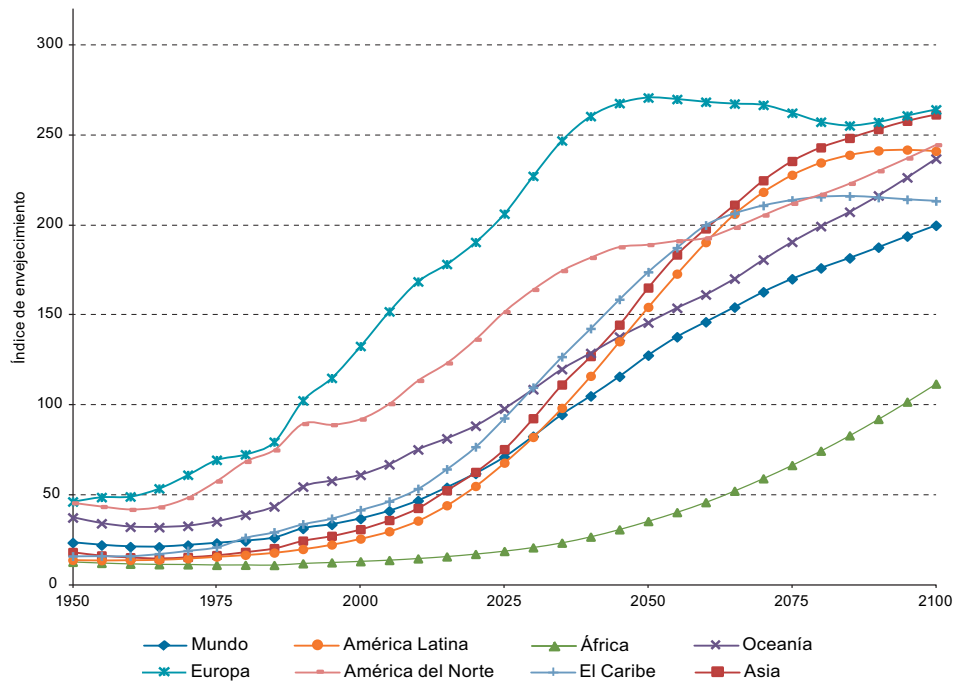
## B. LA BAJA DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA FORTALECE EL ESCENARIO PARA LA ACCIÓN

El índice de envejecimiento expresa la forma en que varía el crecimiento de la población adulta mayor con respecto a la más joven<sup>4</sup>. Este índice muestra la capacidad de renovación de una población, ya que mientras más alto es su valor, menor es la capacidad de una población para renovar sus efectivos. La medida en que las personas de edad van reemplazando a los niños y jóvenes proporciona información sobre la velocidad con que debe ajustarse la oferta de bienes y servicios a las necesidades generadas por una nueva y creciente demanda (CEPAL, 2007a). En el gráfico II.4, que ilustra la evolución del índice de envejecimiento en el mundo y sus regiones<sup>5</sup>, se aprecian claras diferencias según las respectivas etapas de la transición demográfica y los diferentes períodos. El sentido de la evolución del índice en todos los casos es al aumento. Sin embargo, se observan diferencias acusadas entre las regiones desarrolladas y las en desarrollo.

<sup>4</sup> Se interpreta como el número de personas de edad por cada joven. Para los efectos de esta publicación se considera que una persona de edad es aquella de 60 años o más, y joven la menor de 15 años de edad. Para calcular el índice de envejecimiento se divide la población de 60 y más por la población de 0-14 y se multiplica por 100.

<sup>5</sup> Las cifras de población que no corresponden a América Latina provienen de Naciones Unidas (2011).

Gráfico II.4  
**REGIONES DEL MUNDO: ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO<sup>a</sup>,  
 1950-2100**



**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, proyecciones y estimaciones de población, revisión 2011; y Naciones Unidas, World Population Prospects, 2010 Revision [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>.

<sup>a</sup> Índice de envejecimiento = (población de 60 años y más / población de 0-14) \* 100.

Según las estimaciones correspondientes a 2010, en Europa, la región más envejecida, existen casi 170 personas de edad por cada 100 menores de 15, en tanto que en América del Norte esta razón tiene un valor aproximado de 113. En 2040, el índice de envejecimiento sería de 260,4 en Europa y de 182 en América del Norte, mientras que en 2050 este índice llegaría, respectivamente, a 270 y 190 personas de edad por cada 100 menores de 15. A finales del siglo, Europa se habría estabilizado en alrededor de 260 y América del Norte en cerca de 240. Esto acusa una muy limitada capacidad del mundo desarrollado para renovar su población.

Entre las regiones en desarrollo, Asia y América Latina muestran un comportamiento similar a lo largo del período bajo estudio, con Asia exhibiendo siempre un índice de envejecimiento mayor que el de América Latina. Existen actualmente en Asia 43 personas de 60 años o más por cada 100 menores de 15 y, según las proyecciones, al final del siglo habría una convergencia con Europa, ya que el índice de envejecimiento se situaría también en torno a 260. En 2010 América Latina registra aproximadamente 36 personas de edad por cada 100 menores de 15 años. Se proyecta que después de 2036 esta relación se invierta en favor de la población adulta mayor, y en 2040 ya habría 116 personas de edad por cada 100 menores de 15 años. Hacia mediados de siglo se habría sobrepasado el valor de 150 y se calcula que se llegará a finales de siglo con un índice de envejecimiento cercano a 240. En el Caribe este índice sigue casi la misma trayectoria que en Asia y América Latina, pero con niveles un poco más altos. En 2040 el índice de envejecimiento caribeño sería de 142 personas mayores por cada 100 menores de 15 años. Después de 2065 este indicador se empezaría a estabilizar en valores de más del doble de personas mayores que de niños.



Sin embargo, aunque se proyecta a partir de 2055 un nivel de envejecimiento similar en América del Norte, Asia, América Latina y el Caribe, las condiciones no serán las mismas. El envejecimiento de la población en las regiones en desarrollo se produce en un contexto socioeconómico menos avanzado que el que existía en su momento en América del Norte. Como la población de estas tres regiones está envejeciendo más rápidamente que en las desarrolladas, los gobiernos tendrán menos tiempo para adaptarse a las consecuencias del fenómeno. América Latina y el Caribe se encuentran en una etapa en que el envejecimiento tiene una magnitud todavía razonable, que no revela en todas sus dimensiones la situación que se avecina en las próximas décadas.

*El desenlace del proceso vendrá con mayor velocidad en América Latina y el Caribe que en otras regiones del mundo y el número de personas cuyas necesidades deberán ser satisfechas sobrepasará todas las expectativas*

Dentro de América Latina y el Caribe también se encuentran diferencias; para los países envejecidos y muy envejecidos se espera un escenario drástico en la segunda mitad del siglo XXI, equiparable al de Europa en términos de estructura etaria de la población (véase el gráfico II.4), pero no en términos de protección social. Al parecer, estos países enfrentarán grandes dificultades durante este siglo para renovar los efectivos de su población. Entre los países y territorios en etapa de envejecimiento muy avanzado destacan Cuba, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y Martinica, ya que en 2010 el número de personas de edad era casi igual al de los menores de 15 años (índice de envejecimiento de 99, 105 y 103, respectivamente), algo que está sucediendo 30 años antes que el promedio regional. En 2040 estos países estarían muy alejados de los promedios; por ejemplo, en Cuba el índice duplicaría con creces el de América Latina (288 personas de edad por cada 100 menores de 15 años).

A diferencia de otros países, en la Argentina y las Bahamas el índice de envejecimiento no deja de crecer durante todo el siglo XXI, aunque su valor en 2040 refleja fielmente la situación promedio. En la Argentina se contarían 116 personas de edad por cada 100 menores de 15 años, y en las Bahamas, 144. Jamaica, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía, por su parte, experimentarían incrementos más pausados de la relación entre población adulta mayor y menores de 15 años. En efecto, se proyecta que en 2040 estos tres países estén por debajo del promedio caribeño (índice de envejecimiento de 117 en Jamaica, 121 en San Vicente y las Granadinas y 130 en Santa Lucía).

En el Ecuador el proceso de envejecimiento se empieza a acelerar en 2040, cuando el número de adultos mayores y el de menores de 15 años se igualan (índice de envejecimiento de 102), para llegar a su máximo (238) en el último quinquenio del siglo. El Brasil en 2040 registraría 148,6 personas mayores por cada 100 menores de 15 años, muy por encima del promedio latinoamericano. En 2100 su índice de envejecimiento sería de 243. Por lo tanto, para ambos países la situación se mostraría parecida a la proyectada para América del Norte.

En los países con envejecimiento incipiente las personas mayores irían reemplazando a los niños y jóvenes más lentamente que en el resto. La evolución del índice de envejecimiento en Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), la Guayana Francesa, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y el Paraguay se proyecta por debajo de 70 en 2040, significativamente menor que los promedios subregionales previstos. El país más joven de la región, Guatemala, registraría un índice de envejecimiento de menos de 40 en 2040, y alcanzaría el valor de 100 hacia 2060, a diferencia del promedio latinoamericano, que lo haría en torno a 2036.

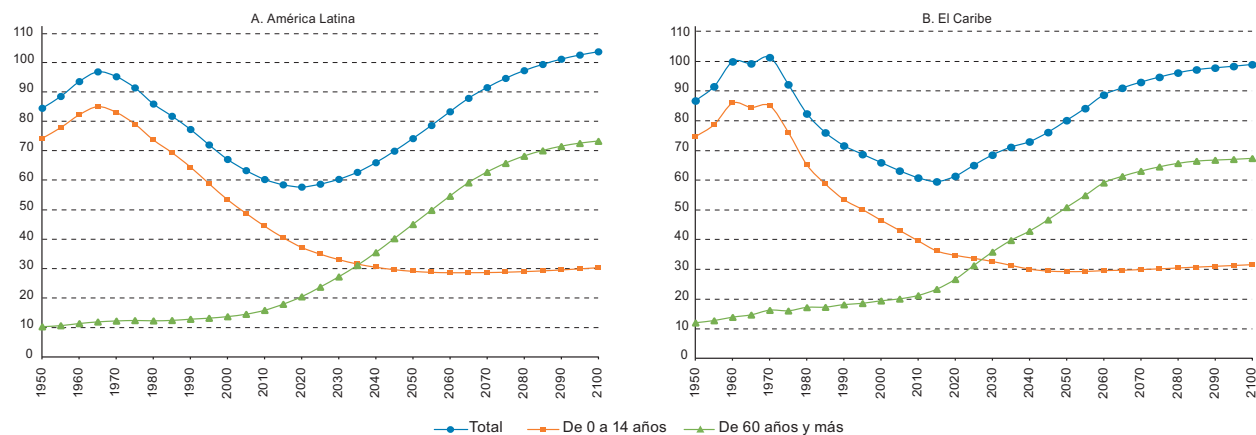
En general, los países exhibirían un valor máximo del índice de envejecimiento antes de 2100 y este empezaría a decrecer paulatinamente hacia un valor asintótico, casi siempre por encima de 200 personas de edad por cada 100 menores de 15 años. Es decir, a largo plazo habría, por lo menos, el doble

de personas mayores que de niños, lo que obliga a acelerar los ajustes de la oferta de bienes y servicios a las demandas generadas por esta realidad.

La relación de dependencia demográfica<sup>6</sup> es un valioso indicador para medir los potenciales efectos de los cambios demográficos en el desarrollo socioeconómico. En este sentido, la disminución que la relación de dependencia experimenta en la actualidad ha dado pie a la elaboración del concepto de bono demográfico, una situación favorable para el desarrollo en la que la carga potencial de las personas en edades activas es relativamente más baja que en períodos anteriores y futuros (CEPAL, 2008). En los inicios de la transición demográfica la relación de dependencia era elevada debido al alto porcentaje de niños, lo que planteó enormes exigencias a los sistemas de salud —especialmente materna e infantil— y de educación. En una segunda etapa, debido a la baja de la fecundidad, se produce una disminución de la relación de dependencia total. Esto abre la posibilidad de generar inversiones productivas o de aumentar la inversión social en la lucha contra la pobreza, el mejoramiento de la educación y los servicios de salud; ayudaría, además, a anticipar inversiones frente al aumento de la población adulta mayor. En la tercera etapa, después de que la relación de dependencia toca su punto mínimo, se consolida el cambio no solo en términos demográficos, sino también sociales, económicos y políticos que inciden en el conjunto de la sociedad.

En promedio, la región se encuentra justamente en el período del bono demográfico, con una trayectoria decreciente en la relación de dependencia total. Esta alcanzará su valor mínimo en América Latina alrededor de 2020, con un valor de 58 personas teóricamente dependientes por cada 100 personas en edad activa, mientras que el valor mínimo en el Caribe será de 59,5 y se dará cerca de 2015 (véase el gráfico II.5). Cuando la relación de dependencia vuelva a aumentar, la población adulta mayor generará demandas nuevas.

Gráfico II.5  
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EVOLUCIÓN DE LA RELACIÓN DE DEPENDENCIA TOTAL<sup>a</sup>,  
DE MENORES DE 15 AÑOS<sup>b</sup> Y DE 60 AÑOS Y MÁS<sup>c</sup>, 1950-2100



**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, proyecciones y estimaciones de población, revisión 2011; y Naciones Unidas, World Population Prospects, 2010 Revision [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>.

<sup>a</sup> Relación de dependencia = ((población de 0 a 14 años + población de 60 y más años) / población de 15 a 59 años) \* 100.

<sup>b</sup> Relación de dependencia de menores de 15 = ((población de 0 a 14 años) / población de 15 a 59 años) \* 100.

<sup>c</sup> Relación de dependencia de 60 años o más = ((población de 60 y más años) / población de 15 a 59 años) \* 100.

<sup>6</sup> Para calcular la relación de dependencia demográfica se suma la población de 0-14 años de edad a la población de 60 años y más, se divide por la población potencialmente activa (15-59 años) y se multiplica por 100.

### **C. EL ENVEJECIMIENTO ES EL RASGO DEMOGRÁFICO MÁS SOBRESALIENTE DE LAS PRÓXIMAS DÉCADAS**

La relación de dependencia total tiene dos componentes: la carga de los menores de 15 años (dependencia infanto-juvenil), y la carga de las personas de 60 años o más (dependencia en edades avanzadas). Como se puede observar en el gráfico II.5, la disminución de la relación de dependencia total es principalmente el resultado del descenso de la relación de dependencia de los menores de 15 años y, por el contrario, el aumento posterior se debe al incremento de la carga de las personas de 60 años o más. En estos factores estriban las grandes diferencias en términos de las políticas y programas requeridos por la población. Un valor determinado de la relación de dependencia total tiene significados muy diferentes si se da antes o después del punto de inflexión. Los valores antes del punto mínimo indican que las demandas de salud, vivienda, seguridad económica, educación y protección social, entre otras, estarán ancladas en la población joven, mientras que después del punto mínimo lo estarán en la población de edad avanzada. Por lo tanto está claro que, para quienes toman las decisiones, los dos escenarios tendrían protagonistas muy diferentes.

La heterogeneidad que presenta la región es muy marcada (véase el recuadro II.1). En Aruba, las Bahamas, Barbados, Chile, Cuba y Trinidad y Tabago la relación de dependencia ha llegado a su valor mínimo ya en 2010. De hecho, en algunos territorios del Caribe, como las antiguas Antillas Neerlandesas, Guadalupe, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y Martinica, la relación de dependencia total tocó su punto mínimo en 1990. Sin embargo, en todos los demás países de América Latina y el Caribe la relación de dependencia está todavía en período de decrecimiento. En el caso de algunos países, como Colombia, Costa Rica, Puerto Rico, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y el Uruguay, y se proyecta que el valor mínimo de la relación de dependencia total se alcanzará dentro de pocos años (en 2015), por lo que las demandas del grueso de la población están cambiando brusca y permanentemente.

Mientras que, en promedio, el descenso de la relación de dependencia regional finalizaría hacia el año 2020, en los casos de Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Honduras y el Paraguay, esta relación llegaría a su nivel mínimo alrededor de 2040. En cuanto a Guatemala, las proyecciones indican que la relación de dependencia seguirá disminuyendo hasta mediados de este siglo. Para estos países, el foco de atención de las políticas públicas y los programas tendrá que seguir siendo la población infantil y juvenil.

Tanto en América Latina como en el Caribe se observa que la relación de dependencia infanto-juvenil ha decrecido constantemente desde 1965-1970, y se prevé que empiece a estabilizarse hacia finales del siglo XXI, cuando la proporción se sitúe en torno a 30 menores por cada 100 personas en edad activa. En cambio, la relación de dependencia en edades avanzadas se incrementó paulatinamente entre 1950 y 2010, año a partir del cual tomó gran ímpetu. La proyección indica que se iría acelerando quinquenio a quinquenio para llegar en 2040 a 35 personas mayores por cada 100 en edad activa en América Latina y a 43 en el Caribe. En 2100, la relación de dependencia en edades avanzadas sería de 73 personas de edad por cada 100 personas en edad activa en América Latina y de 67 en el Caribe.

## Recuadro II.1

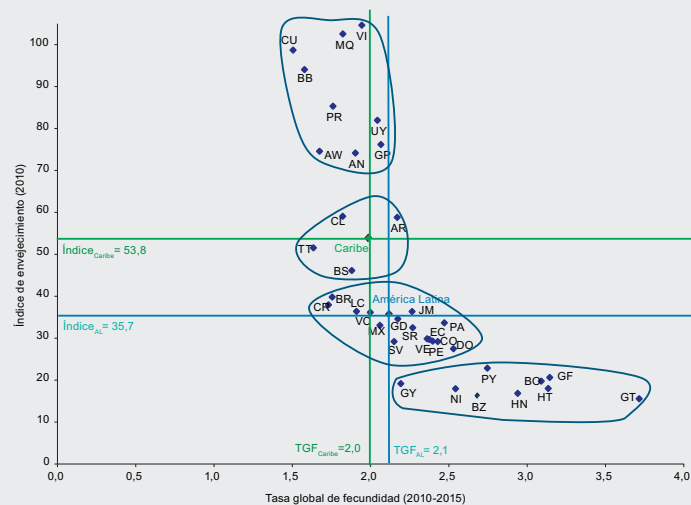
### LA HETEROGENEIDAD Y VELOCIDAD DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Dentro del proceso conocido como transición demográfica se producen descensos de la mortalidad y, sobre todo, de la fecundidad, que inciden en la estructura etaria de las poblaciones y se traducen en un incremento paulatino de las personas de edad. Un indicador de este proceso es el índice de envejecimiento, que expresa la relación entre el número de personas de edad y el de niños y jóvenes. Se calcula mediante el cociente entre personas de 60 años y más con respecto a las personas menores de 15 años, amplificado por 100. Un índice por debajo de 100 significa que hay menos personas de edad que menores de 15, y uno por encima de 100, que el número de personas de edad supera el de niños y adolescentes. En el año 2010 en América Latina había 36 personas de edad por cada 100 menores de 15 años, mientras que en los países del Caribe esta relación era de 54 por 100, lo cual revela que en esa subregión el proceso de envejecimiento está más avanzado. En Europa, la región más envejecida, existen casi 170 personas de edad por cada 100 menores de 15, en América del Norte esta razón tiene un valor en torno a 113, en tanto que en África se encuentran solo 15 personas de edad por cada 100 menores de 15 años.

Durante la segunda mitad del siglo XX en América Latina y el Caribe se registró un acelerado descenso de la fecundidad, lo que llevó a que el número promedio de hijos por mujer o tasa global de fecundidad (TGF), que era de 6 a mediados de la década de 1960, descendiera a 2,5 en el año 2000 y se situara actualmente en 2,1 hijos por mujer. Sin embargo, este proceso de declive de la fecundidad ha tenido distintos ritmos dentro de la región, de manera que en 2010-2015 se encuentran países como Cuba, con 1,5 hijos por mujer, y Guatemala, con 3,7. Como se ilustra en el gráfico A, el índice de envejecimiento es mayor a medida que la fecundidad descende. En el caso de Cuba el índice es de 98,8 personas de edad por cada 100 menores de 15 años, mientras que en Guatemala ese valor es de 15,6.

Gráfico A

#### AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ETAPAS DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO, 2010-2015



**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, proyecciones y estimaciones de población, revisión 2011; y Naciones Unidas, World Population Prospects, 2010 Revision [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>.

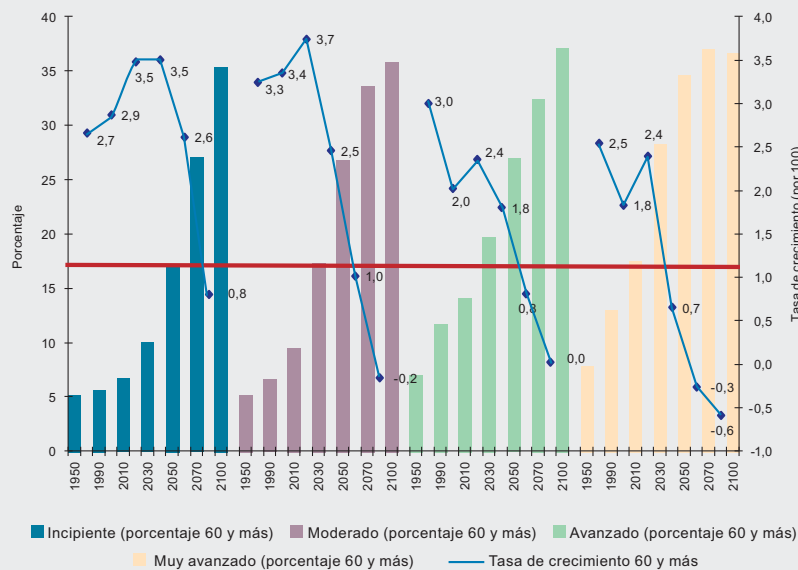
En el gráfico A también se pueden observar cuatro grupos de países. El primero comprende aquellos en los que la tasa global de fecundidad es alta en el contexto de la región y el índice de envejecimiento, bajo, lo que la CEPAL (CEPAL, 2007b) describe como países de envejecimiento incipiente (menos del 20%), como Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, la Guayana Francesa, Haití y el Paraguay (véase el anexo 1). También hay países como Nicaragua y Guyana, que si bien tienen una fecundidad menor que la de los mencionados, su índice de envejecimiento aún es bajo. El segundo grupo, o de envejecimiento moderado, concentra a la mayoría de los países de América Latina y el Caribe y corresponde a aquellos con TGF entre 1,7 hijos por mujer (Costa Rica) hasta 2,5 (República Dominicana) y cuyo índice de envejecimiento oscila entre 27 y 40 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15. En estadio de envejecimiento moderadamente avanzado están los países con fecundidad entre 1,6 y 2,2 hijos por mujer y cuyos índices de envejecimiento van de 45 a 60 personas mayores por 100 menores de 15 años. De los nueve países clasificados como de envejecimiento muy avanzado, todos, salvo el Uruguay, son del Caribe. Los países en este grupo se distinguen por tasas de fecundidad que fluctúan entre 1,5 hijos por mujer en Cuba y 2,1 en Guadalupe, e índices de envejecimiento entre 74 y 105 personas de edad por 100 menores de 15 años.

## Recuadro II.1 (conclusión)

La intensidad del proceso de envejecimiento no ha sido homogénea en la región. En 1950, ningún grupo de países (ni los clasificados en etapa incipiente, moderada, avanzada o muy avanzada), exhibía un porcentaje de personas mayores que alcanzara al 10% (véase el gráfico B). Sin embargo, los países con envejecimiento avanzado y muy avanzado ya superaban ese hito en 1990, mientras que aquellos en etapa moderada bordearían ese valor en 2010 y los en etapa incipiente no hasta 2030. En los países en etapa muy avanzada la población de 60 años y más se incrementó de tal manera que en 2010 más de 17 de cada 100 personas tenía 60 años o más. Veinte años más tarde el 28% de la población estaría en ese grupo etario. En el año 2050, 35 de cada 100 personas tendría 60 años y más. Aun así, el incremento de la población de personas mayores sería negativo después de 2050.

Las personas mayores en los países de envejecimiento avanzado totalizaron un 14% en 2010, su peso relativo aumentaría a un 20% en 2030, si bien durante los siguientes 20 años su tasa de crecimiento descendería y, en el año 2050, el grupo de 60 años y más llegaría al 27%. Por su parte, aunque los países de envejecimiento incipiente y moderado exhibían en 1990 proporciones similares de personas mayores (alrededor del 6%), el ritmo de incremento de este segmento etario no fue homogéneo. El grupo de personas mayores en los países en estadio moderado llegó a representar un 9,5% en 2010, mientras que en aquellos en estadio incipiente se registraban menos de siete personas mayores por cada 100. Durante el período 2010-2030 el número de adultos mayores aumentaría con mayor celeridad en el grupo en etapa moderada que en el grupo en etapa incipiente. En 2030, los países de envejecimiento incipiente tendrían un 10% de población adulta mayor, en tanto que en los países de envejecimiento moderado la cifra sería de un 17%. En 2050, el peso relativo de las personas de edad respecto de los países en etapa incipiente alcanzaría al 17% de la población, para incrementarse a un 27% en 2070 y a un 35% en 2100, igualándose a final del siglo a los otros tres grupos de países.

Gráfico B  
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE Y CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS SEGÚN ETAPA DE ENVEJECIMIENTO, 1950-2100



**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, proyecciones y estimaciones de población, revisión 2011; y Naciones Unidas, World Population Prospects, 2010 Revision [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>.

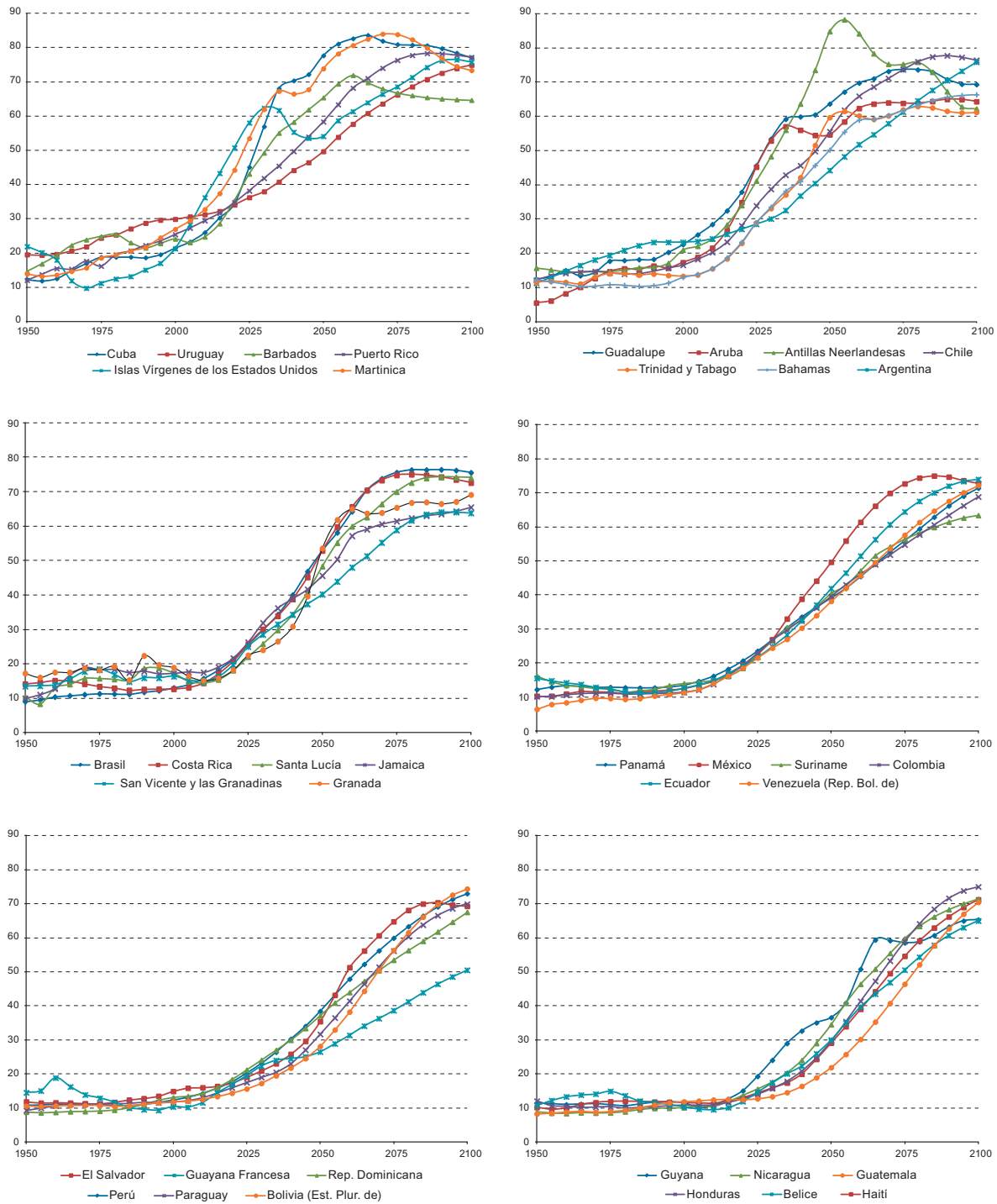
Para poner de manifiesto las disparidades actuales y futuras de las demandas sociales y económicas asociadas al proceso de envejecimiento de la población se ha agrupado los países de acuerdo con el índice de envejecimiento estimado para 2010-2015 (véase el gráfico II.6). Se puede ver que el primer grupo —formado por los seis países con los índices de envejecimiento más altos de la región— parte en 1950 con alrededor de 13 personas de 60 años o más por cada 100 de 15 a 59 años de edad, con excepción de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y el Uruguay, que ya registraban un valor superior (22 y 19.5 personas de edad avanzada por cada 100 de 15 a 59 años, respectivamente). En 2010, en todas las sociedades de este grupo había al menos 25 personas de edad por cada 100 en edad activa, y en 2040 este piso sería de 44. Cuba y Martinica se alejarían del conjunto, ya que su relación de dependencia en edades avanzadas llegaría a cerca de 83 personas mayores por cada 100 en edad activa en 2065 y 2070, respectivamente.

Los países del segundo grupo muestran un patrón homogéneo hasta 2020, con una relación de dependencia en edades avanzadas por debajo de las 40 personas mayores por cada 100 en edad activa. Destacan las antiguas Antillas Neerlandesas, pues la relación entre adultos de edad avanzada y de edad activa se incrementa a pasos agigantados desde 2015, llegaría en 2040 a 63,6 y a su cúspide en 2055, la más alta en toda la región (88 personas mayores por cada 100 de edad entre 15 y 59 años). Después, decaería hasta cerrar el siglo XXI con una relación de dependencia en edades avanzadas de 62. El tercer grupo de países mantiene relaciones de dependencia en edad avanzada de menos de 30 personas mayores por cada 100 en edad activa hasta 2025. En 2040 registrarían entre 30 y 40 personas mayores por cada 100 en edad activa, valores coincidentes con el promedio latinoamericano. A partir de 2030, el Brasil y Costa Rica empezarían a mostrar un incremento acelerado, mientras que San Vicente y las Granadinas se mantendría por debajo de sus pares durante la segunda mitad del siglo.

En los países del cuarto grupo la relación de dependencia en edades avanzadas al principio del período bajo estudio fluctuaba entre menos de 7 en Venezuela (República Bolivariana de), hasta 16 en Suriname. Posteriormente, se observa una convergencia, de manera que hasta el año 2030 los indicadores de los seis países tienen niveles y trayectorias similares. Al igual que los países del tercer grupo, los del cuarto registrarían entre 30 y 40 personas mayores por cada 100 en edad activa en 2040. A partir de ese año en México y, eventualmente, en el Ecuador, la relación de dependencia en edades avanzadas tendría un crecimiento más rápido que en el resto del grupo. El quinto conjunto partía en 1950 con relaciones de dependencia en edades avanzadas de alrededor de 10 personas mayores por cada 100 en edad activa, con algunas fluctuaciones en la Guayana Francesa. Se proyecta que estos países evolucionen de manera homogénea, incrementando paulatinamente sus relaciones de dependencia de la población de 60 años y más hasta llegar a 2040 sin superar el valor de 30. A partir de 2045 se desacelera el proceso de envejecimiento en la Guayana Francesa y se acelera en El Salvador. Los países menos envejecidos de la región (sexto grupo), mantendrían un ritmo más lento y, con la excepción de Guyana, no experimentarían un incremento considerable de la relación de dependencia de 60 años y más hasta mediados del siglo XXI.



Gráfico II.6  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EVOLUCIÓN DE LA RELACIÓN DE DEPENDENCIA DE 60 AÑOS O MÁS<sup>a</sup>, SEGÚN PAÍSES, 1950-2100**



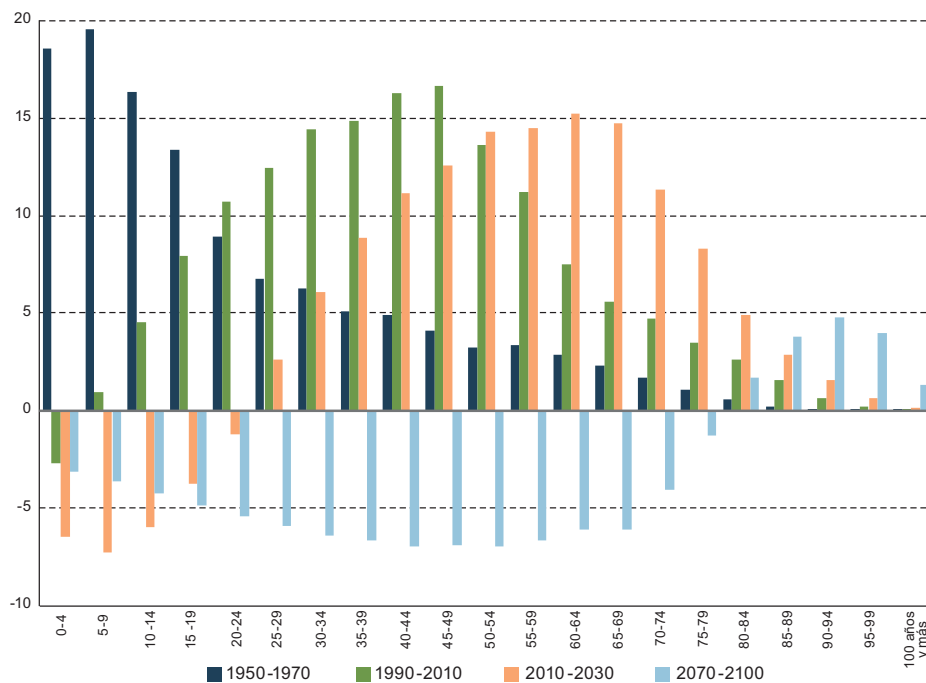
**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, proyecciones y estimaciones de población, revisión 2011; y Naciones Unidas, World Population Prospects, 2010 Revision [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>.

<sup>a</sup> Relación de dependencia de la población de 60 años y más = (población de 60 y más años)/(población de 15 a 59 años)\*100.

El envejecimiento de la población es el principal fenómeno demográfico de esta época y adquirirá especial relevancia en el futuro por sus implicaciones tanto para la sociedad en su conjunto (envejecimiento de la población), como para las personas de edad avanzada (envejecimiento individual). La sociedad debe adaptarse a una situación sin precedentes e implementar políticas que faciliten los ajustes necesarios en diversas áreas del quehacer público. Estos ajustes exigen equidad intergeneracional y de género, pues es preciso satisfacer las necesidades de personas que se encuentran en etapas diferentes del ciclo vital. De igual manera, suponen redefinir el papel que cabe desempeñar al Estado, el sector privado y la familia, dadas las transformaciones en los hogares originadas por la emancipación de las mujeres y su integración creciente al mercado laboral. Ante la envergadura y el amplio espectro de tales retos es imperativo que los sectores público, privado y académico aúnen esfuerzos y recursos para realizar investigaciones novedosas y multisectoriales. Es necesario que se diseñen nuevas y creativas soluciones en procura de brindar bienestar a la población de todas las edades.

El envejecimiento de la población es un fenómeno duradero y particularmente vertiginoso en América Latina y el Caribe. La población en su conjunto crecerá cada vez con menos fuerza (véase el gráfico II.7). Se observa que entre 1950 y 1970 todos los grupos de edad registraron un crecimiento positivo, sin embargo, a partir del período 1990-2010, los primeros grupos de edad empezaron a decrecer. De hecho, se estima que en toda la región, entre 2010 y 2030 el grupo de 60 o más años aumentaría a casi 65 millones de personas, de los cuales 15 millones tendrán 80 años o más (véase el gráfico II.8). Por el contrario, la población de menos de 25 años contará en 2030 con 25 millones de personas menos que en 2010.

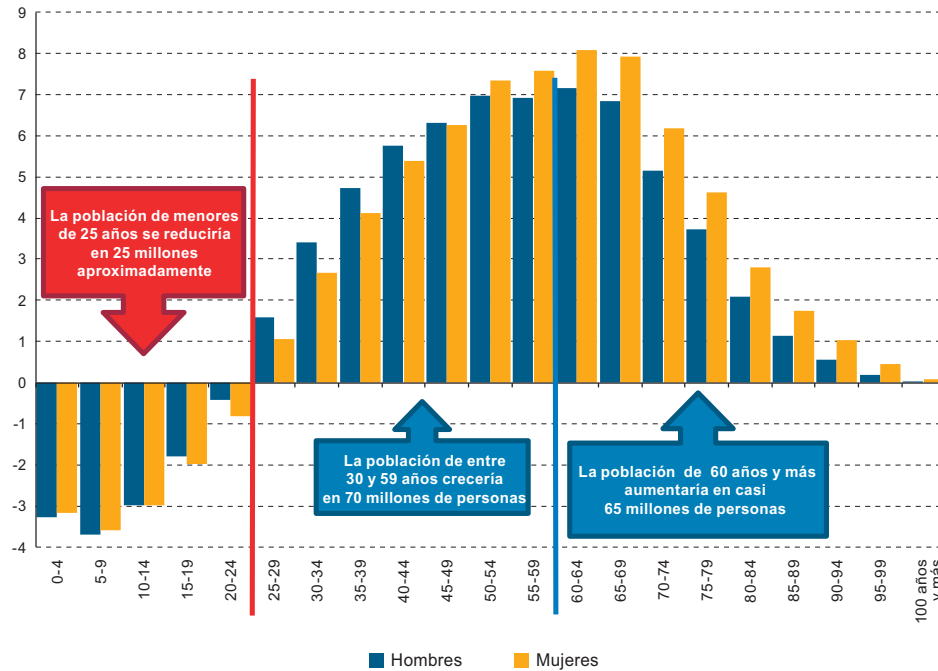
Gráfico II.7  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD, PERÍODOS SELECCIONADOS**  
*(En millones de personas)*



**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, proyecciones y estimaciones de población, revisión 2011; y Naciones Unidas, World Population Prospects, 2010 Revision [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>.



Gráfico II.8  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN POR SEXO  
 Y GRUPOS DE EDAD, 2010-2030**  
 (En millones de personas)



**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, proyecciones y estimaciones de población, revisión 2011; y Naciones Unidas, World Population Prospects, 2010 Revision [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>.

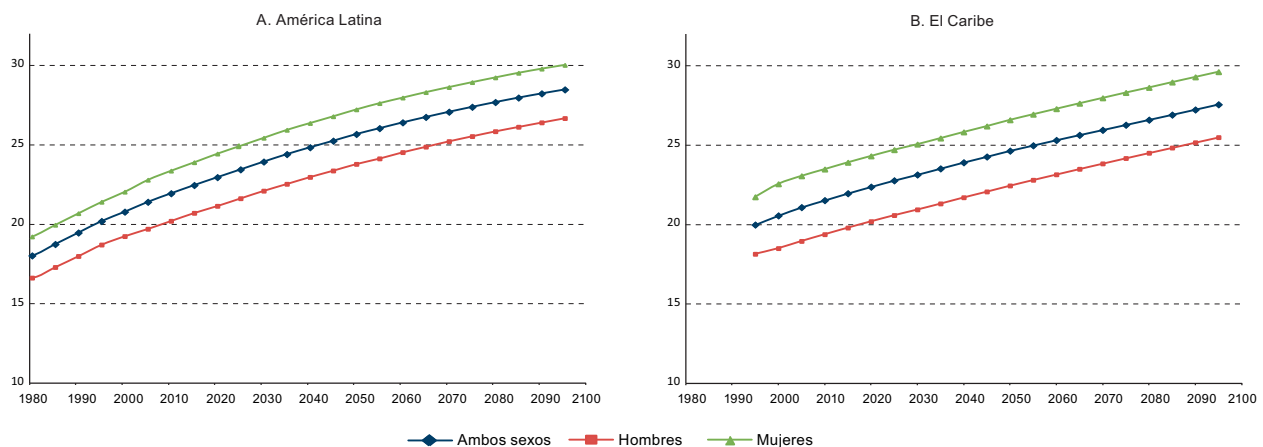
En términos relativos, las personas de edad registrarían tasas de crecimiento muy elevadas; se prevé que en América Latina y el Caribe la población de adultos mayores aumente a razón de un 3,5 por 100 anual en el período 2010-2030, mucho más rápido que la población de 25 a 59 años, cuyo incremento anual sería de un 1,2 por 100, en tanto que el grupo de menores de 25 años disminuiría, en promedio, un 0,5 por 100 al año. Ese rápido incremento requerirá ajustes económicos y sociales de gran envergadura en la mayoría de los países. Entre 2070 y 2100 se proyecta que solo el grupo de 80 años y más experimente un crecimiento positivo.

#### D. EL INCREMENTO DE LA ESPERANZA DE VIDA Y EL ENVEJECIMIENTO INTERNO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

Los avances médicos y sanitarios permiten disfrutar de índices de esperanza de vida impensables hace algunas décadas. En los últimos 60 años la población de la región ganó 23,4 años en el promedio de vida (Naciones Unidas, 2011). En América Latina y el Caribe la esperanza de vida al nacer para ambos sexos pasó de 51,3 años en el período 1950-1955 a 74,7 años en el quinquenio 2010-2015. El diferencial por sexos aumentó de 3,5 a 6,2 años, con esperanzas de vida al nacer de 49,6 años para los hombres y de 53,1 para las mujeres en 1950-1955 y de 71,6 y 77,8 años, respectivamente, en 2010-2015.

Aunque esta ganancia en cuanto a esperanza de vida se explica principalmente por la reducción de la mortalidad en la niñez, también la esperanza de vida a los 60 años<sup>7</sup> se incrementó 6,5 años en América Latina entre los períodos 1950-1955 y 2010-2015, con lo que actualmente este indicador se acerca, en promedio, a los valores observados en el mundo desarrollado. En el gráfico II.9 puede verse que la brecha entre hombres y mujeres latinoamericanos en 1980-1985 era de 2,6 años, con una esperanza de vida a los 60 de 16,6 años para el hombre y de 19,2 para la mujer de la misma edad. Esa brecha se ha ampliado con el tiempo, y en 2010-2015 ya llegaba a 3,2 años (20,2 años de esperanza de vida a los 60 para los hombres y 23,4 años para las mujeres). Se prevé que esta distancia aumente levemente en las próximas décadas a valores de 23,8 y 27,2 años, respectivamente, en 2050-2055.

Gráfico II.9  
ESPERANZA DE VIDA A LOS 60 AÑOS DE EDAD<sup>a</sup>, 1950-2100



**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, proyecciones y estimaciones de población, revisión 2011; y Naciones Unidas, World Population Prospects, 2010 Revision [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>.

<sup>a</sup> Promedio ponderado según la población total de hombres y de mujeres, respectivamente.

<sup>b</sup> Información disponible para el Caribe a partir de 1995.

Los niveles de la esperanza de vida a los 60 años en el Caribe son similares a los de América Latina, aunque se estima que la brecha entre los sexos sea algo mayor en esa subregión. El diferencial superaría los cuatro años en 2010 y se prevé que se mantenga constante durante lo que resta del siglo XXI. En 2010 este indicador se ubicaba en 19 años para los hombres caribeños de 60 años y en 23,5 para las mujeres. En 2100, la expectativa de vida para los hombres de 60 será de 25,5 años y de 29,6 para las mujeres.

### *Las mujeres son mayoría entre las personas de edad*

Como consecuencia de estos diferenciales por sexo, a medida que avanza la edad hay más mujeres. En 2010, por ejemplo, se estima que había 82 hombres de 60 años o más por cada 100 mujeres de la misma edad, mientras que para la población en su conjunto la cifra era de 97,6 hombres por cada 100 mujeres. Esta misma proporción se mantendría por lo menos hasta 2040. En la actualidad, en

<sup>7</sup> Se recomienda tomar este indicador con precaución, ya que presenta debilidades enraizadas en la información básica usada para calcularlo y suele exhibir inconsistencias. Por lo tanto, no se debe considerar como una medida precisa del tiempo que les resta por vivir a las personas de 60 años.

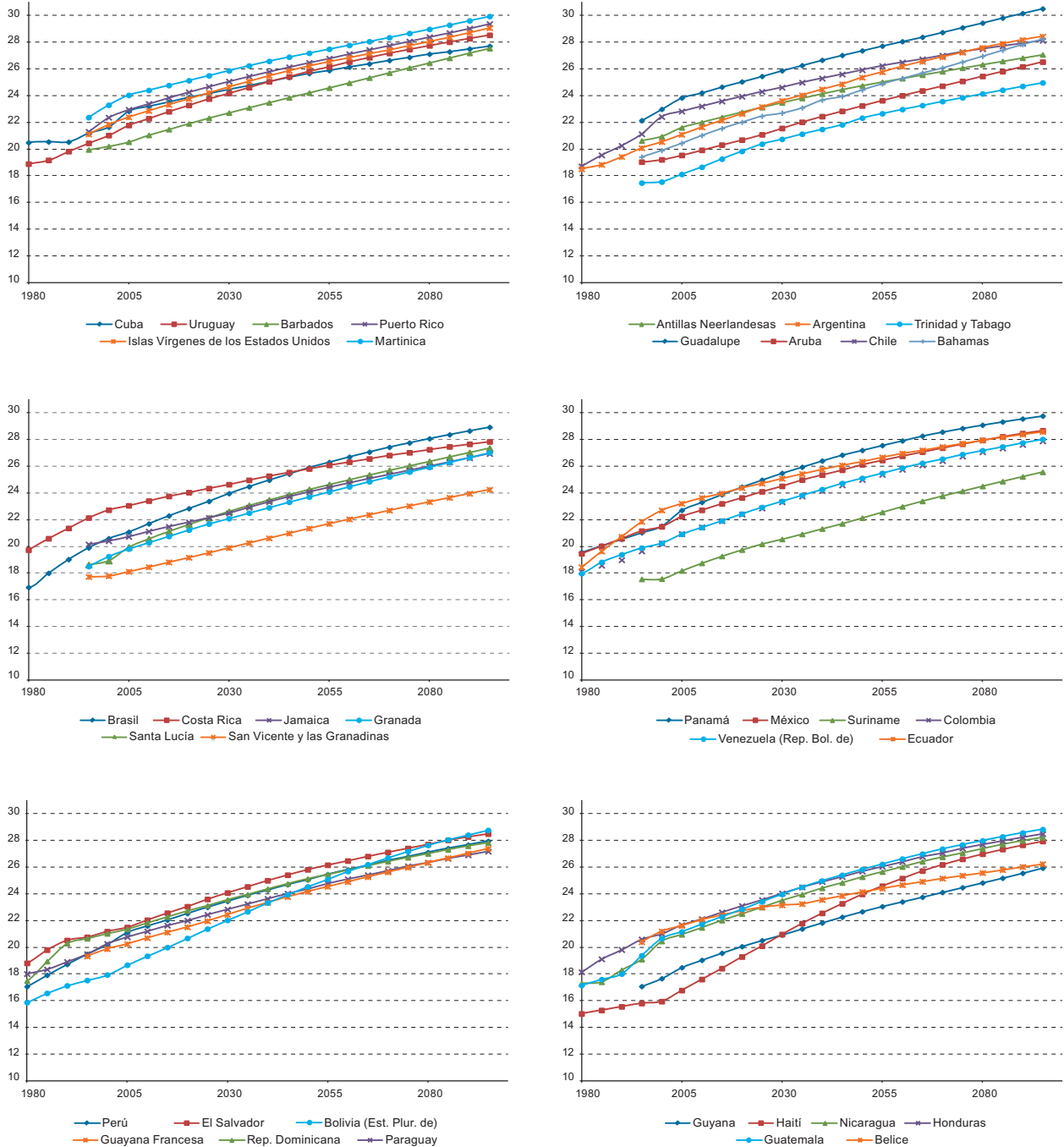
América Latina y el Caribe hay unos 5,8 millones más de mujeres que de hombres de 60 años y más. Entre las personas de 80 años o más hay, aproximadamente, dos hombres, por cada tres mujeres. Por su parte, en el grupo de 90 años y más hay dos mujeres por cada hombre, y entre los centenarios la proporción es de más del doble. Debido a su mayor longevidad y a su menor propensión a volverse a unir, las mujeres mayores tienen más probabilidades que los hombres de no estar casadas, y también de vivir solas. En estas condiciones, las mujeres mayores corren un mayor riesgo de sufrir aislamiento social y privaciones económicas, por lo que requerirán un apoyo especial. Asimismo, por su condición de género, se verán expuestas a riesgos adicionales. Dados los roles tradicionales de división del trabajo, las mujeres mostrarán mayor propensión a trabajar en empleos no remunerados, de baja productividad o en sectores informales durante las primeras etapas de su ciclo de vida. Ellas se habrán dedicado al cuidado de niños, personas mayores y personas con discapacidades. Por lo tanto, en las estrategias para responder al envejecimiento de la población habrá que considerar que las mujeres presentan mayores lagunas previsionales en términos de pensión y acceso a atención de la salud y cuidados. Esta condición las lleva a una situación de precariedad no equiparable con la de los hombres de edad.

La esperanza de vida a partir de los 60 años de edad también presenta diferencias entre los países de la región. En el gráfico II.10 se muestran los niveles y tendencias de este indicador por grupos de países, según el índice de envejecimiento estimado para 2010. En el primer grupo se destaca la mayor longevidad que se registra en Cuba. En 2010, estos países mostraban una esperanza de vida a los 60 años de edad cercana a 23 años; en 2040 ya rondarían los 25 años, en promedio, y en 2100 habrían sumado cuatro años más, con lo que la expectativa de vida a los 60 sería de 29 años. Entre los países del segundo panel se distinguen dos claros extremos, Guadalupe, que se sitúa por encima de los otros países con esperanzas de vida a los 60 de 24 años en 2010, 26,6 en 2040 y 30,5 al final del siglo, y Trinidad y Tabago, que muestra valores de 18,6 años en 2010, 21,5 en 2040 y 25 en el último quinquenio del siglo, lo que lo sitúa por debajo del conjunto. En el tercer grupo de países el Brasil exhibía una baja esperanza de vida a los 60 (menos de 17 años) alrededor de 1980. A partir de ahí, este indicador se recupera y se estima en 22 años en 2010, casi a la par con Costa Rica. En 2040, las personas de 60 años esperarían vivir 25 años más tanto en el Brasil como en Costa Rica y se prevé que a finales de siglo los adultos mayores brasileños tengan una esperanza de vida de 29 años, inferior solo a Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica y Guadalupe.

Suriname resalta en el cuarto panel por mostrar cifras más bajas que los promedios de la región durante todo el período bajo estudio, equiparables con San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago. En el quinto grupo destaca el Paraguay, cuya población adulta mayor gozaba de una esperanza de vida relativamente extendida ya en 1950. De hecho, en esa época la expectativa de vida de las personas de 60 años era de 17 años, la más alta de toda América Latina. En 2010, los demás países de este grupo igualaron la esperanza de vida a los 60 años del Paraguay (alrededor de 21,5 años), con la excepción de Bolivia (Estado Plurinacional de), país en el que se estima en 19 años.

En el sexto y último panel se distinguen Haití y Guyana. En Haití, la esperanza de vida a los 60 años se mantuvo casi constante en torno a los 14 años entre 1950 y 1980. En 1995, en Guyana, se esperaba que los adultos mayores vivieran 17 años después de los 60, solo uno más que en Haití. Esta proporción había cambiado poco en 2010 (19 años en Guyana y 17,6 años en Haití), pero se prevé que la distancia se vaya reduciendo hasta igualar las cifras en 2025, cuando las personas de 60 años vivan, en promedio, 20 años tanto en Haití como en Guyana. A finales de siglo, Haití se habría recuperado y promediaría 28 años de esperanza de vida para las personas de 60, cifra comparable con las del Perú y Colombia. Sin embargo, se proyecta que en Guyana siga en el extremo inferior (26 años), junto con Belice.

Gráfico II.10  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA A LOS 60 AÑOS DE EDAD PARA AMBOS SEXOS, SEGÚN PAÍSES, 1950-2100<sup>a</sup>**



**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, proyecciones y estimaciones de población, revisión 2011; y Naciones Unidas, World Population Prospects, 2010 Revision [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>.

<sup>a</sup> Información disponible para el Caribe a partir de 1995.

Debido al incremento de la esperanza de vida de las personas de 60 años y más, las demandas en materia de seguridad social, salud, trabajo, educación, participación social y política serán cada vez de mayor envergadura y complejidad. Esto conlleva la necesidad de un cambio de paradigma en la organización social y del mismo concepto de edad. Algunos demógrafos han propuesto el concepto de edad prospectiva, que toma en cuenta la evolución ascendente que ha registrado la esperanza de vida a partir de cierta edad (60 años), y no considera el tiempo vivido, sino el tiempo por vivir (Sanderson y Scherbov, 2008). Es decir, plantean que las políticas dirigidas a las personas adultas mayores no deben diseñarse de acuerdo con su edad cronológica (el tiempo vivido), sino con su edad prospectiva (el tiempo por vivir), pues es precisamente su edad prospectiva la que determinará su estado de salud físico y mental y, por lo tanto, su situación laboral, necesidades, demandas y conductas.

*Se producirá un envejecimiento interno de la población adulta mayor*

Como consecuencia de la extendida longevidad en nuestra región, para la población de 80 años y más se observan y se proyectan tasas de crecimiento superiores a las de cualquier otro grupo entre 1950 y 2100, con una tasa del 3,8 por 100 en la actualidad. Además, es el único grupo que experimentaría un crecimiento positivo hasta finales del siglo XXI. Si se produjeran más avances en la supervivencia de las personas mayores, el crecimiento de este grupo podría acentuarse todavía más. Dentro de la población adulta mayor, el peso relativo de la de 80 años y más aumentará, lo que se traducirá en un envejecimiento interno de esta población. El estudio de las condiciones de vida y el cumplimiento de los derechos del grupo de edad muy mayor ha cobrado relevancia, y cobrará aún más en la región, debido a las condiciones de particular fragilidad de los adultos de edad muy avanzada, entre otros factores. Las enfermedades crónicas propias de este rango etario y el natural decaimiento del estado de salud conforme avanza la edad provocarán un incremento significativo de la población con limitaciones físicas o intelectuales. Se verá disminuir la proporción de personas de edad capaces de ser autónomas, de participar en las actividades económicas y gozar de una mayor integración social (Chackiel, 2000), pues el riesgo de tener alguna discapacidad y de caer en la dependencia funcional incrementa notablemente después de los 80 años, sobre todo en ausencia de una red social de apoyo (Abellán García y otros, 2007).

Actualmente, en América Latina la población de 80 años y más lleva un ritmo de crecimiento más rápido que el de cualquier otro grupo de edad. En términos relativos, el porcentaje que representa la población de 80 años y más con respecto al total ha evolucionado inexorablemente al alza. En 1950, en América Latina y el Caribe había solamente un 0,4% de personas de edad muy avanzada; en 2010 este grupo de población ya se había casi cuadruplicado y representaba un 1,5%. Esta proporción continuará aumentando rápidamente hasta llegar a mediados del siglo XXI al 6% y, en 2075, una de cada 10 personas tendría más de 80 años, superando incluso a la población de menores de 10 años.

En consecuencia, el grupo de personas mayores experimenta su propio proceso de envejecimiento. Actualmente, en América Latina se estima que, dentro del grupo de 60 años y más, aproximadamente uno de cada ocho hombres mayores tiene 80 años o más. En el Caribe esta relación es de uno a siete, y para las mujeres sube a una de cada seis en América Latina y a casi una de cada cinco en el Caribe. A mediados de siglo, el 20% de los hombres de 60 años y más tendrá 80 años o más, mientras que entre las mujeres este porcentaje se elevaría al 25%. Los valores más elevados de los índices en el Caribe obedecen al proceso de envejecimiento más adelantado que se vive en la subregión. En el cuadro II.1 se muestra el creciente tamaño absoluto de la población de edad avanzada y muy avanzada, así como también la marcada participación femenina.

Cuadro II.1  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: POBLACIÓN MAYOR POR SEXO Y GRUPOS EDAD,  
 AÑOS SELECCIONADOS**

|      |         | América Latina   |                  |  | El Caribe        |                  |                                 |
|------|---------|------------------|------------------|--|------------------|------------------|---------------------------------|
|      |         | 60 años<br>y más | 80 años<br>y más | 80 años y más/<br>60 años y más<br>(porcentajes) | 60 años<br>y más | 80 años<br>y más | 80 años y más/<br>60 años y más |
| 1950 | Hombres | 4 220 750        | 287 964          | 6,8  | 177 961          | 12 769           | 7,2                             |
|      | Mujeres | 4 760 814        | 396 003          | 8,3  | 225 337          | 18 810           | 8,3                             |
| 1970 | Hombres | 8 186 816        | 616 002          | 7,5  | 321 856          | 29 823           | 9,3                             |
|      | Mujeres | 9 230 928        | 832 819          | 9,0  | 377 027          | 49 695           | 13,2                            |
| 1990 | Hombres | 14 213 946       | 1 429 655        | 10,1   | 512 463          | 68 730           | 13,4                            |
|      | Mujeres | 17 052 593       | 2 080 771        | 12,2   | 622 294          | 101 994          | 16,4                            |
| 2010 | Hombres | 25 753 083       | 3 313 175        | 12,9   | 710 186          | 101 284          | 14,3                            |
|      | Mujeres | 31 355 428       | 5 188 328        | 16,5   | 909 534          | 173 893          | 19,1                            |
| 2030 | Hombres | 52 121 719       | 7 265 979        | 13,9   | 1 196 311        | 166 060          | 13,9                            |
|      | Mujeres | 63 580 588       | 11 162 292       | 17,6   | 1 567 846        | 291 917          | 18,6                            |
| 2050 | Hombres | 84 609 402       | 16 997 754       | 20,1   | 1 553 967        | 327 010          | 21,0                            |
|      | Mujeres | 102 864 485      | 25 707 865       | 25,0   | 2 035 967        | 579 386          | 28,5                            |
| 2070 | Hombres | 106 923 852      | 28 397 820       | 26,6   | 1 786 638        | 435 447          | 24,4                            |
|      | Mujeres | 127 501 623      | 41 227 953       | 32,3   | 2 182 945        | 715 045          | 32,8                            |
| 2100 | Hombres | 107 538 677      | 36 002 392       | 33,5   | 1 748 503        | 531 060          | 30,4                            |
|      | Mujeres | 125 073 919      | 49 025 484       | 39,2   | 2 033 058        | 766 947          | 37,7                            |

**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, proyecciones y estimaciones de población, revisión 2011; y Naciones Unidas, World Population Prospects, 2010 Revision [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>.

En definitiva, a pesar de que el grupo de 80 años y más constituye aún una pequeña proporción del total de la población, el número de las personas que lo integran no debe pasar desapercibido. Esa progresión requerirá ajustes económicos y sociales de gran envergadura en la mayoría de los países, ya que se incrementarán los costos de la atención de salud, así como las demandas de cuidado a largo plazo y de arreglos residenciales especiales para este segmento de población de edad avanzada.

En América Latina y el Caribe son las familias —y mayoritariamente las mujeres— quienes se encargan de cubrir las necesidades de salud y cuidado de la población adulta muy mayor. Además, frecuentemente son los hijos o hijas adultos mayores (de 60 años y más) quienes proporcionan a las personas de edad muy avanzada (de 80 años o más) no solo ayuda monetaria y manutención, sino también cuidados y dedicación. Por lo tanto, en caso de que el Estado no provea estructuras públicas, serán las familias las que tendrán que responder en forma individual a estas exigencias, a expensas de su participación en el mercado laboral, su bienestar o su realización personal.

Ante esto, para enfrentar las consecuencias del envejecimiento de la población los países deben diseñar estrategias que tomen en cuenta las antiguas y las nuevas demandas y necesidades de otros grupos sociales. Por consiguiente, la prioridad de las políticas en respuesta al envejecimiento tendría que ser la oferta de igualdad de oportunidades para su desarrollo personal a todos los miembros de las familias y, paralelamente, la construcción y mantenimiento de un entorno familiar que ofrezca apoyo y cohesión a sus integrantes.



## **E. LOS AJUSTES EN POS DE LA IGUALDAD PARA TODAS LAS EDADES SUPONEN REDEFINIR EL PAPEL DEL ESTADO, EL SECTOR PRIVADO Y LA FAMILIA**

El envejecimiento de la población es un proceso casi universal que afecta prácticamente a todos los países del mundo e incide de modo directo en la equidad y la solidaridad intergeneracionales e intrageneracionales, que son los fundamentos de la sociedad (Naciones Unidas, 2010). La visión a largo plazo permite prever escenarios futuros y preparar a las sociedades para hacer frente a las necesidades de su población envejecida. Se proyecta que, a nivel regional, el número de personas de edad superaría por primera vez el de niños hacia 2036, y seguiría superándolo cada vez más hasta finales del siglo XXI. Sin embargo, el crecimiento de la población adulta mayor no tendrá el mismo efecto en todos los países ni será perceptible en el mismo período de tiempo. En algunos países, las poblaciones infantil y juvenil, así como la población en edades activas, tienen y tendrán todavía un gran protagonismo y seguirán planteando un difícil desafío a las políticas públicas. Aun cuando es un fenómeno de tremenda importancia, poner el énfasis solo en el envejecimiento puede conducir a que la atención se desvíe de estos otros grupos de personas, cuyo bienestar de ninguna manera está asegurado.

Si bien América Latina y el Caribe se encuentran justamente en la etapa del bono demográfico, la relación de dependencia volverá a aumentar en pocos años y, al hacerlo, generará demandas nuevas de atención de salud dirigida a las personas de edad, de seguridad económica y protección social, entre otras. El número de personas cuyas necesidades deberán ser satisfechas sobrepasará todas las expectativas. Se cuenta con corto tiempo y, por lo tanto, con un reducido margen de error para implementar ajustes en pos de una sociedad equitativa e inclusiva para la población de todas las edades. Dadas las transformaciones en los hogares originadas por la emancipación femenina y su integración creciente al mercado laboral, estos ajustes exigen equidad intergeneracional y de género, en la medida en que es preciso satisfacer las necesidades de personas que se encuentran en etapas diferentes del ciclo vital. Además, los rectores de las políticas públicas de los países deben tomar en cuenta la creciente debilidad de las redes de apoyo familiar, así como la falta de servicios sociales que garanticen condiciones de vida dignas para las personas de edad avanzada.

Según las proyecciones, aproximadamente a partir de 2063 habría por lo menos el doble de personas mayores que de niños en los países de la región, lo que implica que los gobiernos, el mercado, las familias y la sociedad en general deberían prepararse para un cambio duradero en sus paradigmas. El envejecimiento de la población requiere especial atención por sus implicaciones tanto para la sociedad como colectivo como para cada persona individualmente. Es preciso que se busquen nuevas y creativas soluciones para brindar bienestar y equidad intergeneracional y de género. Por lo tanto, no es exagerado aseverar que es necesario redefinir el papel que cabe desempeñar al Estado, el sector privado y la familia.

### Bibliografía

- Abellán García, A. y otros (2007), *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006*, Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2011a), “Proyección a largo plazo”, *Observatorio demográfico*, N° 11 (LC/G.2515-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.12.II.G.10.
- \_\_\_\_\_ (2011b), “Proceso de envejecimiento a largo plazo”, *Observatorio demográfico*, N° 12 (LC/G.2517-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.12.II.G.13.
- \_\_\_\_\_ (2008), *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe* (LC/G.2378), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (2007a), *Envejecimiento y desarrollo en una sociedad para todas las edades* (LC/L.2805), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (2007b), *Informe sobre la aplicación de la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (LC/L.2749(CRE-2/3)), Santiago de Chile.
- Chackiel, Juan (2000), “El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿Hacia una relación de dependencia favorable?”, *serie Población y desarrollo*, N° 4 (LC/L.1411-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.80.
- Kinsella, K. (2007), “Why Population ageing matters. A global perspective”, documento presentado en el seminario sobre envejecimiento en los países en desarrollo, Santiago de Chile, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIECP).
- Naciones Unidas (2011), “World Population Prospects: The 2010 Revision” [edición CD-ROM] [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>.
- \_\_\_\_\_ (2010), *World Population Ageing 2009* (ST/ESA/SER.A/295), Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.10.XIII.5.
- Sanderson, Warren y Sergei Scherbov (2008), “Rethinking age and aging”, *Population Bulletin*, vol. 63, N° 4, Population Reference Bureau.



## Anexo

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: INDICADORES SELECCIONADOS DEL PROCESO  
DE ENVEJECIMIENTO, POR PAÍS Y ETAPA EN EL PROCESO  
DE ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL, 2010-2015**

| Etapa de envejecimiento              | País o territorio                 | Índice de envejecimiento <sup>a</sup> | Tasa global de fecundidad <sup>b</sup> | Población de 60 años o más <sup>c</sup> (en porcentajes) | Población de 80 años o más <sup>d</sup> (en porcentajes) | Relación de dependencia total <sup>e</sup> | Relación de dependencia a los 60 años o más <sup>f</sup> | Esperanza de vida a los 60 años <sup>g</sup> | Relación de apoyo potencial <sup>h</sup> | Relación de apoyo a los padres <sup>i</sup> |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| Envejecimiento incipiente            | Belice                            | 16,1                                  | 2,7                                    | 5,7  | 0,9  | 68,6                                       | 9,5  | 22,1   | 10,5                                     | 11,7  |
|                                      | Bolivia (Estado Plurinacional de) | 19,8                                  | 3,1                                    | 7,1  | 0,7  | 75,9                                       | 12,5   | 19,3   | 8,0                                      | 7,6   |
|                                      | Guatemala                         | 15,6                                  | 3,7                                    | 6,5  | 0,9  | 91,9                                       | 12,4   | 21,7   | 8,1                                      | 12,2  |
|                                      | Guyana                            | 19,2                                  | 2,2                                    | 6,4  | 0,7  | 66,7                                       | 10,8   | 19,0   | 9,3                                      | 6,9   |
|                                      | Guayana Francesa                  | 20,7                                  | 3,1                                    | 6,9  | 0,7  | 67,5                                       | 11,6   | 20,7   | 8,6                                      | 6,2   |
|                                      | Haití                             | 18,1                                  | 3,1                                    | 6,5  | 0,6  | 74,3                                       | 11,4   | 17,6   | 8,8                                      | 6,8   |
|                                      | Honduras                          | 16,9                                  | 2,9                                    | 6,2  | 0,9  | 75,4                                       | 10,9   | 22,1   | 9,2                                      | 12,1  |
|                                      | Nicaragua                         | 18,0                                  | 2,5                                    | 6,2  | 1,0  | 68,5                                       | 10,5   | 21,5   | 9,6                                      | 11,8  |
|                                      | Paraguay                          | 22,9                                  | 2,7                                    | 7,7  | 1,1  | 70,0                                       | 13,0   | 21,2   | 7,7                                      | 11,0  |
|                                      | Envejecimiento moderado           | Brasil                                | 39,9                                   | 1,8  | 10,2   | 1,5  | 55,3   | 15,8   | 21,7                                     | 6,3   |
| Colombia                             |                                   | 29,9                                  | 2,4                                    | 8,6  | 1,1  | 59,6                                       | 13,7   | 21,4   | 7,3                                      | 9,4   |
| Costa Rica                           |                                   | 38,0                                  | 1,7                                    | 9,5  | 1,5  | 52,4                                       | 14,4   | 23,4   | 6,9                                      | 11,7  |
| Ecuador                              |                                   | 29,7                                  | 2,4                                    | 9,0  | 1,4  | 64,8                                       | 14,9   | 23,6   | 6,7                                      | 13,5  |
| El Salvador                          |                                   | 29,2                                  | 2,1                                    | 9,4  | 1,6  | 70,7                                       | 16,0   | 22,0   | 6,2                                      | 17,1  |
| Granada                              |                                   | 34,7                                  | 2,2                                    | 9,5  | 1,9  | 59,0                                       | 15,2   | 20,3   | 6,6                                      | 19,2  |
| Jamaica                              |                                   | 36,4                                  | 2,3                                    | 10,6   | 1,9  | 65,6                                       | 17,5   | 21,1   | 5,7                                      | 17,1  |
| México                               |                                   | 33,1                                  | 2,1                                    | 9,2  | 1,4  | 59,1                                       | 14,7   | 22,7   | 6,8                                      | 12,7  |
| Panamá                               |                                   | 33,7                                  | 2,5                                    | 9,8  | 1,4  | 64,1                                       | 16,2   | 23,3   | 6,2                                      | 11,6  |
| Perú                                 |                                   | 29,3                                  | 2,4                                    | 8,8  | 1,1  | 63,2                                       | 14,3   | 21,6   | 7,0                                      | 10,6  |
| República Dominicana                 |                                   | 27,5                                  | 2,5                                    | 8,6  | 1,3  | 65,8                                       | 14,2   | 21,8   | 7,0                                      | 12,4  |
| San Vicente y las Granadinas         |                                   | 36,2                                  | 2,0                                    | 9,6  | 1,4  | 56,5                                       | 15,0   | 18,5   | 6,7                                      | 11,7  |
| Santa Lucía                          |                                   | 36,4                                  | 1,9                                    | 9,4  | 1,6  | 54,5                                       | 14,6   | 20,6   | 6,9                                      | 14,9  |
| Suriname                             |                                   | 32,6                                  | 2,3                                    | 9,3  | 1,1  | 60,9                                       | 15,0   | 18,7   | 6,7                                      | 9,3   |
| Venezuela (República Bolivariana de) | 29,3                              | 2,4                                   | 8,6                                    | 1,1  | 61,6   | 14,0                                       | 21,4   | 7,2  | 9,3                                      |   |
| Envejecimiento avanzado              | Argentina                         | 58,9                                  | 2,2                                    | 14,6   | 2,6  | 65,3                                       | 24,2   | 21,6   | 4,1                                      | 18,7  |
|                                      | Bahamas                           | 46,2                                  | 1,9                                    | 10,4   | 1,1  | 49,1                                       | 15,5   | 21,0   | 6,4                                      | 7,6   |
|                                      | Chile                             | 59,1                                  | 1,8                                    | 13,1   | 2,1  | 54,4                                       | 20,2   | 23,2   | 4,9                                      | 13,7  |
|                                      | Trinidad y Tabago                 | 51,6                                  | 1,6                                    | 10,6   | 1,3  | 45,4                                       | 15,5   | 18,6   | 6,5                                      | 8,7   |
|                                      | Envejecimiento muy avanzado       | Antiguas Antillas Neerlandesas        | 74,2                                   | 1,9  | 15,4   | 2,3  | 56,7   | 24,1   | 22,0                                     | 4,1   |
| Aruba                                |                                   | 74,7                                  | 1,7                                    | 14,3   | 1,4  | 50,3                                       | 21,5   | 19,9   | 4,6                                      | 6,9   |
| Barbados                             |                                   | 94,1                                  | 1,6                                    | 16,4   | 3,0  | 51,0                                       | 24,7   | 21,0   | 4,0                                      | 15,7  |
| Cuba                                 |                                   | 98,8                                  | 1,5                                    | 17,1   | 3,0  | 52,3                                       | 26,0   | 23,2   | 3,8                                      | 18,6  |
| Guadalupe                            |                                   | 76,3                                  | 2,1                                    | 17,1   | 3,4  | 65,6                                       | 28,4   | 24,2   | 3,5                                      | 19,8  |
| Islas Vírgenes de los Estados Unidos |                                   | 104,7                                 | 1,9                                    | 21,2   | 2,6  | 70,7                                       | 36,2   | 22,9   | 2,8                                      | 12,7  |
| Martinica                            |                                   | 102,6                                 | 1,8                                    | 19,9   | 4,0  | 64,7                                       | 32,8   | 24,4   | 3,1                                      | 21,5  |
| Puerto Rico                          |                                   | 85,4                                  | 1,8                                    | 18,0   | 3,3  | 63,9                                       | 29,4   | 23,4   | 3,4                                      | 20,1  |
| Uruguay                              |                                   | 82,0                                  | 2,0                                    | 18,5   | 3,9  | 69,3                                       | 31,2   | 22,3   | 3,2                                      | 25,1  |

**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, estimaciones y proyecciones de población, Revisión 2011, y Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2010 Revision* [CD-ROM], 2011.

<sup>a</sup> Índice de envejecimiento = (población de 60 años o más / población de 0 a 14 años) \* 100.

<sup>b</sup> Tasa global de fecundidad = número medio de hijos por mujer, suponiendo que las tasas de fecundidad por edad del período se mantienen constantes durante toda la vida reproductiva de la mujer y que esta no está expuesta a riesgos de mortalidad en ese período.

<sup>c</sup> Población de 60 años o más = (población de 60 años o más / población total) \* 100.

<sup>d</sup> Población de 80 años o más = (población de 80 años o más / población total) \* 100.

<sup>e</sup> Relación de dependencia total = (población de 0 a 14 años + población de 60 años o más) / (población de 15 a 59 años) \* 100.

<sup>f</sup> Relación de dependencia a los 60 años o más = (población de 60 años o más) / (población de 15 a 59 años) \* 100.

<sup>g</sup> Esperanza de vida a los 60 años = promedio del número de años por vivir a partir de los 60 años de edad.

<sup>h</sup> Relación de apoyo potencial = (población de 15 a 59 años / población de 60 años o más) \* 100.

<sup>i</sup> Relación de apoyo a los padres = (población de 80 años o más / población de 50 a 64 años) \* 100.



### Capítulo III

## **LA SEGURIDAD SOCIAL, LA SOLIDARIDAD Y LA IGUALDAD**

A nivel regional, el gasto público, en especial el gasto social, ha registrado un aumento muy significativo en las últimas dos décadas. La partida en la que se observó mayor incremento (un 3,5% del PIB) es la de seguridad y asistencia social, seguida por la de educación. Con trayectorias diferentes de un país a otro, la seguridad y la asistencia social tienen una mayor gravitación en los países de mayor desarrollo relativo (CEPAL, 2011).

Este esfuerzo ha permitido a algunos gobiernos ampliar la cobertura de seguridad social por medio de la introducción de un pilar solidario, cuya calidad y sostenibilidad futura dependen en gran medida de las decisiones que se tomen hoy en día. Los desafíos derivados de la transición demográfica para los sistemas de seguridad social son inminentes debido a que el envejecimiento de la población es un fenómeno duradero y, a medida que la población envejece, la relación de apoyo potencial tiende a disminuir (véase el capítulo II).

En América Latina y el Caribe, entre 1950 y 2010, la relación de apoyo potencial se redujo de 10 a 6 trabajadores potenciales por cada persona de 60 años y más. Se prevé que, para 2040, este indicador se reduzca aún más y llegue a 3 trabajadores potenciales por cada persona de edad avanzada. En 2100, esta relación ya sería inferior a 1,5. Esa disminución tiene repercusiones importantes en los regímenes de seguridad social, especialmente los de pensiones con cargo a los ingresos corrientes. Es claro entonces que, si no se interviene a tiempo, el incremento de las personas de edad que no lograron ahorrar para obtener una jubilación, junto con la decreciente relación de apoyo potencial, supondrá una carga cada vez mayor para toda la sociedad, con consecuencias para todas las generaciones.

En este escenario, el desafío que deben enfrentar los regímenes de seguridad social de la región en las próximas décadas es enorme y complejo. Si bien hay mucho que aprender de la experiencia de los países desarrollados, esta por sí sola no constituye la única forma de resolver los problemas presentes y los retos futuros para aumentar la cobertura y calidad de los sistemas de pensiones y jubilaciones en la región, sobre todo en los países con regímenes más rudimentarios. Un rasgo inédito de la coyuntura actual es que, quizás como nunca antes, se presenta una nueva oportunidad de plantearse las transformaciones necesarias para que la seguridad social sea un instrumento más eficaz que permita quebrar la herencia de la desigualdad.

### **A. LA SEGURIDAD SOCIAL COMO COMPONENTE CENTRAL DE LA SEGURIDAD ECONÓMICA EN LA VEJEZ**

Disponer de bienes —económicos y no económicos— constituye un elemento clave de la calidad de vida en la vejez. Aunque generalmente la seguridad económica se define como la capacidad de disponer de forma independiente de una cantidad de recursos económicos regulares y suficientes para garantizar una buena calidad de vida (Guzmán, 2002), existen otros elementos que influyen en el bienestar económico de las personas mayores, varios de los cuales proceden de las transferencias que realizan sus propios familiares por medio de especies o de tiempo dedicado a prestarles asistencia o cuidado. La confluencia

de ambos elementos (económicos y no económicos) permite a las personas mayores satisfacer sus necesidades, mantener autonomía funcional e independencia para la adopción de decisiones.

La seguridad económica, según las Naciones Unidas, constituye una legítima aspiración, tanto en el caso de una persona que ha contribuido durante toda su vida a la seguridad social como en el de otra que —porque su trayectoria laboral no lo permitió o por otras razones— no cumple con los requisitos suficientes para acceder a una pensión contributiva (Naciones Unidas, 1995).

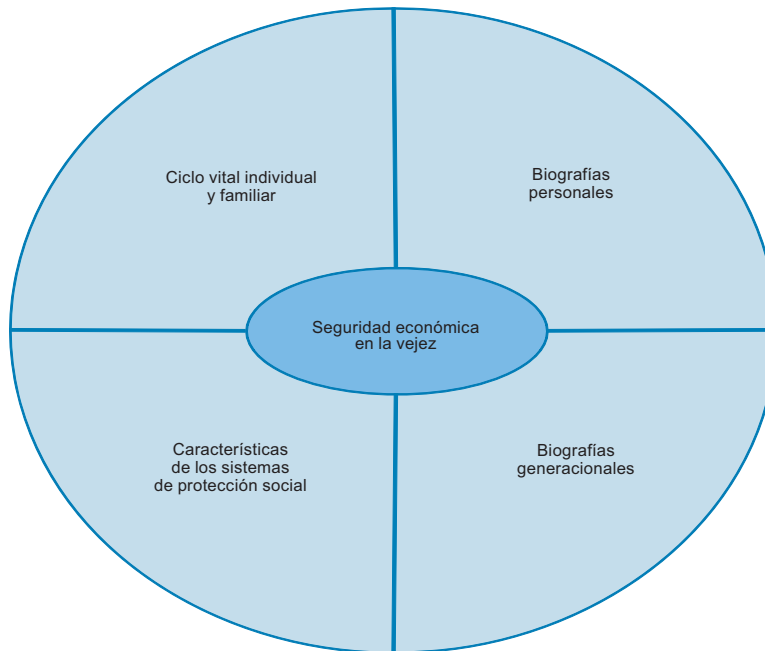
El estudio de la seguridad económica de las personas mayores comprende dos aspectos: situación económica y posición económica. La situación económica está determinada por su poder adquisitivo para financiar el consumo, el que puede provenir de diversas fuentes: trabajo, ahorros, jubilación o pensión o acumulación de activos. Se vincula directamente con el nivel y tipo de consumo, que depende de la edad y el estado de salud, las características de su residencia y los servicios que corran por cuenta del Estado (servicios gratuitos o subsidios) (CEPAL, 2003). A diferencia de otras etapas de la vida, el estudio de la situación económica en la vejez conlleva la necesidad de considerar el ciclo vital como un elemento subyacente, debido a que el poder adquisitivo actual tiene que ver con la posición económica anterior y con las decisiones y circunstancias de las personas en otros momentos de su vida (Pérez, 1997). Al respecto, algunos autores plantean que la etapa más importante en la determinación de la situación económica en la vejez es el tramo inmediatamente anterior a la jubilación (Maddox y Campbell, 1985). Sin embargo, estudios recientes demuestran que las etapas anteriores también definen factores relevantes —como el nivel de estudios, la elección de determinada carrera y el número de hijos (Pérez, 1997, Marco 2004, Huenchuan, 2009). Por otro lado, la jubilación no es un hecho universal, menos aún en el caso de las mujeres.

Por su parte, la posición económica se evalúa a partir de los ingresos o de los bienes de los individuos mayores en relación con otros grupos de edad o la población total, aunque también es relevante analizar las diferencias dentro de la misma generación, básicamente porque en la vejez se hacen evidentes las desventajas que se acumularon a lo largo de toda una vida. En ese sentido, la posición económica de las personas mayores en un momento determinado depende de una compleja combinación de factores interrelacionados, que se presentan esquemáticamente en el diagrama III.1. Cabe recordar, en esta materia, que el género es una variable estratificadora fundamental que influye de manera drástica en la posición económica de las mujeres cuando llegan a edades avanzadas.

El ciclo vital se refiere al momento de la vida en el que se encuentran los sujetos envejecidos y las personas que los rodean. Incluye a los familiares, pues la interrelación de los ciclos de vida de los diferentes miembros de la familia determina tanto las cargas que deben sobrellevar las personas mayores como las posibilidades de ayuda de las que podrían disponer. Las biografías personales aluden directamente a la trayectoria laboral de las personas mayores, en lo que respecta a la suficiencia de cotizaciones que hayan logrado acumular al momento de llegar a la edad de jubilación, así como a su capacidad de acceder a un empleo en la edad avanzada.

Las biografías generacionales corresponden al contexto en que han ido envejeciendo y se refieren a los factores propios de la historia social, económica y política de las sociedades de las que forman parte. Por último, las características de los sistemas de protección social se reflejan en la posibilidad de acceder a un ingreso sustituto, bajo la forma de una pensión no contributiva, cuando se llega a la edad avanzada y, por cierto, el acceso efectivo a la atención de la salud.

Diagrama III.1  
**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SEGURIDAD ECONÓMICA EN LA VEJEZ**



**Fuente:** Sandra Huenchuan, “Pobreza y redes de apoyo social en la vejez. Acercamiento desde las diferencias de género”, *Revista de trabajo social*, N° 12, Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), 2006.

En la base de la seguridad económica se ubica, en definitiva, el financiamiento del consumo de las personas mayores. La forma de cubrir los déficits de ingresos en la edad avanzada es una decisión vital para todas las sociedades. La postergación de la edad de jubilación, la contribución de las familias, el incremento de las transferencias públicas o la acumulación de activos son algunas de las alternativas disponibles para asegurar el equilibrio (Lee y Mason, 2011).

En este marco, sea cuales fueren las condiciones en que se llega a la vejez, el acceso a una pensión —de carácter contributivo o no contributivo— establece la diferencia en la posibilidad de sobrellevar o superar las situaciones de pobreza, en especial cuando las personas mayores se ven sometidas a circunstancias que no pueden controlar. Las instituciones gubernamentales son, por ende, las principales proveedoras de protección social en la forma de seguro social, incluida la atención de la salud, y en consecuencia la prevención y superación de la pobreza.

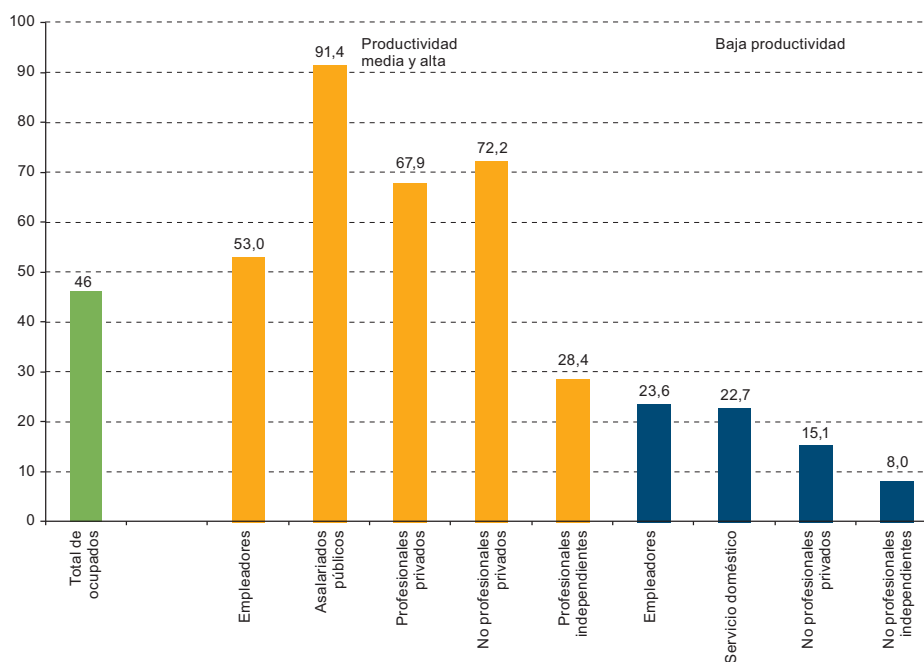
## **B. COBERTURA CONTRIBUTIVA: LA DÉBIL PROTECCIÓN DE LOS TRABAJADORES Y SUS FAMILIAS**

Tradicionalmente, los Estados han dado prioridad al establecimiento de regímenes de sistemas de pensiones contributivos con el fin de alcanzar la cobertura universal una vez que se ampliara el sector no estructurado. Hoy en día, el elevado número de trabajadores del sector informal obliga a rever este enfoque, puesto que los sistemas contributivos han dejado sin protección a la mayoría de la población que

llega a la vejez. Según las estimaciones a nivel mundial, solo el 25% de la mano de obra cotiza para pensiones o acumula derechos de pensión (Naciones Unidas, 2010).

Siguiendo esta misma tendencia, en la región, los mercados de trabajo no han tenido la capacidad de convertirse en la puerta de entrada privilegiada para los sistemas de protección social. La alta informalidad y la debilidad de las regulaciones y la institucionalidad laboral condicionan el acceso de los ocupados a la seguridad social en el empleo. Actualmente, alrededor de la mitad de los ocupados están afiliados al sistema, de los cuales la gran mayoría trabajan en el sector formal y de mayor productividad (véase el gráfico III.1).

Gráfico III.1  
**AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): OCUPADOS AFILIADOS A LA SEGURIDAD SOCIAL,  
 SEGÚN INSERCIÓN LABORAL, 2009<sup>a</sup>**  
 (En porcentajes)



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

<sup>a</sup> Promedio ponderado.

Un dato ilustrativo en este sentido es que la afiliación a la seguridad social descendió entre 1990 y 2002 (pasando del 52,4% al 49%) y a partir de allí comenzó a incrementarse, alcanzado en 2009 el 53,2%, lo que incluso supera levemente el nivel de 1990. Sin embargo, esta tendencia no fue idéntica de un sector a otro. En el período de disminución, la proporción de ocupados asegurados en el sector de baja productividad descendió más que en el sector de productividad media y alta, y cuando el ciclo económico fue permitiendo una recuperación de la afiliación, el sector formal actuó con más fuerza, mientras que en el sector informal esta tendencia fue bastante más moderada. Como resultado de esta evolución diferencial, el acceso a la seguridad social se ha convertido en un factor adicional que ha contribuido a ensanchar las distancias entre ambos sectores.

Estas disparidades de cobertura se observan también entre países. Las tasas de cobertura contributiva son más bajas en los países con el menor PIB per cápita. Esto se demuestra en que, en los países de altos ingresos de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), los sistemas contributivos abarcan el 85% de la mano de obra, mientras que en América Latina, en países como Nicaragua, Honduras, el Paraguay y Guatemala, entre otros, que tienen el PIB per cápita más bajo de toda la región, la cobertura contributiva no supera el 20% (Naciones Unidas, 2010; CEPAL, 2006).

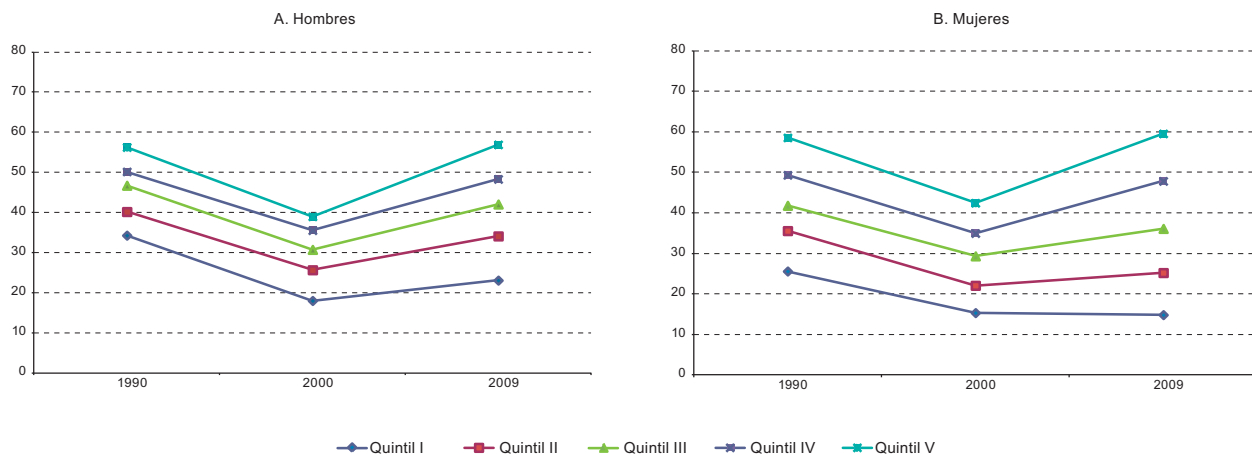
La lógica contributiva, más allá de la cobertura de los ocupados, está pensada no solo para otorgar protección a los trabajadores, sino también para proteger de alguna forma a sus familias por medio del aseguramiento de salud. En este sentido, cabe mencionar que quienes acceden a la seguridad social no son solamente los trabajadores de mayor nivel educativo y mejores salarios, sino también los que cuentan con menor número de dependientes (o que pertenecen a hogares menos numerosos). En contraste, quienes no acceden a la seguridad social son predominantemente los trabajadores de menos ingresos, las ocupadas con hijos pequeños, los trabajadores más jóvenes y los de hogares más numerosos.

El análisis de los datos desde la óptica de los hogares también muestra niveles bajos de cobertura de seguridad social (un 43% de los hogares tienen al menos un miembro que está afiliado y solamente el 32% del total de hogares tiene a su jefe o cónyuge de jefe afiliado) y, una vez más, pone de manifiesto brechas de género. En efecto, la cobertura contributiva en los hogares con jefatura masculina (49,5%) es significativamente superior al promedio, mientras que los hogares con jefatura femenina tienen menor nivel de cobertura (41,3%). Diferencias más profundas se observan cuando se compara a la población de hogares urbanos con la de hogares rurales, en detrimento de estos últimos.

La mirada de largo plazo en relación con este fenómeno indica que, en los últimos 20 años, la brecha que separa a las mujeres ocupadas de mayores ingresos de aquellas que viven en hogares del quintil inferior se ha ensanchado. Este hecho fue más evidente en el período de recuperación de la cobertura de seguridad social entre los ocupados. El quintil más pobre pasó de representar, en 1990, el 43% de cobertura contributiva del quintil más rico al 36% en 2000 y al 24% en 2009. Estas tendencias también se verifican entre los hombres, pero en forma menos marcada que entre las mujeres. Entre los hombres, la afiliación en el quintil más pobre pasó de equivaler al 60% de la del quintil más rico en 1990, luego descendió al 46% en 2000 y en 2009 pasó a representar el 40%. En definitiva, el ensanchamiento de brechas se produce en el caso de hombres y mujeres, pero en este último grupo adquiere valores mucho más preocupantes (véase el gráfico III.2).

La menor participación laboral, las tasas más altas de desempleo, los sesgos en algunas regulaciones laborales y la ausencia de políticas que permitan conciliar las demandas del trabajo remunerado y no remunerado inciden negativamente en la cobertura de protección contributiva de las mujeres (CEPAL, 2010). De esta manera, se reproducen en forma ampliada las múltiples brechas laborales que separan a hombres de mujeres y que han contribuido a ensanchar la desigualdad entre estas últimas.

Gráfico III.2  
**AMÉRICA LATINA (9 PAÍSES): POBLACIÓN OCUPADA QUE ESTÁ AFILIADA A LA SEGURIDAD SOCIAL, POR QUINTILES DE INGRESO y SEXO, PROMEDIO SIMPLE, ALREDEDOR DE 1990, 2000 Y 2009**  
*(En porcentajes)*



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de encuestas de hogares de los respectivos países.

**Nota:** No incluye datos de Colombia, Guatemala, Honduras, Panamá, el Paraguay, el Perú, la República Dominicana, el Uruguay ni Venezuela (República Bolivariana de). Año 1990: Los datos de Bolivia (Estado Plurinacional de) y México corresponden a 1989, Nicaragua a 1993. Año 2000: los datos de la Argentina, el Brasil, Costa Rica y El Salvador corresponden a 1999; Los de Nicaragua a 2001. Año 2009: Los datos de Bolivia (Estado Plurinacional de) corresponden a 2007, los de México a 2008, los de la Argentina corresponden al Gran Buenos Aires; los de Bolivia (Estado Plurinacional de) a ocho ciudades principales y El Alto, los del Ecuador a las áreas urbanas.

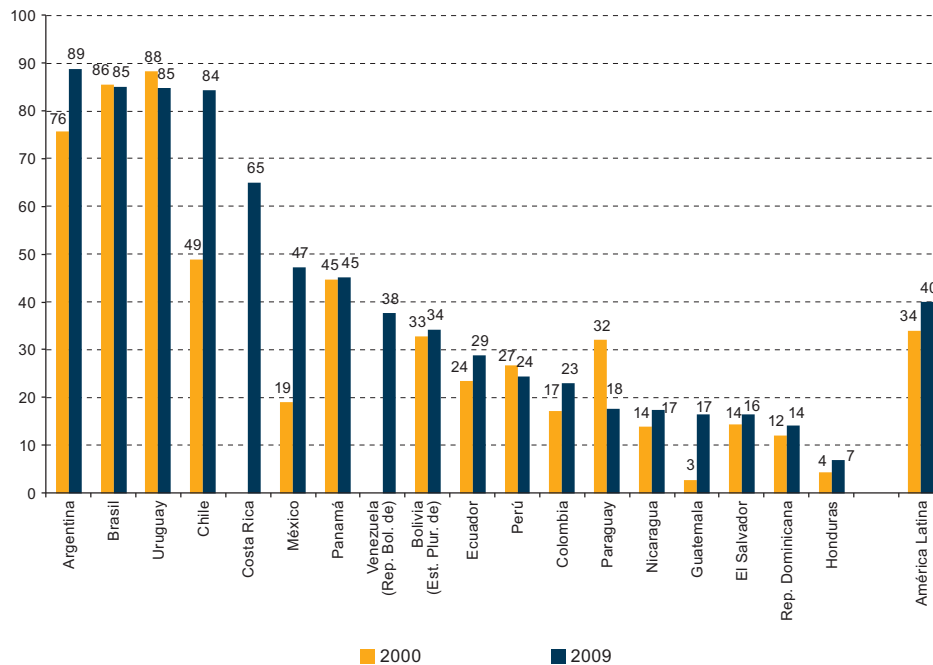
### C. LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS DE EDAD MEDIANTE LAS TRANSFERENCIAS POR PENSIONES Y JUBILACIONES

Las limitaciones e insuficiencias de la cobertura de la seguridad social se manifiestan con mayor ímpetu en la etapa de la vejez. El promedio simple de los países de la región en 2009 muestra que apenas 4 de cada 10 latinoamericanos de 65 años y más (40%) recibía jubilaciones o pensiones, incluso en un contexto en que se registran aumentos considerables de la proporción de población cubierta por jubilaciones y pensiones en la última década (véase el gráfico III.3). Esta cifra contrasta con las exhibidas por los países desarrollados, donde el 75% de la población recibe algún tipo de pensión (OIT, 2011a).

De los datos se desprende que existen fuertes distancias en las coberturas de jubilaciones y pensiones entre países. En los países del cono sur la cobertura supera el 80% (incluso en la Argentina alcanza el 89%), en Costa Rica se ubica en el 65%, en México y Panamá se encuentra levemente por debajo del 50%. En un segundo grupo, con cobertura de entre el 20% y el 40% se encuentran Venezuela (República Bolivariana de), Bolivia (Estado Plurinacional de), el Ecuador, el Perú y Colombia. Finalmente, en el Paraguay, Nicaragua, Guatemala, El Salvador, la República Dominicana y Honduras la proporción de personas de 65 años y más que percibe jubilaciones o pensiones no llega al 20% (en Honduras, de hecho, apenas alcanza al 7% de la población). De manera que, con la excepción de muy pocos países, la posibilidad de ser un jubilado está fuera del radio de horizonte para gran parte de las personas mayores latinoamericanas. Más remota aún parece la posibilidad de ser exclusivamente un jubilado (Bertranou, 2006).



Gráfico III.3  
**AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS QUE RECIBE JUBILACIONES  
 O PENSIONES, ALREDEDOR DE 2000 y 2009**  
 (En porcentajes)



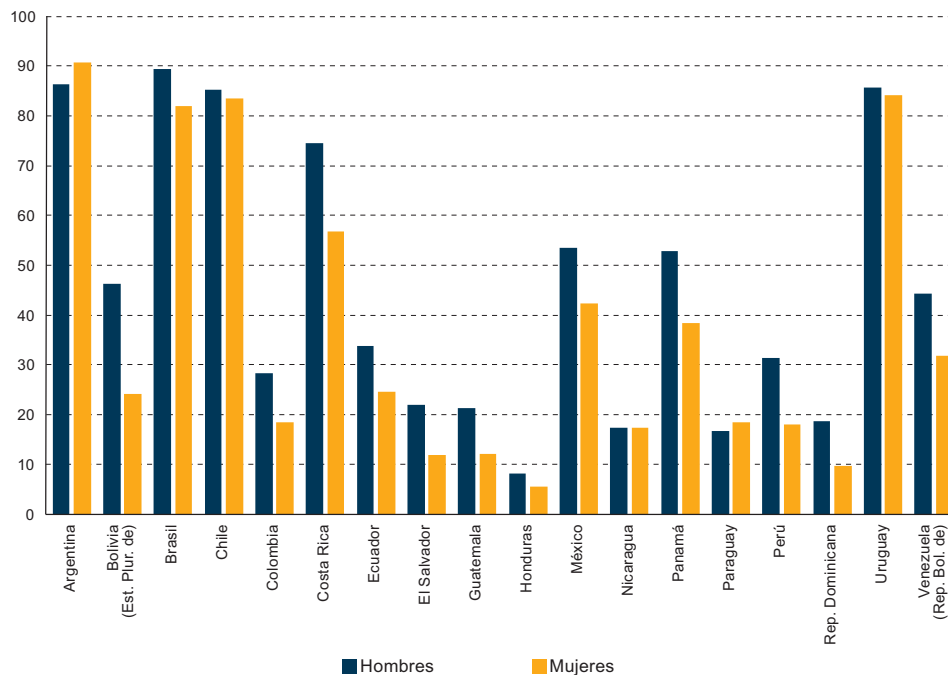
**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de encuestas de hogares de los respectivos países.

**Nota:** Los datos de Bolivia (Estado Plurinacional de) corresponden a 2007, los de México y Venezuela (República Bolivariana de) a 2008; los de la Argentina corresponden al Gran Buenos Aires; los de Bolivia (Estado Plurinacional de) a ocho ciudades principales y El Alto; los del Ecuador a las áreas urbanas; los del Paraguay a Asunción y Departamento Central; los del Uruguay a áreas urbanas. Promedio simple de los países que tienen información en los dos años considerados.

Pese a todo, ha habido avances y en la última década se registra un aumento considerable del porcentaje de población de 65 años y más cubierta por jubilaciones o pensiones. En el año 2000, el promedio de cobertura de los países era del 34%. Si se observa la evolución de la última década, 11 de los 16 países para los que se cuenta con información correspondiente a los dos años registran aumentos de la cobertura. En este grupo, Chile y la Argentina reflejan incrementos muy notorios. En contrapartida, el Brasil, el Uruguay, el Perú y el Paraguay registraron descensos, pero solo en este último caso es posible observar una reducción significativa de la cobertura.

También es importante tener en cuenta que los valores graficados incluyen transferencias y beneficios compensatorios no contributivos que varios países de la región han implementado para compensar los déficits de aportes a la seguridad social de las mujeres en su etapa activa, así como para atender la alta precariedad de aquellos sectores excluidos del modelo contributivo. Debido a estos componentes, en algunos países la traslación de las disparidades que existen entre hombres y mujeres en la etapa activa no es del todo lineal. Sin embargo, no parecen ser suficientes para eliminar la distancia que separa a las mujeres de los hombres. Como se observa en el gráfico III.4, las diferencias están presentes prácticamente en todos los países de la región y, como es de esperar, se hace más notoria en los quintiles superiores de ingreso.

Gráfico III.4  
**AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS QUE RECIBE JUBILACIONES O PENSIONES, POR SEXO, ALREDEDOR DE 2009**  
*(En porcentajes)*



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de encuestas de hogares de los respectivos países.

**Nota:** Los datos de Bolivia (Estado Plurinacional de) corresponden a 2007, los de México y Venezuela (República Bolivariana de) a 2008; los de la Argentina corresponden al Gran Buenos Aires; los de Bolivia (Estado Plurinacional de) a ocho ciudades principales y El Alto; los del Ecuador a las áreas urbanas; los del Paraguay a Asunción y Departamento Central, y los del Uruguay a áreas urbanas.

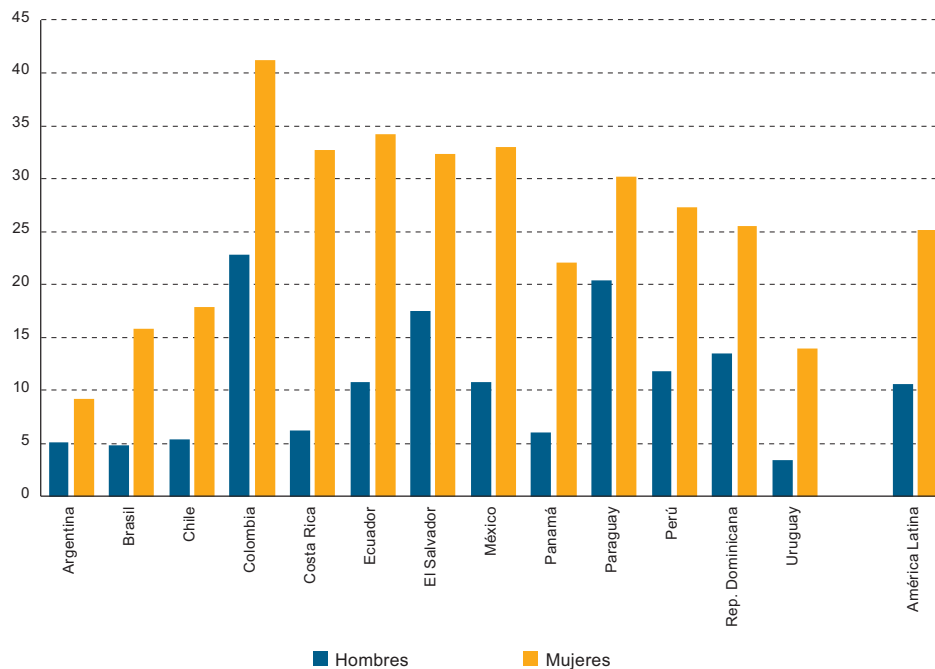
El posicionamiento desigual de mujeres y hombres se debe, entre otras razones ya mencionadas, a que ellas se convirtieron en participantes regulares del mercado del trabajo en un período en que las condiciones laborales se fueron restringiendo (mayor precarización y más informalidad) y los sistemas de seguridad social se estaban reformando, con consecuencias importantes en términos de acceso y cobertura contributiva. Las mujeres, en este sentido, fueron invisibles en los procesos de reformas, que no dieron ninguna respuesta a las inequidades de género que históricamente presentaba su inserción en la actividad económica y en los sistemas de protección social, sino por el contrario, las inequidades se fueron acentuando (Pautassi y Rodríguez, 2006). Como corolario, las mujeres han tenido y siguen teniendo menores ahorros previsionales y sus derechos a prestaciones y a garantías públicas son restringidos (Marco, 2004).

En efecto, en muchos países de la región, las leyes previsionales contienen disposiciones expresamente discriminatorias. El uso de tablas actuariales que hacen distinciones entre la expectativa de vida masculina y femenina para el cálculo de las prestaciones sigue vigente. De esta forma, una de las pocas ventajas de las mujeres se transforma en un perjuicio que se agrava en los países donde la jubilación femenina es más temprana, ya que un monto acumulado menor dividido por un número mayor de años resulta en una pensión inferior. Además, la gran proporción de mujeres que se dedica

exclusivamente al trabajo de cuidado, crianza y doméstico queda excluida del sistema previsional, salvo que haya estado casada o haya convivido con un varón por largo tiempo y siempre que se cumplan una serie de requisitos tales como no contraer nuevas nupcias o tener hijos con el cotizante o pensionado. La opción que queda para estas mujeres es recibir una pensión asistencial que, cuando existe, suele representar montos significativamente más bajos (Marco, 2004).

La limitada cobertura de los sistemas de seguridad social en varios países de la región deriva en una marcada desprotección, que se expresa en que una parte considerable de la población de 60 años y más no recibe ingresos propios, siendo más evidente en las mujeres que en los hombres mayores. En promedio, el 11% de los hombres y el 25% de las mujeres de edad que residen en áreas urbanas se encuentran en esta situación. Especialmente preocupante es lo que ocurre en el Ecuador, El Salvador, México y el Paraguay, donde más de 2 de cada 10 personas de edad avanzada no cuentan con ningún tipo de ingreso. También llama la atención la elevada disparidad de género que se observa incluso en países donde la cobertura de jubilaciones y pensiones es relativamente alta, como el Brasil, Chile, Costa Rica o el Uruguay (véase el gráfico III.5).

Gráfico III.5  
**AMÉRICA LATINA (13 PAÍSES): PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS QUE NO RECIBEN INGRESOS PROPIOS, POR SEXO, ALREDEDOR DE 2009<sup>a</sup>**  
*(En porcentajes)*

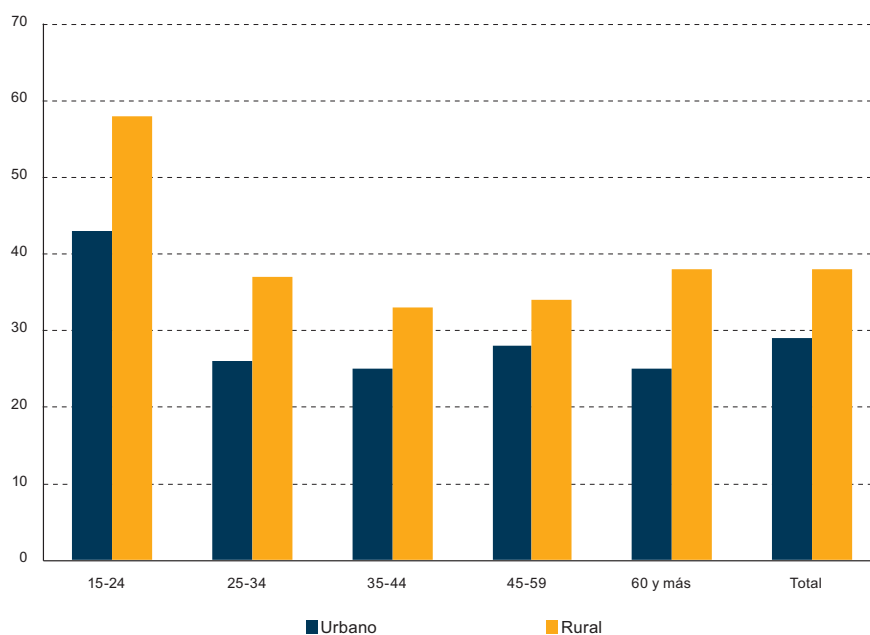


**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe.

<sup>a</sup> Se incluye a la población de 60 años y más que no percibe ingresos monetarios individuales (sueldos, salarios o ganancias de trabajadores independientes provenientes del mercado de trabajo; jubilaciones y pensiones; transferencias entre hogares y provenientes del exterior; compensaciones sociales otorgadas por el gobierno; inversiones a plazo fijo y renta de la propiedad, u otras percepciones de ingresos). Promedio simple de las áreas urbanas de los países. Los datos de México y Venezuela (República Bolivariana de) incluidos en el promedio de América Latina corresponden a 2008.

Las desventajas que sufren las mujeres se acentúan en el ámbito rural. Como se observa en el gráfico III.6, en todas las edades las mujeres rurales que no cuentan con ingresos propios superan a las urbanas y en promedio la brecha entre ellas es de diez puntos porcentuales. En la vejez, el 38% de las mujeres rurales no cuenta con ingresos propios, situación que solo es superada por las jóvenes, cuya cifra alcanza al 58%. En las zonas urbanas los porcentajes son de 25% y 43%, respectivamente. Las prácticas de matrimonio precoz y la mayor esperanza de vida de las mujeres influyen en esta situación y las afectan en distintos momentos de su ciclo de vida. De este modo, cuando las mujeres llegan a la madurez, suelen tener mayor probabilidad de ser viudas y esa misma condición las expone a un mayor riesgo de pobreza por el limitado acceso que tienen a la propiedad de la tierra, la tecnología y otros medios de producción que son fundamentales en el campo. Además, las leyes y prácticas de los diferentes países suelen, con frecuencia, discriminar a la mujer de edad de las zonas rurales, puesto que no cuentan con documentos de identidad y por lo tanto les es imposible acceder a los beneficios por vejez que proporcionan los gobiernos (Naciones Unidas, 2010; CEDAW, 2009 y 2010).

Gráfico III.6  
**AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES ZONA URBANA Y 13 PAÍSES ZONA RURAL): POBLACIÓN FEMENINA<sup>a</sup> SIN INGRESOS PROPIOS POR TRAMOS DE EDAD, PROMEDIO SIMPLE**



**Fuente:** Sonia Montaña, “La situación de las mujeres latinoamericanas. El Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe”, presentación realizada en el Foro internacional sobre los derechos de las personas mayores, México, D.F., 26 a 28 de marzo de 2012.

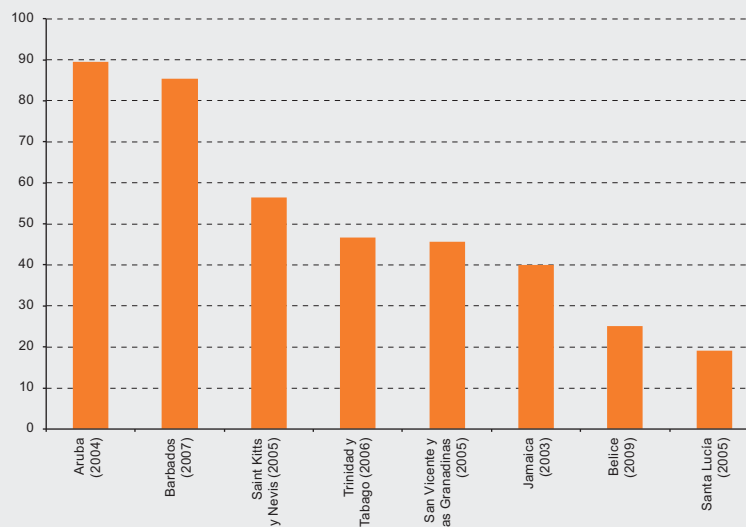
<sup>a</sup> Se excluye a las estudiantes.

Recuadro III.1  
**LA PROTECCIÓN SOCIAL POR MEDIO DE JUBILACIONES Y PENSIONES  
 EN EL CARIBE DE HABLA INGLESA**

La protección social no es un fenómeno nuevo en el Caribe. Tras haberse extendido desde Gran Bretaña, inicialmente en forma de fondos de previsión, la mayoría de los sistemas nacionales de protección social se implantaron después de la independencia. El más antiguo se puso en práctica en Jamaica en 1966, en tanto que los más nuevos se establecieron en 1987 en Saint Kitts y Nevis y en San Vicente y las Granadinas. En todos los Estados miembros, la edad normal de jubilación varía entre los 60 y 65 años, salvo en Jamaica, donde la edad normal de jubilación de los hombres se ha fijado en 70 años. Aunque no existen requisitos de residencia o ciudadanía para obtener una pensión, sí se exige un número mínimo de contribuciones (Paddison, 2007).

El objetivo primordial de los sistemas de pensiones en la subregión es el de mantener un ingreso en la vejez. Esto se confirma en el hecho de que todos los planes de reparto de la región son proporcionales a los ingresos y, por lo tanto, se basan en el principio de protección social de mantener las mismas condiciones durante la vejez (Paddison, 2007). Sin embargo, la eficacia de los sistemas destinados a asegurar los ingresos de las personas de edad varía, especialmente respecto de la cobertura de seguridad social. La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2011b) estima que la proporción de personas mayores que reciben jubilaciones alrededor de 2005 oscila entre un mínimo del 19,1% en Santa Lucía y un máximo del 89,5% en Aruba. En las economías más grandes como Jamaica y Trinidad y Tabago, los porcentajes respectivos rondan el 40% y el 46,6% (véase el gráfico siguiente).

**EL CARIBE (8 PAÍSES): POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN EDAD DE JUBILARSE  
 QUE RECIBE PENSIÓN, ALREDEDOR DE 2005**  
*(En porcentajes)*

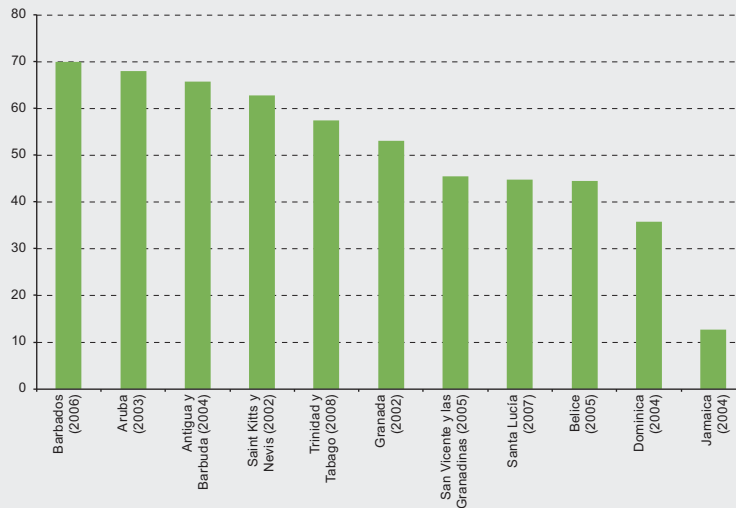


**Fuente:** Organización Internacional del Trabajo (OIT), “Extensión mundial de la seguridad social (GESS)” [en línea] <http://www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/ShowWiki.do?wid=95>.

El nivel de acceso a pensiones en la vejez está relacionado con la cobertura contributiva durante las edades activas (véase el gráfico siguiente). En 2005, esta superaba el 60% en Antigua y Barbuda, Aruba y Saint Kitts y Nevis, en tanto que alcanzaba un 35,8% en Dominica y un 12,7% en Jamaica. La baja cobertura contributiva de algunos países se debe a que las tasas de cumplimiento en materia de contribuciones en el caso de los trabajadores independientes son bajas y el sector informal de muchas economías es bastante grande (Paddison, 2007). Con todo, varios países del Caribe exhiben un mayor grado de formalización que los de América Latina (OIT, 2011b).

Recuadro III.1 (conclusión)

**EL CARIBE (11 PAÍSES): POBLACIÓN ACTIVA QUE CONTRIBUYE A LA SEGURIDAD SOCIAL,  
ALREDEDOR DE 2005**  
(En porcentajes)



**Fuente:** Organización Internacional del Trabajo (OIT), “Extensión mundial de la seguridad social (GESS)” [en línea] <http://www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/ShowWiki.do?wid=95>.

Una de las características del sistema de pensiones de los países caribeños es que todos los Estados que son miembros plenos del Comité de Desarrollo y Cooperación del Caribe (CDCC) adhirieron al Acuerdo de la Comunidad del Caribe (CARICOM), que en el artículo 46.2 b.v. exige la armonización y transferibilidad de los beneficios de seguridad social. Si bien la situación de la seguridad social en la subregión es buena y la cobertura ha ido aumentando (por ejemplo, en las Bahamas y Santa Lucía), el número de contribuyentes está disminuyendo debido a la informalización del empleo (Mac Andrew, 2006). Además, los países se enfrentan al envejecimiento de la población y, consecuentemente, a la reducción de la relación de apoyo potencial. En Guadalupe, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y Martinica, hay menos de 3,5 adultos de 15 a 59 años por cada persona mayor, mientras que en las antiguas Antillas Neerlandesas, Aruba y Barbados la cifra no supera los 4,6.

**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de Oliver Paddison, “La protección social en el Caribe de habla inglesa”, *Revista de la CEPAL*, N° 92 (LC/G.2339-P/E), Santiago de Chile, CEPAL, agosto de 2007; Mac Andrew, “CARICOM, MEUC y Acuerdo de Seguridad Social de CARICOM”, 2006 [en línea] [http://www.ciss.org.mx/caosa/pdf/es/2006/steven\\_macandrew\\_es.pdf](http://www.ciss.org.mx/caosa/pdf/es/2006/steven_macandrew_es.pdf); OIT (2011) *Informe mundial sobre la seguridad social 2010/11: Brindar cobertura en tiempos de crisis, y después de las crisis*, noviembre de 2010.

#### **D. LA CONTRIBUCIÓN DE LAS TRANSFERENCIAS FAMILIARES A LA SEGURIDAD ECONÓMICA EN LA VEJEZ Y EL ROL DE LAS GENERACIONES INTERMEDIAS**

El papel de la ayuda familiar en la seguridad económica adquiere cada vez mayor reconocimiento y es relativamente frecuente encontrar ejercicios de cuantificación de este aporte en la composición de ingresos de las personas y los hogares en condición de pobreza. En algunos casos, esta se incluye en las amplias categorías de transferencias familiares o de rentas provenientes de la asistencia privada. En otros se registran como ayudas familiares y se distingue entre la de los familiares residentes en el país y la procedente del exterior. En todos los casos, se alude a un contenido similar: aportes en forma de dinero en efectivo a personas que, de no mediar dicha transferencia, estarían en riesgo de caer en la pobreza (Tabor, s/f).

En la vejez, la ayuda familiar adquiere un significado diferente del que tiene en las demás etapas del ciclo de vida, debido a que a esta edad los recursos para financiar el consumo provienen de fuentes no siempre asimilables a las de las restantes generaciones. A medida que avanza la edad, el ingreso por remuneraciones pierde importancia y —lo que no ocurre en países desarrollados con sistemas de seguridad social más evolucionados— solo una proporción relativamente reducida de la población puede vivir únicamente de los ingresos obtenidos por concepto de jubilación o pensión. Como afirman Wong y Espinoza (2003), el apoyo familiar cobra una mayor importancia relativa en el caso de las personas mayores, sobre todo en el de los grupos de bajos ingresos y que no cuentan con apoyo institucional.

Las transferencias de ingresos remiten al funcionamiento de redes sociales de diversa índole, que proporcionan recursos para satisfacer las necesidades cotidianas de las personas mayores (Salles y Tuirán, 1994). En América Latina y el Caribe, un estudio basado en la encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en siete ciudades de la región reveló que en Buenos Aires el 59% de las personas mayores entrevistadas recibía ayuda en dinero; en São Paulo, este porcentaje alcanzaba al 61%; en Bridgetown y Montevideo al 65%, y en Santiago, La Habana y México, D.F., superaba el 70% (Saad, 2003).

En un estudio del caso mexicano también se demostró que una proporción bastante significativa (alrededor del 30%) de los hogares encabezados por personas mayores de 65 años depende total o parcialmente de las transferencias informales de ingreso (Tuirán y Wong, 1993). En un relevamiento más reciente se concluyó que, en el año 2000, una de las fuentes de ingreso más comunes de las personas mayores en el país era la ayuda familiar (33,7%) (Wong y Espinoza, 2003). Este dato coincide con otro estudio publicado en 2005, en el que se documenta que el 30% de las personas de 65 años y más cuenta con ingresos provenientes solo de transferencias familiares (CISS, 2005).

Seis años más tarde, otro informe sobre la situación de las personas mayores en México volvió a llamar la atención sobre el rol de las transferencias familiares, sobre todo de las remesas provenientes de los hijos que trabajan en los Estados Unidos. Según el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), entre las personas mayores que reciben ayuda de sus hijos, el 16,2% lo recibe de remesas, y estas representan casi el 60% del ingreso bruto de sus destinatarios (Aguila y otros, 2011). Por otra parte, en el Perú, la cifra de personas mayores que reciben remesas se incrementa al 23%: el 30% de las mujeres mayores y el 17% de los hombres reciben transferencias familiares por medio de este mecanismo (Ramos, Vera-Tudela y Cárdenas, 2009).

Estas cifras se vinculan con el hecho de que las fuentes de ingreso de las personas y los hogares están directamente relacionadas con el ciclo económico de los hogares (Barquero y Trejos, 2004). El ingreso de los más jóvenes tiende a estar conformado básicamente por remuneraciones salariales; el de las personas que se encuentran en la etapa intermedia del ciclo se compone fundamentalmente de las utilidades obtenidas de la explotación de negocios propios (incluido el trabajo por cuenta propia), mientras que en el caso de los individuos que están en la etapa avanzada del ciclo predominan las transferencias, sean estas públicas —en forma de pensiones y jubilaciones— o privadas —transferencias familiares, principalmente (Rubalcava, 2001).

En la medida en que las personas mayores tengan activas sus redes familiares, disminuye el riesgo de una reducción simultánea de todas las fuentes de recursos económicos y no económicos, y el riesgo derivado de las fluctuaciones de su disponibilidad se distribuye entre varios agentes. No obstante, debe considerarse que los cambios de los patrones de fecundidad y nupcialidad auguran un futuro —que en algunos países ya es un presente— en el que disminuirá el número de familiares (hermanos, hijos, nietos) con los que la persona mayor puede contar y en el que será cada vez más frecuente que las

personas de edad se vean forzadas a depender de sí mismas para satisfacer sus necesidades (OIT, 2002) e, incluso, hacerse cargo de familiares jóvenes.

Las transferencias de recursos de una generación a otra en el seno de la familia como exclusiva o fundamental fuente de sustento en la vejez, sobre todo entre los más pobres, aunque loable no dejan de ser ineficaces, puesto que aumentan la presión sobre las generaciones en edades intermedias (33 a 55 años aproximadamente), que son proveedores netos de transferencias tanto formales como familiares mediante, entre otras estrategias, la incorporación de ambos cónyuges al mercado laboral, la migración o la reducción o postergación progresiva de las estrategias reproductivas (Puga, 2011).

De aquí se desprende otro importante desafío para los sistemas de protección social puesto que, si bien las generaciones intermedias pueden aportar y están aportando para solventar el consumo en las generaciones de edad avanzada, el costo es altísimo, empeñando incluso su propio futuro cuando sean mayores. La posibilidad de que ahorren y de que produzcan más de lo que consumen es una falacia debido a que, en contextos cada vez más desprotegidos y precarios, deben sostener a los más jóvenes y a sus antecesores. En consecuencia, se necesitan dispositivos de protección que actúen durante todo el ciclo de vida y que, por medio de transferencias públicas a los más jóvenes (apoyo a la especialización, a trayectorias formativas continuadas, a la inserción paulatina en el mercado laboral), disminuyan la presión sobre las transferencias familiares, facilitando su mayor eficacia (Puga, 2011).

El incremento de las transferencias públicas a las personas mayores, por medio de pensiones no contributivas y el acceso efectivo y oportuno a la atención de la salud, por ejemplo, igualmente disminuiría la presión sobre las generaciones intermedias y, por cierto, en los sectores más vulnerables ayudaría a no comprometer su capacidad de salir de la pobreza o hundirse en ella. Está demostrado que los ingresos que las personas mayores reciben por concepto de jubilación y pensión representan una proporción considerable de la economía de los hogares en situación de pobreza. El acceso a la salud en la vejez, por su parte, permite enfrentar los riesgos de enfermedad y el consecuente desembolso de recursos que puede ser catastrófico para una familia cuando debe ser solventado únicamente con el presupuesto familiar (puesto que incrementa de manera exacerbada el gasto de bolsillo).

Por último, los sistemas de protección social deben responder también a la erosión de los recursos de los adultos en edades intermedias producto del desempleo y de la precaria estabilidad laboral, por medio del desarrollo de políticas que reduzcan la presión directa sobre estas edades, tales como la conciliación del trabajo productivo y reproductivo, las opciones de carrera y el fomento de empleo formal, incrementándose de este modo el potencial de apoyo de esta generación (Puga, 2011).

## **E. LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA POBREZA EN TIEMPOS DE CRISIS**

A pesar de los problemas que enfrenta el sistema de seguridad social en la región, su contribución es indiscutible, sobre todo en tiempos de crisis, porque constituye un estabilizador económico, social y político irremplazable (OIT, 2011a). Ello quedó demostrado durante la reciente crisis, cuando los países con mayor cobertura de seguridad social (un 65% en promedio para la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica, Panamá y el Uruguay) exhibían menores brechas de bienestar que aquellos con coberturas de pensiones y jubilaciones cercanas al 14% de la población adulta mayor (Bolivia (Estado Plurinacional de), el Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y el Paraguay, entre otros) (CEPAL, 2010). La debilidad institucional de estos últimos países hizo difícil, cuando no imposible, adoptar

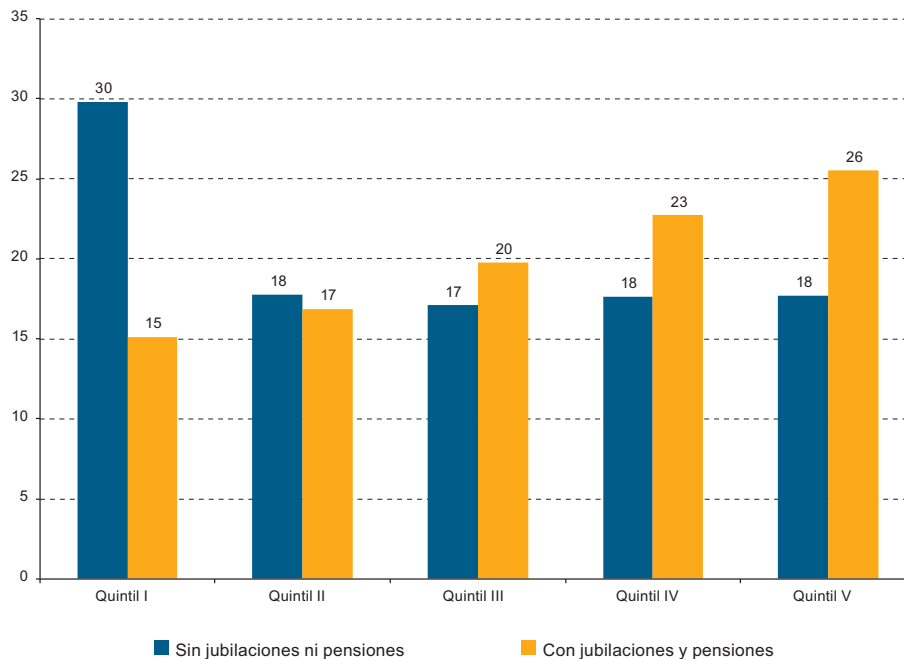


medidas específicas y puntuales con la suficiente rapidez como para amortiguar el impacto de la crisis en los ingresos (OIT, 2011b).

Además, la puesta en práctica de un conjunto básico y modesto de garantías de seguridad social tiene repercusiones en la economía nacional por medio de la reducción de la pobreza (OIT, 2011a). A partir de distintas evaluaciones acerca del efecto de las pensiones no contributivas en la pobreza y la indigencia, recopiladas en Bertranou, van Ginneken y Solorio (2004), es posible afirmar que, en efecto, las pensiones financiadas por el fisco son un poderoso medio para disminuir estos flagelos, así como un contundente instrumento de reinserción social para las personas tradicionalmente excluidas de la seguridad social y sujetas a vulnerabilidad e inseguridad económica.

Al respecto, un ejercicio realizado por la CEPAL (2011) demuestra que el acceso a pensiones y jubilaciones ayuda a reducir la concentración de la población adulta mayor en los quintiles más pobres. En el gráfico III.7 se presenta la distribución de las personas de 65 años y más por quintiles de ingreso y se muestra que el 30% de ellas se ubicaría entre el 20% más pobre si no accediera a pensiones o jubilaciones. A la inversa, gracias al peso de estas transferencias, la cifra se reduce a la mitad (15%). El efecto en los quintiles más ricos es menor, puesto que el 20% de la población adulta mayor más rica aumentaría solo un 8% luego de recibir ingresos por seguridad social.

Gráfico III.7  
**AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS EN QUINTILES DE INGRESO PER CÁPITA SIN CONSIDERAR JUBILACIONES Y PENSIONES Y CONSIDERANDO ESTAS PRESTACIONES, ALREDEDOR DE 2009<sup>a</sup>**  
*(En porcentajes)*



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de encuestas de hogares de los respectivos países.

<sup>a</sup> Los datos de Bolivia (Estado Plurinacional de) corresponden a ocho ciudades principales y El Alto (2007); los de México y Venezuela (República Bolivariana de), a 2008; los de la Argentina, al Gran Buenos Aires; los del Ecuador se refieren a las áreas urbanas; los datos del Paraguay, a Asunción y Departamento Central, y los del Uruguay, a áreas urbanas. Promedio simple de los países.

No obstante este importante resultado, si no se interviene a tiempo y la seguridad social sigue funcionando como en la actualidad, disminuye la posibilidad de que contribuya realmente a reducir la desigualdad, debido, sobre todo, a que su acceso se concentra en algunas ramas del empleo y en un segmento socioeconómico determinado. Estas dificultades se originan en la propia concepción del sistema —que restringe el acceso a la vía del empleo y a determinados riesgos— así como en las normas que lo rigen. Los mayores diferenciales se producen cuando se introduce el género y, en especial, la zona de residencia.

## **F. PERSPECTIVAS PARA UNIVERSALIZAR UN MÍNIMO DE PENSIONES Y JUBILACIONES**

El principio que debería inspirar cualquier sistema de jubilaciones y pensiones es ofrecer, como mínimo, un nivel básico de ingresos a todas las personas de edad avanzada, objetivo que podría alcanzarse mediante la creación —o ampliación donde exista—, de un pilar básico en forma de prestación mínima (Naciones Unidas, 2007). En la región, ello se traduce en la creación o consolidación de esquemas no contributivos que brinden, independientemente de la historia laboral, pensiones básicas a la población que llegue a la vejez sin el ingreso o los activos necesarios para la subsistencia (CEPAL, 2006).

En el documento del trigésimo tercer período de sesiones de la Comisión, la CEPAL propone que se establezca una pensión universal para todas las personas mayores, independientemente de sus niveles de ingreso y restantes prestaciones sociales recibidas (CEPAL, 2010). Para ello, estimó el costo anual que supondría transferir una pensión mínima universal equivalente al valor de la canasta de satisfacción de necesidades básicas de cada país (línea de pobreza nacional) en 2012, el que alcanzaría en promedio el 1,7% del PIB del período. Las diferencias de un país a otro que se observan en el gráfico III.8 se deben principalmente a la interacción entre el nivel de envejecimiento de la población, el costo individual de la transferencia y el nivel de desarrollo relativo de los sistemas de seguridad social (CEPAL, 2011).

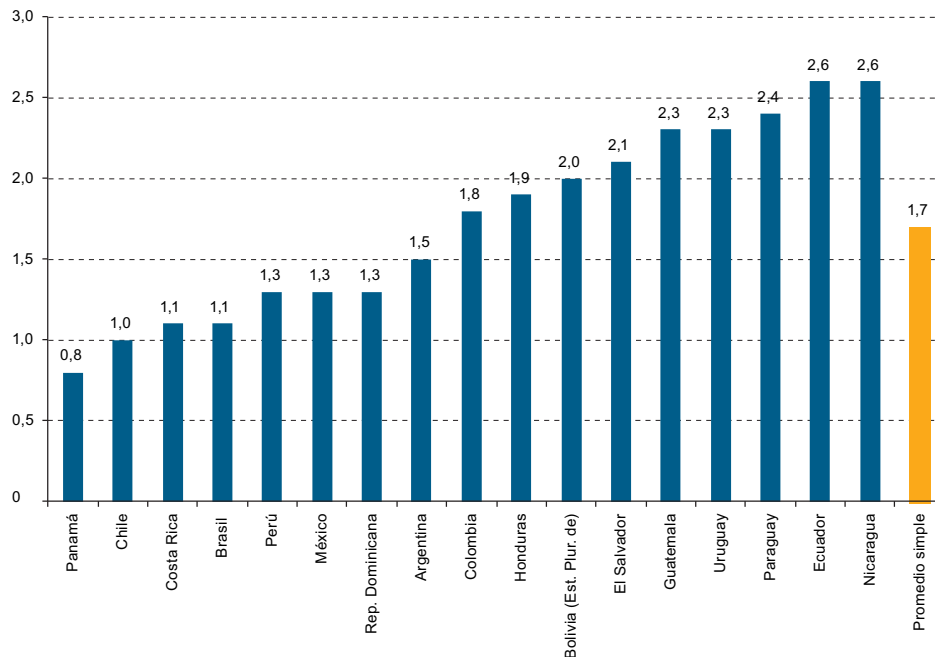
En este escenario, las pensiones no contributivas<sup>1</sup>, a falta de un sólido sistema de seguridad social contributivo, ayudan decisivamente a reducir las diferencias de los niveles de protección existentes. Los estudios realizados en países que han establecido regímenes no contributivos demuestran sus repercusiones positivas en los indicadores de pobreza. En los países de la OCDE con una buena cobertura de seguro oficial y más larga experiencia en inversiones en este tipo de pensiones, las tasas de pobreza serían considerablemente superiores de no haber regímenes no contributivos (Naciones Unidas, 2010). En la región, tras un ejercicio de simulación del impacto de las pensiones no contributivas en la reducción de los niveles de pobreza en el Perú, se demostró que, bajo ciertos supuestos, una prestación mensual de 100

---

<sup>1</sup> Las pensiones no contributivas, como su nombre lo indica, son aquellas que no requieren la cotización previa a la seguridad social. Consisten generalmente en prestaciones monetarias relativamente uniformes, otorgadas en forma focalizada o universal ante los riesgos de vejez y discapacidad. Las pensiones contributivas focalizadas, también denominadas pensiones asistenciales, se conceden contra la verificación de necesidad económica para cubrir aquellos segmentos de población que no tuvieron acceso a la seguridad social o que no cumplieron con las condiciones de cotización. Las pensiones no contributivas universales se otorgan a todos los beneficiarios que cumplen con requisitos de residencia o ciudadanía en el país o región donde se otorga la pensión y que han alcanzado la edad previamente establecida. El monto monetario otorgado es uniforme para todos los beneficiarios y su concesión no está sujeta a la comprobación de ingresos, condición que puede reducir notablemente los costos de administración. Puede cubrirse el 100% de la población objetivo, sin generar la estigmatización de los receptores (Picado, Mendoza y Durán, 2008).

nuevos soles puede generar una caída de hasta 12 puntos porcentuales en la incidencia de la pobreza de la población adulta mayor y 1,7 puntos porcentuales cuando se trata de la población total (Picado, Mendoza y Durán, 2008).

Gráfico III.8  
**AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): COSTO DE UNA PENSIÓN UNIVERSAL  
 PARA PERSONAS MAYORES, 2012<sup>a</sup>**  
*(En porcentajes del PIB)*



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países y Economist Intelligence Unit [en línea] <http://www.eiu.com/Default.aspx>, para el PIB oficial de los países y proyecciones de crecimiento.

<sup>a</sup> Pensión equivalente al valor de la línea de pobreza nacional.

En el caso de la mujeres mayores, las pensiones no contributivas ayudan a reducir las vulnerabilidades a las que están expuestas a causa del funcionamiento de los regímenes contributivos. También pueden reportar un beneficio que trascienda sus destinatarios directos y favorezca a los miembros de las familias de las personas mayores, así como a los niños que estén a su cargo (Naciones Unidas, 2010). Un estudio llevado a cabo en el Perú para conocer la contribución económica de las personas mayores mostró, por ejemplo, que, en el 48% de los hogares pobres urbanos, los ingresos de las personas mayores representan el 50% y más del ingreso del hogar, y en casi un tercio de estos hogares, el ingreso de las personas de 60 años y más constituye el 75% del ingreso familiar (Ramos, Vera-Tudela y Cárdenas, 2009).

## **G. LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL FORTALECIMIENTO DEL PILAR NO CONTRIBUTIVO PARA AVANZAR HACIA LA IGUALDAD**

La reducción de la desigualdad en la vejez no puede correr por cuenta exclusiva de las pensiones y jubilaciones —debido a que dependen de una secuencia de eventos derivados de la heterogeneidad estructural y de las rígidas segmentaciones del mercado laboral— aunque se trata, sin duda, de un recurso fundamental para las personas mayores, que todas deberían tener garantizado.

Como se ha documentado en este capítulo, en la actualidad el margen de maniobra para ampliar la seguridad social por la vía contributiva es limitado. Aunque todos los países cuentan con regímenes de seguridad social establecidos jurídicamente, en la práctica, solo una mínima parte incluye todas las ramas que la norma internacional exige. En este marco, y a partir de una realidad regional caracterizada por una economía informal de considerable magnitud y en la que los regímenes de seguro social apenas cubren a una minoría, los sistemas no contributivos de seguridad social brindan la oportunidad no solo de reducir la pobreza, sino también, al menos en algunos casos, de colmar gran parte de la falta de cobertura existente (OIT, 2011b).

De acuerdo con la CEPAL (2010), existen buenas razones para defender un sistema básico de ingresos garantizados, controlando la responsabilidad fiscal y evitando los incentivos perversos. Los hogares que enfrentan situaciones de choques exógenos o biográficos y que se encuentran en situación de pobreza y vulnerabilidad tienden a descapitalizarse más allá del efecto de ese choque, precisamente porque carecen de mínimos garantizados o, al menos, de instrumentos que suavicen el flujo de ingresos en situaciones adversas. De allí la propuesta de avanzar en la introducción de un pilar solidario de la seguridad social, dado que el papel de las transferencias públicas para las pensiones no contributivas tendrá que ir ampliándose a medida que envejezca una población que no ha logrado insertarse de manera continua en los sistemas contributivos o de capitalización individual.

Teniendo en consideración la necesidad de avanzar gradualmente en el establecimiento de una pensión universal, ya sea extendiendo su cobertura en forma progresiva o aumentando el monto, la CEPAL sostiene que es posible diseñar una estrategia de financiamiento y gasto en el mediano y largo plazo que evite arribar a una situación de déficit estructural para el pago de jubilaciones y pensiones ya comprometidas y que permita universalizar (o generalizar) la pensión mínima para personas de edad e incluso financiar otros componentes no contributivos de un sistema de protección social basado en el enfoque de derechos, en muchos de los países de la región (CEPAL, 2011).

### Bibliografía

- Aguila, Emma y otros (2011), *Envejecer en México*, AARP, RAND Corporation y Centro Fox, octubre.
- Barquero, J. y J. Trejos (2004), “Tipos de hogar, ciclo de vida familiar y pobreza en Costa Rica 1987-2002”, *Población y salud en Mesoamérica, Revista electrónica*, vol. 2, N° 1, art. 1, julio-diciembre.
- Bertranou, Fabio (2006), *Envejecimiento, empleo y protección social en América Latina*, Santiago de Chile, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Bertranou, Fabio, Woulter Van Ginneken y Carmen Solorio (2004), “The impact of tax-financed pensions on poverty reduction in Latin America: evidence from Argentina, Brazil, Chile, Costa Rica and Uruguay”, *International Social Security Review*, vol. 57, N° 4, Oxford, Blackwell Publishing.
- CEDAW (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer) (2010), *Recomendación general N° 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos* (CEDAW/C/GC/27), Nueva York.
- \_\_\_\_\_ (2009), *Nota conceptual relativa al proyecto de recomendación general sobre la mujer de edad y la protección de sus derechos humanos* (CEDAW/C/2009/II/WP.1/R), 12 de mayo.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – División de Población de la CEPAL) (2006) CELADE (2006), “Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez”, Documentos de proyectos, N° 113 (LC/W.113), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- \_\_\_\_\_ (2003), “La situación de las personas mayores”, documento presentado en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 a 21 de noviembre.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2011), *Panorama social de América Latina 2011* (LC/G.2514-P), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (2010) *La hora de la igualdad: Brechas por cerrar, caminos por abrir* (LC/G.2432(SES.33/3)), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (2006), *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294 (SES.31/3)), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (2003), *Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas: Síntesis* (LC/L.1973), Santiago de Chile.
- CISS (Conferencia Interamericana de Seguridad Social) (2005), “Mercado laboral y seguridad social en una sociedad que envejece: Un resumen para México”, noviembre.
- Cichon, Michael y otros (2004), *Financing Social Protection*, Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo/Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS).
- Guzmán, J.M. (2002), “Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe”, *serie Población y desarrollo*, N° 28 (LC/L.1737-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), junio. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.02.II.G.49.
- Huenchuan, Sandra (ed.) (2009), “Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas”, *Libros de la CEPAL*, N° 100 (LC/G.2389-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.08.II.G.94.
- Lee, Ronald y Andrew Mason (2011), “El precio de madurar”, *Finanzas y desarrollo*, Washington, D.C., Fondo Monetario Internacional, junio.
- Mac Andrew, Steven (2006), *CARICOM, el MEUC y el Acuerdo de Seguridad Social de CARICOM* [en línea] [http://www.ciss.org.mx/caosa/pdf/es/2006/steven\\_macandrew\\_es.pdf](http://www.ciss.org.mx/caosa/pdf/es/2006/steven_macandrew_es.pdf).
- Maddox, G.L y R. Campbell (1985), “Scope, concepts and methods in the study of aging”, *Handbook on Aging and the Social Sciences*, Nueva York.

- Marco, Flavia (coord.) (2004), “Los sistemas de pensiones en América Latina: un análisis de género”, *Cuadernos de la CEPAL*, N° 90 (LC/G.2262-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.129.
- Naciones Unidas (2010), *Informe de la experta independiente encargada de los derechos humanos y la extrema pobreza, Magdalena Sepúlveda Carmona* (A/HRC/14/31), Consejo de Derechos Humanos, 14° período de sesiones, 31 de marzo.
- \_\_\_\_\_ (2007), *Estudio económico y social mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece*, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- \_\_\_\_\_ (1995), *Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad*, Observación general, N° 6 (E/C.12/1995/16/Rev.1), Ginebra, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2011a), *Un piso de protección social para una globalización equitativa: Coherencia de las políticas y coordinación internacional* (GB.310/WP/SDG/1), Consejo de Administración 310ª reunión, Ginebra, marzo.
- \_\_\_\_\_ (2011b), *World Social Security Report 2010/2011. Providing coverage in times of crisis and beyond*, Ginebra, noviembre.
- \_\_\_\_\_ (2002), “Una sociedad inclusiva para una población que envejece: El desafío del empleo y la protección social”, documento presentado en la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 8 a 12 de abril.
- Paddison, Oliver (2007), “La protección social en el Caribe de habla inglesa”, *Revista de la CEPAL*, N° 92 (LC/G.2339-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), agosto.
- Pautasi, Laura y Corina Rodríguez (2006), “Ingreso ciudadano y equidad de género: ¿modelo para armar? Una aproximación al caso latinoamericano”, *La renta básica como nuevo derecho ciudadano*, Gerardo Pisarello y Antonio De Cabo, Madrid, Editorial Trotta.
- Pérez, L. (1997), *Las necesidades de las personas mayores*, Madrid, Ediciones Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales.
- Picado, Gustavo, Walter Mendonza y Fabio Durán (2008), *Viabilidad de las pensiones no contributivas en el Perú: proyecciones demográficas y financieras*, Oficina Subregional de la OIT para los países andinos.
- Puga, Dolores (2011), “La familia como ámbito de solidaridad entre generaciones” [en línea] <http://www.informe-espana.es/participa/blogs/posts/23/la-familia-como-ambito-de-solidaridad-entre-generaciones>.
- Ramos, Miguel Angel, David Vera-Tudela, María Kathia Cárdenas (2009), *Las personas adultas mayores y su contribución a la lucha contra la pobreza*, Lima, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), noviembre.
- Rubalcava, R. (2001), “Ingresos de las personas de edad y características de sus hogares. Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas”, México, D.F., Consejo Nacional de Población.
- Saad, P. (2003), “Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: Estudio comparativo de encuestas SABE”, *Notas de población*, N°77 (LC/G.2213-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Salles, Vania y Rodolfo Tuirán (1994), “Familia, género y pobreza”, *El cotidiano*, N° 68, México, D.F.
- Tabor, S. (s/f), “Transferencias directas en efectivo”, *serie Informes sobre redes de protección social*, Washington, D.C., Instituto del Banco Mundial.
- Tuiran, R. y R. Wong (1993), *Transferencias familiares de ingresos*, México, D.F., Sociedad Mexicana de Demografía (SOMEDE), inédito.
- Wong, M. y R. Espinoza (2003), “Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México”, *Papeles de población*, N° 37.



## Capítulo IV

### **SALUD, CUIDADOS Y PROTECCIÓN SOCIAL**

Durante las próximas décadas, el rasgo más sobresaliente de la realidad demográfica en todos los países de la región será el aumento de la población adulta mayor y la disminución de la población joven. Indudablemente, este cambio que acompaña el paso de los países hacia etapas más avanzadas de la transición demográfica no se producirá en el mismo momento en todos ellos, pero en la mayoría hay una ventana de oportunidades para emprender las transformaciones institucionales, programáticas y prácticas que conlleva la modificación de la estructura por edades de la población y los consecuentes cambios de las demandas sectoriales. Uno de las más evidentes ocurrirá en la demanda de atención de salud y la carga de cuidado, en un contexto de transformación de las familias y de las funciones de las mujeres.

En este capítulo se examinan la demanda de salud y los cuidados en la actualidad, así como las proyecciones futuras. Especial énfasis se coloca en el progresivo envejecimiento de la población, que incide directamente en la demanda de cuidados y en la posibilidad demográfica de responder a ella. Además, se presentan y analizan los escenarios de la demanda de cuidados sobre la base de los indicadores que se utilizan a nivel internacional para estudiar este tema, evaluando también el efecto del incremento de la dependencia por razones de salud en los cuidados.

La confluencia de los elementos que se analizan en este capítulo configura un nuevo escenario, en que la dependencia y los cuidados en la vejez —debido a sus consecuencias demográficas, económicas y sociales— se erigirán seguramente como una de las cuestiones sociales más apremiantes del siglo XXI para los sistemas de protección social en general y de salud en particular.

#### **A. LOS RIESGOS DE DEPENDENCIA EN LA VEJEZ DERIVADOS DEL ESTADO DE SALUD**

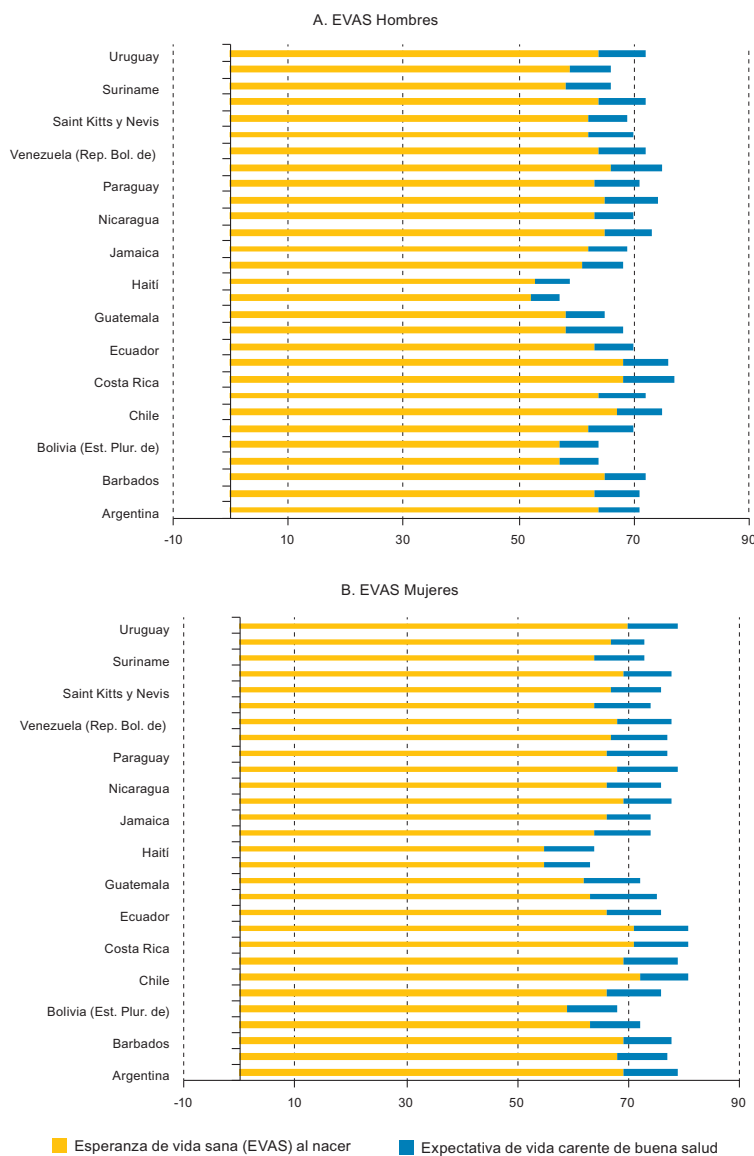
En la región, el proceso de envejecimiento se caracteriza no solo por desarrollarse a una velocidad sin precedentes, sino también por un crecimiento también acelerado de la demanda de servicios de salud, siendo muy probable que, desde los inicios del presente siglo, las cohortes que alcancen la edad de 60 años presenten menores niveles de salud que los observados entre las personas mayores de países desarrollados. Ello se debe a que sus ganancias “de supervivencia” obedecen más a la reducción exitosa de la exposición a enfermedades infecciosas, a los mejores tratamientos y a las recuperaciones más rápidas que a los avances en materia de nivel de vida (Palloni, De Vos y Peláez, 2002). En cambio, en los países desarrollados el incremento de la longevidad ha venido acompañado de un aumento de la esperanza de vida sana y de la comprensión de la morbilidad producto de la mejora sustancial de la calidad de vida de la población (Naciones Unidas, 2007).

##### **1. Esperanza de vida sana**

Para acercarse a la medición del número de años que pasa una persona en mal estado de salud, es útil emplear el indicador de la esperanza de vida sana, que en comparación con la esperanza de vida al nacer

facilita una estimación del tiempo de vida en mal estado de salud. Los datos disponibles muestran que, en promedio, la población latinoamericana y caribeña tiene una menor esperanza de vida que la de los países desarrollados y que se caracteriza, además, por vivir una buena parte de su vida en malas condiciones de salud. En 2000, la esperanza de vida sana al nacer en los países de América Latina y el Caribe era de 58 años, mientras que en los países desarrollados alcanzaba los 66,1 años (PNUD, 2007). Esto significa que a partir de las edades señaladas es probable que las personas padezcan una limitación de funciones a causa de una o varias enfermedades crónicas.

Gráfico IV.1  
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ESPERANZA DE VIDA AL NACER, POR SEXO, 2007<sup>a</sup>



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), *Estadísticas sanitarias mundiales, 2009*, Ginebra, 2009.

<sup>a</sup> Expresada en años de esperanza de vida saludable al nacer (EVAS) y expectativa de vida carente de buena salud. Esta última se calcula como la diferencia entre la esperanza de vida y la esperanza de vida saludable al nacer y se expresa en cantidad de años.



En efecto, pese a que en promedio la mayoría de los países de la región presenta un holgado aumento de la esperanza de vida al nacer, la esperanza de vida sana continúa siendo inferior. En el gráfico IV.1 se muestra que, en ambos sexos, el valor de este último indicador es de 64 años (62 en el caso de los hombres y 66 en el de las mujeres). A su vez, se estima que, en promedio, la expectativa de vida carente de buena salud es de nueve años (ocho en los hombres y nueve en las mujeres), lo que en algunos países —Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Haití, Nicaragua, Paraguay, Perú y Venezuela (República Bolivariana)— equivale a cerca de la mitad de la esperanza de vida a los 60 años del período 2010-2015.

Aunque existen dificultades para comparar este indicador entre los distintos países, es posible observar la heterogeneidad de situaciones existentes dentro de ellos, siendo las diferencias de género una de las más evidentes y documentadas (Romero, da Costa Leite y Landmann, 2005; Naciones Unidas, 2007). La información disponible sobre 29 países de América Latina y el Caribe muestra que, con excepción de Trinidad y Tabago, el número de años de vida carentes de buena salud es más elevado en las mujeres que en los hombres. En ocho de ellos, la diferencia entre ambos sexos es igual o superior a tres años. Al respecto, la OMS (2009), sobre la base de previsiones sobre la esperanza de vida saludable en 45 países, concluyó que esta situación no es privativa de los países de la región, sino que se da tanto en los países desarrollados como en desarrollo. Así, las mujeres suelen pasar más años de vida con ciertas limitaciones funcionales que los hombres debido a las inequidades sufridas en el transcurso de su vida. Para ellas, al igual que los hombres, la enfermedad ha dejado de ser un momento agudo que generalmente desembocaba en la muerte para convertirse en un estado crónico que, sin los cuidados necesarios, deteriora de manera notable su calidad de vida en la vejez (véase el recuadro IV.1).

#### Recuadro IV.1

### **LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA PREVALENCIA DE LIMITACIONES FUNCIONALES EN LA VEJEZ**

Se han realizado varios estudios sobre las diferencias de género en la prevalencia de limitaciones funcionales en la vejez, limitaciones que diversos autores han medido de diferentes maneras. La forma de medición que predomina en estos trabajos se basa en la posibilidad de realizar ciertos tipos de actividades de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (Menéndez y otros, 2005; Rose, Hennis y Hambleton, 2008; Camargos, Perpétuo y Machado, 2005). Otras mediciones incluyen el cálculo de la prevalencia de limitaciones funcionales entre las personas mayores, basándose en una concepción de la incapacidad funcional como un proceso progresivo con escalas, las limitaciones relacionadas con las extremidades inferiores o agrupar actividades cuya ejecución permite evaluar el estado físico y la posibilidad de valerse por sí mismas a partir de la capacidad de realizar tareas que todas las personas deben efectuar diariamente (Barbosa y otros, 2005; Parahyba, Veras y Melzer, 2005; Pacífico y Pantelides, 2001).

Al utilizar estudios nacionales y multinacionales (las encuestas sobre salud, bienestar y envejecimiento, SABE), se llega a la misma conclusión sobre las diferencias de género: aunque las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, sufren de limitaciones funcionales en la vejez a un nivel desproporcionado. Por ejemplo, en algunos trabajos no se encontró una relación entre el sexo y la dificultad para realizar AVD (cruzar un cuarto caminando, vestirse, bañarse, comer, acostarse o levantarse de la cama y usar el servicio sanitario) en ninguna de las ciudades estudiadas, pero sí que el hecho de ser mujer se asocia con tener dificultades para efectuar AIVD (prepararse una comida caliente, controlar dinero, salir sola a la calle, subir o descender de un vehículo, hacer compras de alimentos, llamar por teléfono, hacer los quehaceres ligeros de la casa, hacer los quehaceres pesados de la casa y tomar medicamentos).

**Recuadro IV.1 (conclusión)**

Las causas de estas diferencias se originarían en accidentes físicos (Menéndez y otros; 2005), los eventos del ciclo de vida, los impedimentos cognitivos y una mayor carga de enfermedades (Menéndez y otros, 2005; Barbosa y otros, 2005; Pacífico y Pantelides, 2001).

Otros estudios atribuyen las diferencias a las características socioeconómicas y demográficas deficientes en comparación con los hombres, tales como el aumento de la edad, la propiedad de un mayor número de bienes de consumo durables, la residencia urbana y los niveles más bajos de ingreso y educación (Barbosa y otros, 2005; Parahyba, Veras y Melzer, 2005).

**Fuente:** Edith Alejandra Pantelides, “La salud de las mujeres en la vejez en América Latina y el Caribe”, informe elaborado para el CELADE-División de Población de la CEPAL en el marco del proyecto Cooperación interregional para fortalecer la integración social, la igualdad entre los géneros y la promoción de la salud en el proceso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (06/07/B) de la Cuenta para el Desarrollo de las Naciones Unidas y del Proyecto Regional de Población (RLA/5P/2003).

## 2. Las enfermedades crónico degenerativas

En casi todos los países, las enfermedades crónicas degenerativas han sustituido a las enfermedades transmisibles como principales causas de morbilidad, discapacidad y muerte. Las enfermedades del aparato circulatorio, las neoplasias malignas, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes se han convertido así en los principales factores de defunción (OPS, 2007). Estas causas de muerte están estrechamente relacionadas con la estructura por edad de la población y la desigualdad.

Como puede observarse en el gráfico IV.2 sobre porcentaje de muertes a causa de enfermedades crónico degenerativas en función de la edad media de la población (2002), por una parte se ubican los países que se encuentran en etapas avanzadas de la transición demográfica (Cuba, Uruguay, Chile y Argentina), cuya proporción de decesos por causas crónico degenerativas supera el 80%. En el otro extremo se sitúan algunos países con un proceso de envejecimiento incipiente (Haití y Guatemala), donde la edad media de la población es inferior a 22 años y la proporción de defunciones por causas crónico degenerativas es inferior al 50%. Sin embargo, también es importante destacar que algunos países de este grupo, a pesar de caracterizarse por una población relativamente joven, tienen una proporción de defunciones por causas no transmisibles superior al 65% (Honduras, Nicaragua y Paraguay). Ello podría obedecer a que en la región las enfermedades crónicas inciden en una mortalidad precoz, que en estricto rigor está relacionada con la pobreza, las desigualdades de ingreso y las dificultades de acceso a los servicios de salud y a los beneficios de las políticas sociales (OPS, 2009).

A diferencia de las enfermedades transmisibles, las enfermedades crónicas influyen en el incremento de la probabilidad de sufrir limitaciones de la capacidad funcional conforme aumenta la edad. De este modo, ellas suelen convertirse en un obstáculo para el desarrollo de una vida autónoma en la vejez y contribuyen a la incidencia de la dependencia a medida que aumenta el número de enfermedades, lo que empeora de manera apreciable el estado de salud de las personas mayores (Puga, 2001).

Gráfico IV.2  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE DEFUNCIONES POR CAUSAS  
 CRÓNICODEGENERATIVAS Y EDAD MEDIA DE LA POBLACIÓN<sup>a</sup>**



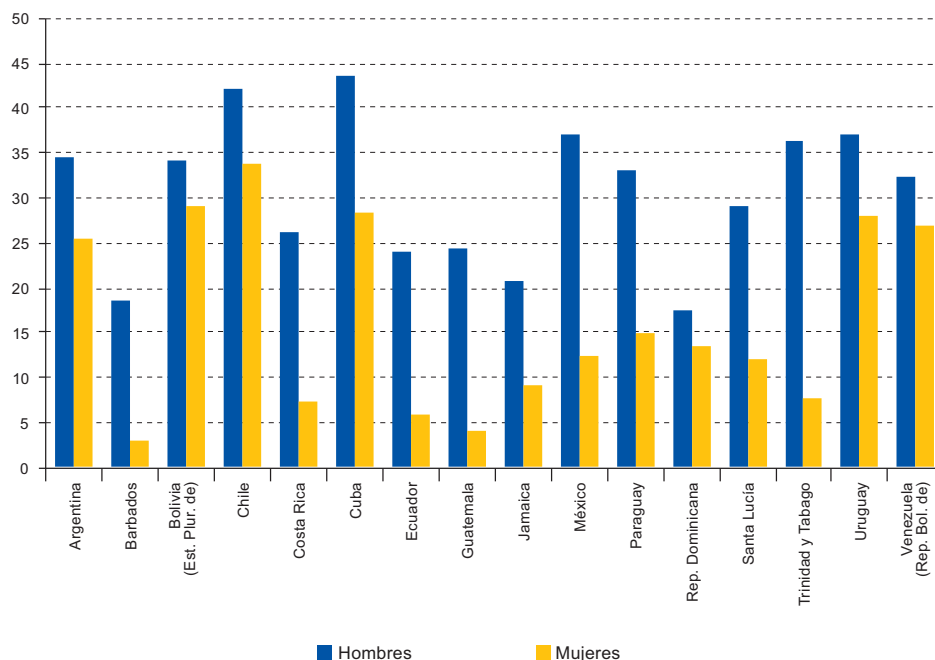
**Fuente:** Organización Mundial de la Salud (OMS), “Causes of death” [on line] [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates\\_country/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/index.html) y CELADE-División de Población de la CEPAL, proyecciones y estimaciones de población: Revisión 2011.

<sup>a</sup> El promedio de edad se refiere al año 2010 y la proporción de defunciones, a 2008.

### 3. Factores de riesgo

Algunos de los principales factores responsables del aumento de las enfermedades no transmisibles y el incremento ulterior de la dependencia son los modos de vida poco saludables. En la región, los riesgos prevenibles más comunes son el sobrepeso u obesidad, las prácticas sexuales de riesgo, el consumo de tabaco y el uso nocivo del alcohol. Se estima que el 80% de las cardiopatías prematuras, los accidentes cardiovasculares y la diabetes tipo 2 en las Américas, así como el 40% de las neoplasias malignas, podrían prevenirse mediante una alimentación sana, la actividad física habitual y evitando el consumo de tabaco. Adoptar estas prácticas contribuiría a disminuir un 2% de las defunciones anuales por enfermedades crónicas en los próximos diez años, salvando casi 5.000.000 de vidas (OPS, 2007).

Gráfico IV.3  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (16 PAÍSES): PREVALENCIA DEL CONSUMO ACTUAL  
 DE TABACO EN LA POBLACIÓN DE 15 AÑOS O MÁS, 2005**  
 (En porcentajes)



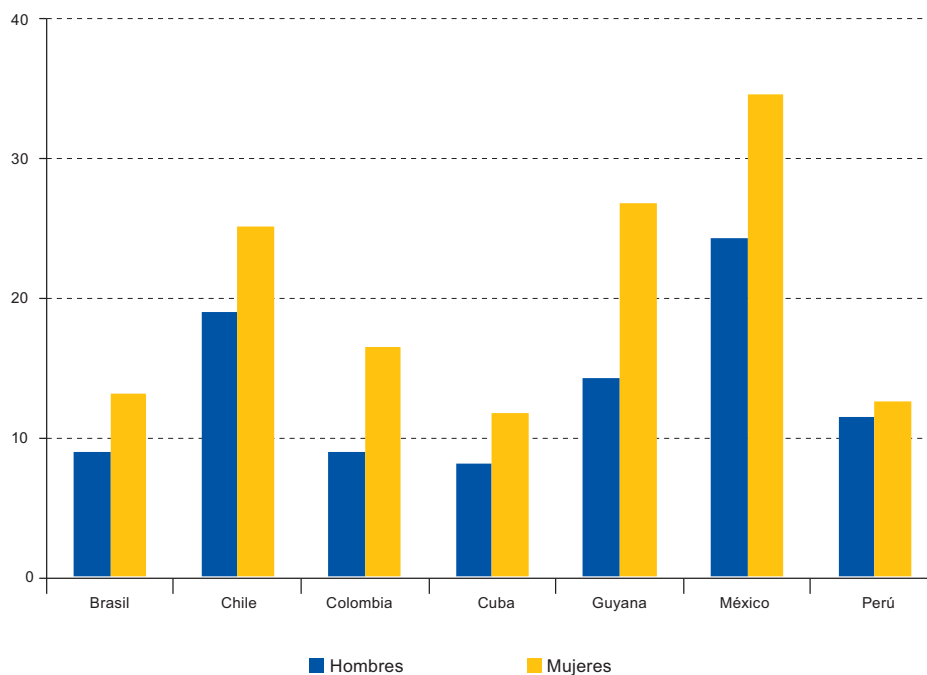
**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), *Estadísticas sanitarias mundiales, 2009*, Ginebra, , 2009.

La OMS ha estimado que el tabaco es la segunda causa de defunciones evitables y que provoca 900.000 muertes anuales en las Américas. Si la tendencia se mantiene, provocará la muerte de más de 1.000 millones de personas en el siglo XXI (OPS, 2007). De los 16 países de América Latina y el Caribe de que se dispone de información sobre el consumo de tabaco entre personas de 15 años o más, en 6 de ellos es posible observar que más del 25% de la población de ambos sexos fuma (véase el gráfico IV.3). Las cifras son más elevadas en los hombres chilenos y cubanos (42% y 43%, respectivamente) y entre las mujeres chilenas y bolivianas (34% y 29%, respectivamente). En la población de edad avanzada, los resultados de las encuestas sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE) muestran que en seis ciudades de la región el consumo de tabaco es menor —sobre todo en las mujeres—, pero este patrón claramente presentará un cambio sustantivo en las próximas décadas, toda vez que en 2006 más del 20% de los jóvenes de 13 a 15 años de edad de los países de la región sobre los cuales se dispone de información habían consumido tabaco, con la prevalencia más alta a nivel mundial (CEPAL/CELADE, 2003; OMS, 2009).

Aunque la incidencia es menor que el consumo de tabaco, la obesidad en personas de 15 años o más es igualmente preocupante, ya que esta patología está relacionada con algunas de las principales causas de muerte, incluidos los accidentes cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, la diabetes y la arterioesclerosis. Asimismo, ejerce un mayor efecto en aquellas actividades que implican movilidad, siendo un riesgo para sufrir enfermedades invalidantes y un obstáculo en sí misma para la realización de tareas habituales, incluso actividades básicas (Himes, 2000).

La información disponible sobre siete países de la región muestra que este factor de riesgo afecta más a las mujeres que a los hombres. En México, el 35% de las mujeres presenta obesidad y en Chile la cifra alcanza un 25% de la población femenina. En el caso de las personas mayores, los datos pueden ser incluso más inquietantes: en siete ciudades latinoamericanas, en promedio, el 65,9% de la población entrevistada tenía sobrepeso en el año 2000, siendo Santiago (73,4%) y México, D.F. (72,5%) donde la prevalencia era más elevada (CEPAL/CELADE, 2003). El comportamiento futuro de este indicador es pesimista si no cambian los patrones de consumo y actividad física de la población. En Chile, México y el Perú, uno de cada cuatro niños de 4 a 10 años de edad tiene sobrepeso y se prevé que, en 2015, la prevalencia continuará aumentando tanto en hombres como en mujeres (OPS, 2007).

Gráfico IV.4  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (7 PAÍSES): OBESIDAD EN LA POBLACIÓN DE 15 AÑOS O MÁS, 2005**  
 (En porcentajes)



**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), *Estadísticas sanitarias mundiales 2009*, Ginebra, 2009.

En resumen, el número creciente de casos de enfermedades crónicas vinculadas al envejecimiento, la presencia importante de factores de riesgo en la población adulta, así como las características del entorno en que se envejece —donde se hace hincapié en la atención de salud solamente en los episodios agudos de enfermedad—, ponen de manifiesto los riesgos de dependencia a los que están sometidas las personas mayores en la región. En este escenario, la vigilancia de la salud durante todo el ciclo de vida resulta de extrema importancia para prevenir enfermedades e impedir complicaciones que, sin control, pueden causar discapacidades que menoscaban la calidad de vida en la vejez.

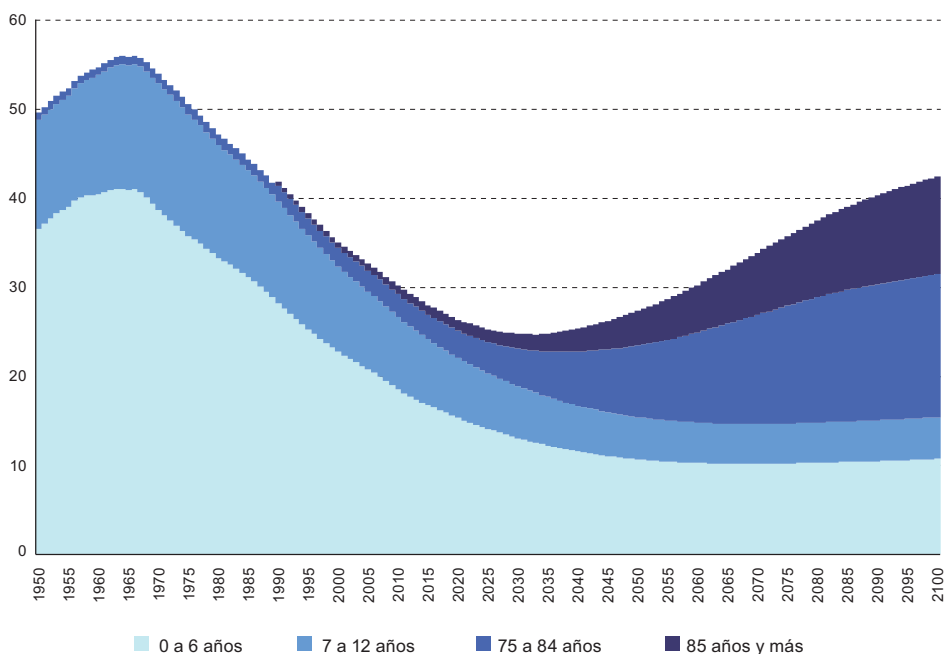
## B. ESTIMACIÓN DE LA NECESIDAD DE CUIDADOS A PARTIR DE LA EDAD

Desde la perspectiva demográfica, la demanda de cuidados está aumentando en América Latina y el Caribe debido a la presencia aún importante de niños y el envejecimiento de la población. Si bien es cierto que hoy día la región se enfrenta a una demanda de cuidados centrada principalmente en la niñez, en el futuro serán las personas de edad avanzada las que constituirán el grueso de la carga demográfica de asistencia, aunque con una amplia variabilidad entre los países.

Como se observa en el gráfico IV.5, la relación de dependencia de cuidados era elevada a inicios de 1950, con un promedio de 50 personas con necesidad de cuidados por cada 100 potenciales cuidadores y una amplia concentración en el grupo de 0 a 6 años (36,5 personas), mostrando a partir de 1968 una trayectoria en descenso hasta 2023, momento en que se mantiene estable por el lapso de 18 años. A partir de 2042, se aprecia una inflexión que marcará el inicio de una nueva fase de expansión de la demanda, por efecto del aumento de la población de 75 años y más, la que por cierto se habrá cuadruplicado entre 2000 y 2050, y multiplicado por diez entre 2000 y 2100.

Gráfico IV.5  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: RELACIÓN DE DEPENDENCIA DE CUIDADOS  
 POR GRUPOS DE EDAD, 1950-2100**

(En número de personas en edad de cuidado por cada 100 personas de 15 a 74 años de edad)



**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES), *World Population Prospect: The 2010 Revision* [CD-ROM].

Esta tendencia regional presenta una amplia variación entre los países, pudiendo identificarse claramente dos situaciones. En la primera se ubican los países más avanzados en la transición demográfica, que inician el período con una carga de cuidado menor, pero ya en proceso de envejecimiento (Huenchuan, 2011). Entre 2010 y 2030, los países de este grupo experimentarán un relativo estancamiento de la demanda de cuidado, la que en promedio será de 23 personas con necesidad de cuidados por cada 100 potenciales

cuidadores. De ahí en adelante, deberán hacer frente a una demanda de asistencia concentrada en las personas mayores (las antiguas Antillas Neerlandesas, Barbados, Cuba y el Uruguay).

En el otro extremo se ubican los países más rezagados en la transición demográfica, que inician el período con una elevada carga de cuidado en la niñez y una baja disponibilidad de potenciales cuidadores para satisfacer la demanda a la que se ven enfrentados. En ellos irá disminuyendo la necesidad de cuidados hasta 2050, momento en que habrán alcanzado en promedio las 26 personas con necesidad de cuidados por cada 100 potenciales cuidadores. A partir de entonces, la demanda empezará a aumentar incluso más rápidamente que entre los países más envejecidos, puesto que a los niños se sumarán las personas mayores (Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Haití, Honduras y Nicaragua).

#### Recuadro IV.2

### RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA Y RELACIÓN DE DEPENDENCIA DE CUIDADOS

La relación de dependencia demográfica total —cociente entre la suma de las poblaciones de menores de 15 años y de mayores de 60 años y la población de entre 15 y 59 años— es un índice sintético de la estructura por edad de la población. Usualmente se define como la relación entre la población en edades potencialmente inactivas y la población en edades potencialmente activas económicamente. Una alta relación de dependencia sugiere una carga para la población de 15 a 59 años, que debe dar soporte a otros, además de a sí misma. Sin embargo, este indicador suele presentar valores elevados tanto en poblaciones jóvenes como envejecidas, por lo que se recomienda descomponer el índice en dos: la relación de dependencia de niños (también llamada relación de juventud) en la que se consideran potencialmente inactivos a los menores de 15 años, y la relación de adultos (o de vejez), en la que se consideran potencialmente inactivos solo a los mayores de 60 años y más.

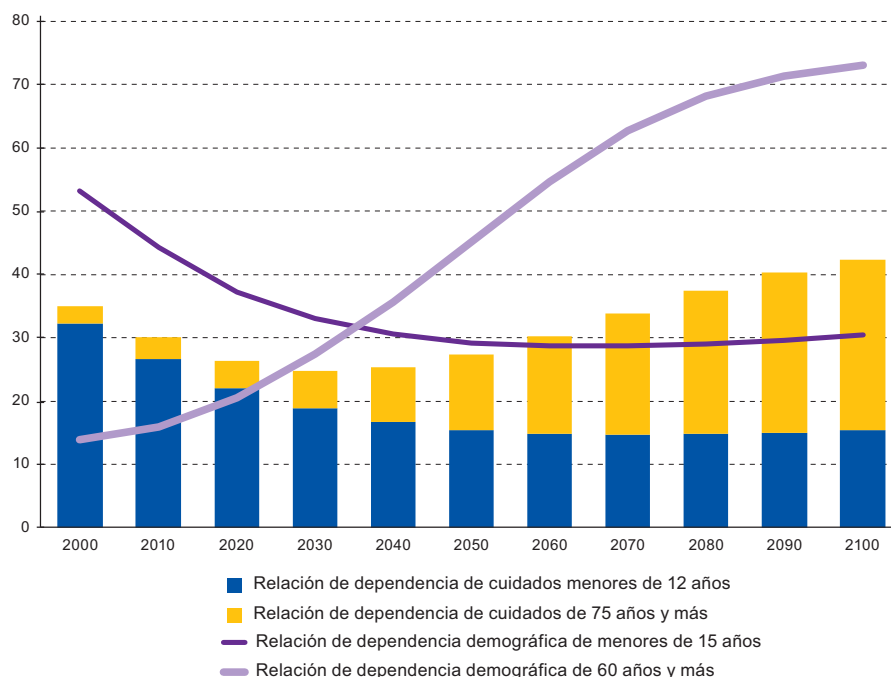
A diferencia del indicador tradicional, la relación de dependencia de cuidados tiene por objetivo reflejar la carga relativa de apoyo que recae sobre los potenciales cuidadores en una sociedad determinada. Al igual que la relación de dependencia tradicional, se define en términos de grupos de edad y su cálculo es útil para efectuar una medición aproximada de las personas que necesitan cuidados, la cantidad de cuidado que requieren y las posibilidades demográficas de brindar asistencia; además, permite una comparación de la carga de cuidado entre los países y su evolución en el tiempo. Este indicador corresponde a las personas con necesidades específicas de cuidados: por una parte, el grupo de 0 a 6 años y, por la otra, el de 85 años y más, precisamente, los dos extremos del ciclo vital, que en la práctica son altamente dependientes de terceros para satisfacer sus necesidades. Luego se ubican las personas de 7 a 12 años y las de 75 a 84 años, quienes si bien pueden precisar cuidados, no siempre los requieren con la misma intensidad que los grupos anteriores. En el centro —es decir, entre los 15 y los 74 años— se ubican los potenciales cuidadores. Para su cálculo, se apoya en el supuesto de que cada persona menor de 12 años y mayor de 75 años requiere de un número determinado de unidades de cuidado: los niños de 0 a 6 años necesitan 1 unidad; los de 7 a 12 años y las personas de 75 a 84 años, 0,5 unidades; y los mayores de 85 años requieren 1 unidad de cuidado. La principal limitación para su interpretación es que constituye un valor sustitutivo (*proxy*), que probablemente muestre un número inferior de personas que necesitan atención y una cantidad más elevada de población que puede prestar asistencia, ya que no se toma en consideración que las personas que se ubican en los rangos de edad que califican como potenciales cuidadores pueden sufrir limitaciones, particularmente físicas y de salud, para ejercer esa labor.

**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de Debbie Budlender, “The statistical evidence on care and non-care work across six countries”, *Programa del hombre y la mujer en el desarrollo (PNUD) Paper*, N° 4, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD), 2008; Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, “Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez”, *Documentos de proyecto*, N° 113 (LC/W.113), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2006.

Al comparar la relación de dependencia de cuidados con la relación de dependencia demográfica (véase el gráfico IV.6), es posible apreciar trayectorias que confluyen. En la región, el descenso de la relación de dependencia demográfica total, en promedio, finalizaría hacia el año 2020, mientras que desde

2010 en adelante la relación de dependencia demográfica de los mayores de 60 años está creciendo con ímpetu y en las próximas décadas será superior a la de los niños. Por su parte, la relación de dependencia de cuidados total continuará disminuyendo hasta 2030 y a partir de 2060 los mayores de 75 años se irán constituyendo en el grueso de la carga de cuidado.

Gráfico IV.6  
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA Y DE CUIDADOS, SEGÚN GRUPOS DE EDADES, 2000-2100



**Fuente:** CELADE-División de Población de la CEPAL, proyecciones y estimaciones de población: Revisión 2011 y Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES), World Population Prospect: The 2010 Revision, [CD-ROM].

Lo anterior significa que si bien en la región se está enfrentando hoy día una amplia demanda de cuidados centrada en la niñez, la composición por edades de la población con necesidad de ayuda está en proceso de transformación. En el futuro, disminuirá la carga de cuidado de los niños, pero aumentará de manera simultánea la de las personas mayores, aunque con notables diferencias en la trayectoria que seguirán los países.

### C. LOS CAMBIOS EN LA DEMANDA DE CUIDADOS SOBRE LA BASE DEL ESTADO DE SALUD

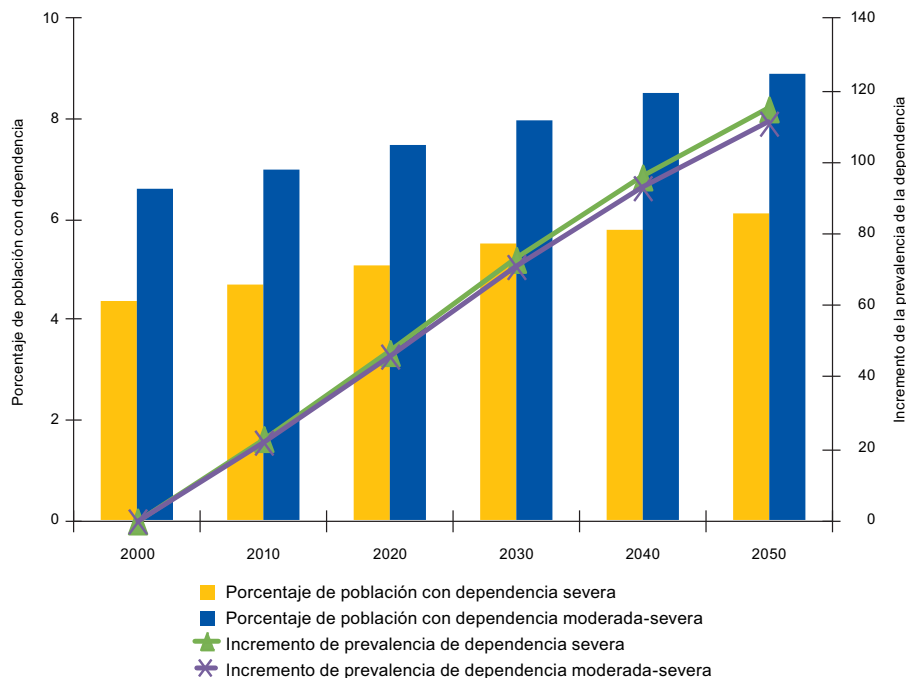
La demanda de cuidados no proviene solo y únicamente de la población infantil y de edad avanzada, sino también de las personas que requieren ayuda a diario para atender su salud y realizar las tareas domésticas y personales. Para acercarse a esta situación se ha tomado como referencia un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), en que se estimó la población que necesita de cuidados



según dos niveles de dependencia por razones de salud. El primero es el severo y comprende a las personas que debido a su condición precisan de asistencia diaria, mientras que el segundo se denomina moderado-severo y agrega a aquellas que eventualmente podrían requerir ayuda en forma periódica<sup>1</sup>.

En el gráfico IV.7 se presenta el porcentaje de población que necesitará cuidados diarios o periódicos en el período 2000-2050 dentro de la región en su conjunto, así como las respectivas tendencias de incremento de la dependencia. Se prevé que en cualquiera de los dos escenarios —es decir, dependencia severa y moderada-severa— se producirá un gran aumento de la prevalencia en el transcurso de las próximas cuatro décadas. Se espera que la cantidad de personas con dependencia moderada-severa se duplique desde 2000 hasta 2050, pasando de 23 a 50 millones. Ahora bien, cuando se realiza un análisis etario del número de personas con dependencia en el mismo intervalo de tiempo, se aprecia que en la actualidad la mayoría se concentra en el rango de 15 a 59 años, mientras que en 2050 las personas de 60 años y más representarán la mitad de la población dependiente en cualquiera de los dos niveles considerados (véanse los gráficos IV.8 y IV.9).

Gráfico IV.7  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: POBLACIÓN QUE REQUIERE CUIDADOS DIARIOS O PERIÓDICOS E INCREMENTO DE SU PREVALENCIA, SEGÚN TIPO DE DEPENDENCIA POR RAZONES DE SALUD, 2000-2050**

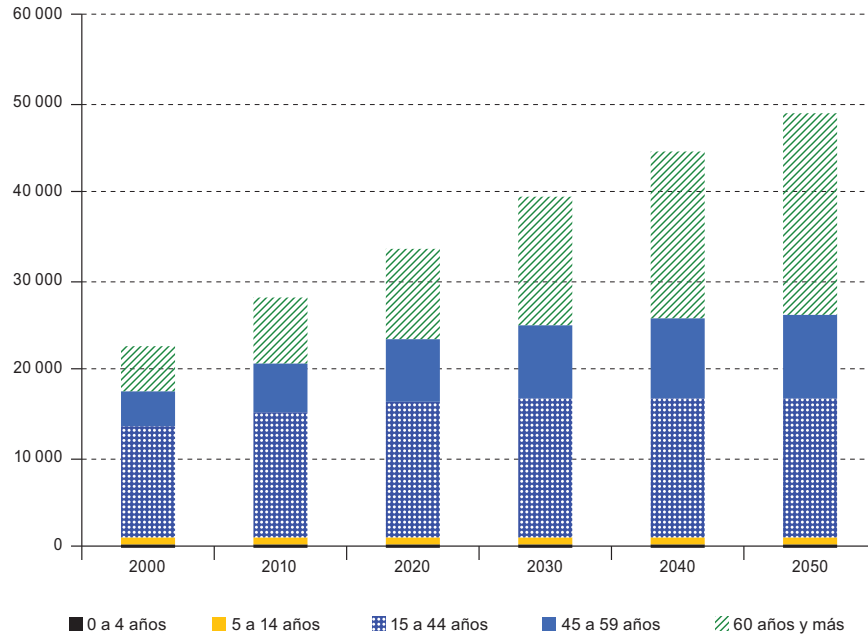


**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), *Current and future long-term care needs*, Ginebra, 2002.

**Nota:** Para el cálculo del porcentaje de incremento de la prevalencia de ambos tipos de dependencia se consideró 2000 como año base (0%).

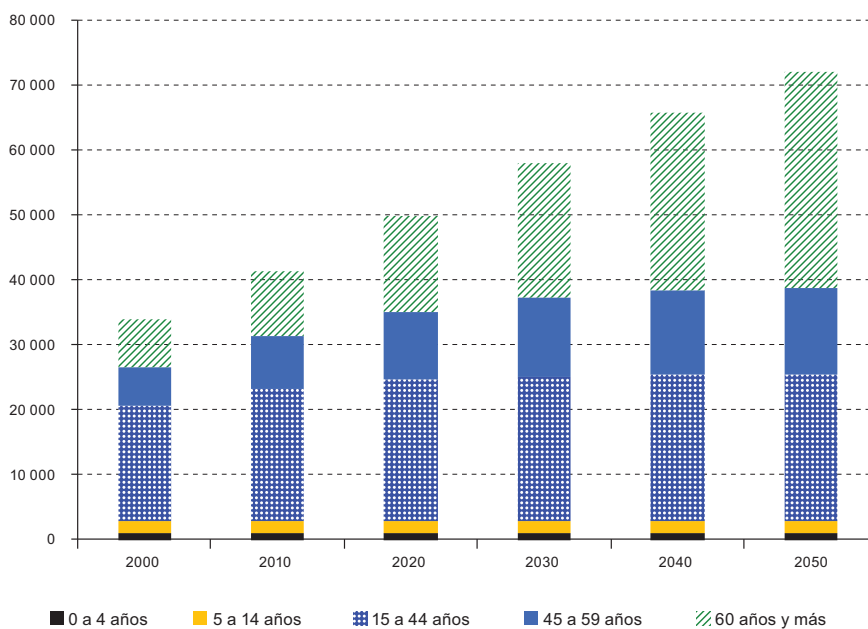
<sup>1</sup> La dependencia severa se refiere a las personas que padecen cualquiera de las dos clases más graves de discapacidad (sicosis activa, demencia, cuadriplejía, migraña severa continua, ceguera, paraplejía y depresión severa); la dependencia moderada, a aquellas que poseen dos o tres condiciones de una de las tres clases más graves de discapacidad (síndrome de Down, retardo mental moderado y fístula rectovaginal, entre otras) (Harwood, Sayer y Hirschfeld, 2004).

Gráfico IV.8  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NÚMERO DE PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA QUE REQUIEREN CUIDADOS DIARIOS, POR GRUPOS DE EDADES, 2000-2050**



**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), *Current and future long-term care needs*, Ginebra, 2002.

Gráfico IV.9  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NÚMERO DE PERSONAS CON DEPENDENCIA MODERADA A SEVERA QUE REQUIEREN CUIDADOS DIARIOS, POR GRUPOS DE EDADES, 2000-2050**



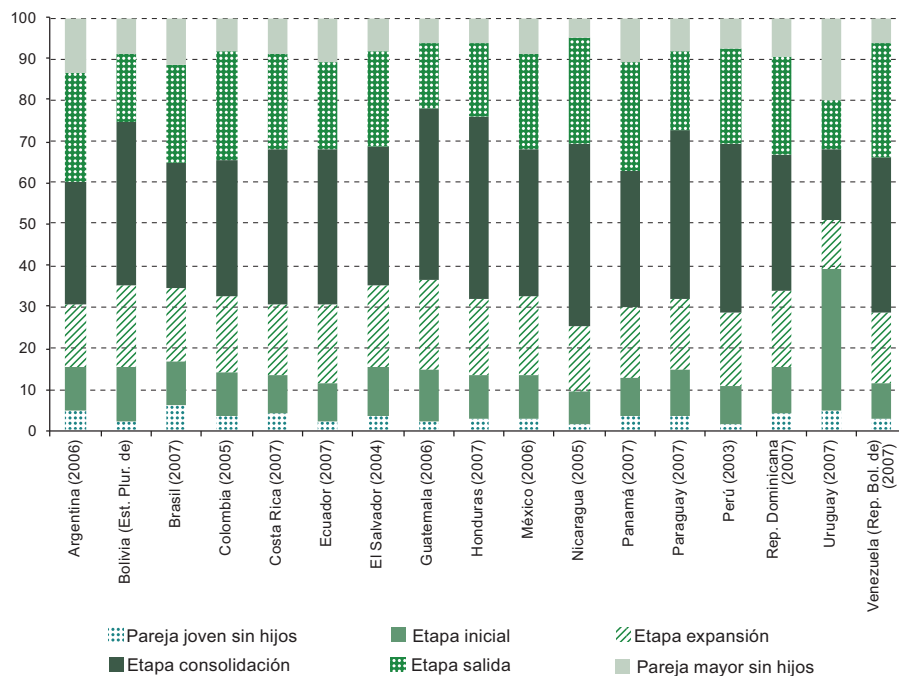
**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), *Current and future long-term care needs*, Ginebra, 2002.

## D. LA MADURACIÓN DE CICLO DE VIDA FAMILIAR Y SUS EFECTOS EN LA DEMANDA DE CUIDADOS

El ciclo de vida familiar se refiere a las etapas por las que atraviesa la familia. Esta cambia su composición en cada fase y enfrenta distintas tareas que implican diversas modalidades de organización (Huenchuan y Guzmán, 2007). Se trata, por lo tanto, de una variable que permite la segmentación de los individuos en función de la etapa evolutiva en que se encuentra el hogar donde viven. Así, por ejemplo, del ciclo de vida familiar depende el perfil de necesidades de sus miembros y las posibilidades de responder a ellas. En este marco, el cuidado es solo una de las tareas que se organizan dentro de la familia.

Una perspectiva regional construida a partir de las encuestas de hogares disponibles de 17 países alrededor de 2007 muestra que más del 50% de las familias atravesaba por las etapas de consolidación y expansión (véase el gráfico IV.10). La primera (18%) corresponde a aquellas cuyos hijos mayores tenían entre 6 y 12 años —con independencia de la edad del menor—, y la segunda, a las familias (36%) que tenían hijos de 13 a 18 años, o en que la diferencia de edad entre los mayores y los menores se encontraba entre los 12 y los 15 años.

Gráfico IV.10  
**AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS  
SEGÚN LAS ETAPAS DE CICLO DE VIDA FAMILIAR, ALREDEDOR DE 2007**  
(En porcentajes)



**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

Se trata de familias con necesidades de cuidado diferentes. Aquellas que se encuentran en la fase de consolidación estarían haciendo frente a una demanda de ayuda moderada por parte de los hijos, pues ya superaron la etapa más intensa del cuidado de los niños pequeños (menores de 6 años); las familias en expansión, en cambio, han dejado atrás la demanda más aguda de asistencia en la infancia. También es probable que en esta fase del ciclo de vida familiar se concentre la mayor proporción de familias reconstituidas, dado que las grandes diferencias de edad entre los hijos mayores y menores podrían obedecer, en algunos casos, a la existencia de nuevas uniones con hijos pequeños.

Siguiendo la misma trayectoria, las familias que se ubicaban en la fase de salida eran igualmente numerosas. El 22% del total correspondía a núcleos cuyos hijos menores tenían 19 años o más y en que algunos de ellos estaban próximos a formar otras familias. En este tipo de grupos los progenitores afrontan nuevos acomodos, que involucran no solo cambios fisiológicos debido a su edad, sino también la adaptación a nuevos roles —jubilados, viudos o abuelos—, así como hacer frente a las necesidades de apoyo y asistencia que se irán acentuando en el curso del tiempo.

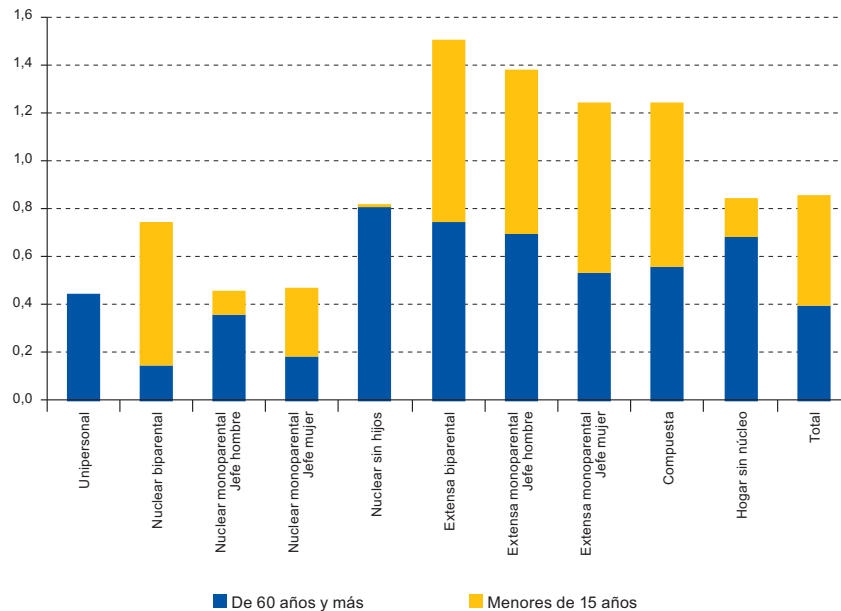
Lo anterior significa que, cuando se analiza el cuidado a escala de los hogares, la composición de la demanda refleja las transiciones inherentes al ciclo de vida familiar. Al respecto, el fenómeno del envejecimiento es el que más afectará en lo inmediato —e incluso más allá de la baja de la fecundidad— a las familias y a quienes brindan apoyo, tanto de manera positiva (transmisión intergeneracional de los recursos) como negativa (aumento de la carga de cuidado cuando no existen posibilidades de ayuda institucional). Esto puede observarse también en la evolución de los hogares sin miembros de edades extremas. Durante el período 1997-2007, en 11 países de la región los hogares sin niños se mantuvieron sin variaciones y no aumentaron su participación en el conjunto de formas familiares. En cambio, los hogares sin personas de edad disminuyeron, en promedio, un 6%. Vale decir, las familias con miembros de edad avanzada se están incrementando y en varios países —Brasil, Costa Rica, Ecuador, México, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de)— este aumento ha sido más pronunciado que el promedio regional. El caso más extremo es el del Brasil, donde los hogares sin personas de edad decrecieron un 10% y, como consecuencia, más de la mitad de las familias tenía miembros de 60 años y más en 2007 respecto de 1997 (Huenchuan, 2011).

De la misma manera, cuando se analiza el número medio de miembros del hogar según la existencia de niños y personas mayores (menores de 15 años y 60 años y más, respectivamente), se observa que ambos grupos tienen una importante presencia en todos los tipos de familias; en el caso de las personas de edad, ello ocurre sobre todo en los nucleares sin hijos y extensos biparentales (véase el gráfico IV.11). La primera categoría puede corresponder a familias de personas mayores cuyos hijos han constituido sus propios hogares, y las familias extensas, a aquellas en que conviven varias generaciones que incluyen a nietos y abuelos. Por otra parte, como se observa en el gráfico IV.11, los hogares unipersonales también muestran un cierto envejecimiento en su composición. Algunos de ellos podrían estar compuestos de personas de edad que disponen de suficientes recursos económicos para vivir solas, mientras que otros serían hogares de personas mayores sin familia y que dependen fuertemente de la asistencia externa<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> En la Argentina, el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), organismo dependiente de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social, atiende a personas de edad altamente vulnerables y desprovistas de apoyo. La mitad de la población asistida tiene más de 75 años, sobre todo mujeres en condición de viudez que viven solas, no tienen cobertura previsional ni de salud y sufren de patologías crónicas o discapacidad, a quienes se les prestan servicios tan esenciales como ayuda para acostarse y levantarse, vestirse, preparar y dar alimentos, entre otros (Roqué, 2009).

Gráfico IV.11  
**AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): NÚMERO MEDIO DE MIEMBROS MENORES DE 15 AÑOS  
 Y DE 60 AÑOS Y MÁS, SEGÚN LA ESTRUCTURA FAMILIAR, ALREDEDOR DE 2007**

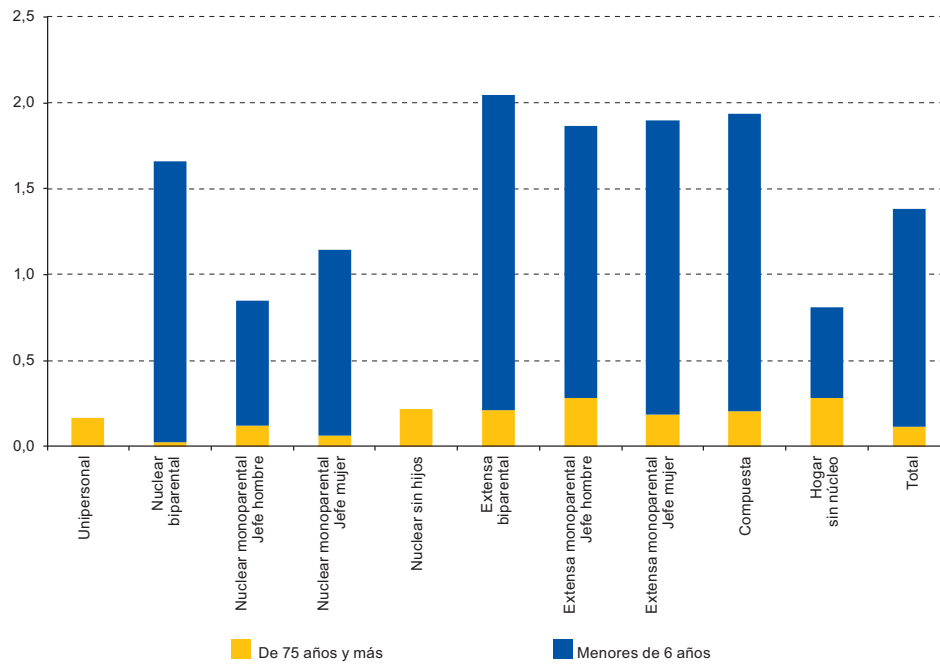


**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

Un análisis más pormenorizado de la composición de los hogares revela que las estructuras familiares que hoy día afrontan presiones más intensas en materia de demanda de ayuda son las extensas —en todas sus formas— y las compuestas (véase el gráfico IV.12). En la totalidad de ellas, el número medio de miembros que precisarían de cuidados intensivos alcanza a dos personas por núcleo, cifra elevada si se considera la tendencia a la reducción del tamaño de las familias latinoamericanas, sobre todo en países con una transición demográfica más avanzada (Sunkel, 2006). Algunas de estas estructuras familiares corresponden a aquellas que tradicionalmente han sido las más afectadas por la pobreza. En concreto, y a modo de ejemplo, es posible señalar que en 2007 la mayor proporción de familias extensas monoparentales con jefatura femenina se concentraba en hogares del primer y segundo quintil de ingresos, lo que podría obedecer al menor número de aportantes y a los ingresos más reducidos que en promedio reciben las mujeres que trabajan (Arriagada, 2007), quienes a su vez deben responder a una elevada carga de cuidado en sus propios hogares.

Ante estas y otras limitaciones que se han tratado en la sección anterior, las familias movilizan un conjunto diverso de recursos económicos, sociales y culturales para crear nuevas estrategias de género, generacionales y de parentesco destinadas a afrontar los retos, cargas y oportunidades del cuidado (Castells, 1999). Sin embargo, no siempre cuentan con la flexibilidad y la autonomía suficientes como para realizar las adaptaciones que les exigen la vida moderna y las obligaciones de solidaridad familiar.

Gráfico IV.12  
**AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): PROMEDIO DE PERSONAS CON NECESIDADES INTENSIVAS DE CUIDADO, SEGÚN LA ESTRUCTURA FAMILIAR, ALREDEDOR DE 2007<sup>a</sup>**  
*(En número de miembros del grupo familiar)*



**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

<sup>a</sup> Las personas con necesidades intensivas de cuidado son los mayores de 75 años y los menores de 6 años de edad.

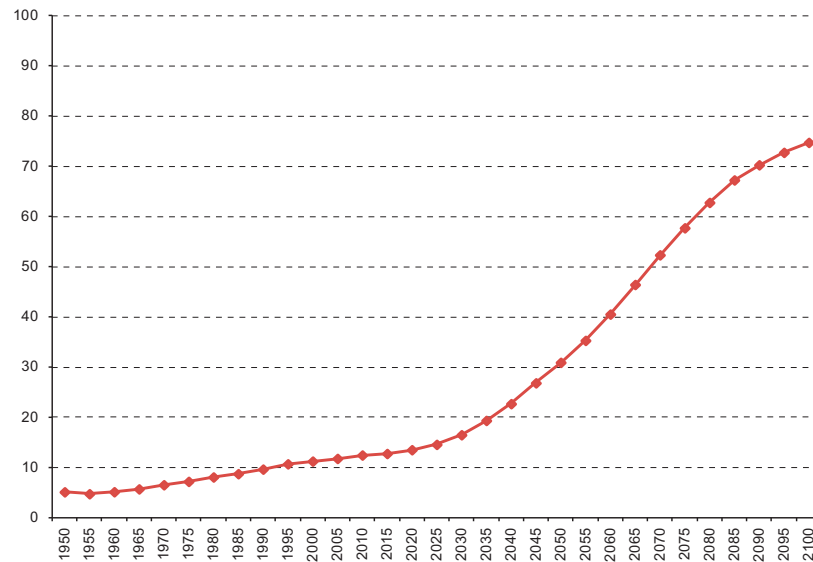
### E. LA EXPRESIÓN DEMOGRÁFICA DE LA POSIBILIDAD DE BRINDAR CUIDADOS

El incremento y la modificación de la carga de cuidado ocurren en un contexto en el que la posibilidad demográfica de contar con asistencia será limitada. En general son los hijos, sobre todo las hijas, quienes se encargan de cubrir las necesidades de salud y cuidado de las personas en edad muy avanzada cuando lo requieren. Este fenómeno se representa por medio del indicador de relación de apoyo a los padres, que se define como el cociente entre la población de 80 años o más y el número de personas de 50 a 64 años (en teoría, los hijos de las personas de edad muy avanzada), multiplicado por 100.

A medida que aumenta la relación de dependencia demográfica en la vejez, la relación de apoyo a los padres igualmente se incrementa. Entre 1950 y 2050, el valor del indicador se sextuplicó. Los incrementos más importantes se iniciaron a partir de 2000, momento en que había, en promedio, 11 personas de edad muy avanzada por cada 100 adultos de entre 50 y 64 años de edad; este valor ascenderá a 31 en 2050 y a 75 en 2100 (véase el gráfico IV.13).

Gráfico IV.13  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EVOLUCIÓN DE LA RELACIÓN DE APOYO  
 A LOS PADRES, 1950-2100**

(En número de personas de 80 años o más por cada 100 personas de 50 a 64 años)



**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, estimaciones y proyecciones de población, revisión 2011.

En los países y territorios actualmente más envejecidos, como Barbados, Cuba, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica, Puerto Rico y el Uruguay, se observa que ya desde mediados del siglo XX la relación de apoyo de los padres rondaba las 8 personas de edad muy avanzada por cada 100 adultos de entre 50 y 64 años. Las excepciones eran el Uruguay, con un valor de 11; las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, con 9,6, y Barbados, con 9,3. A partir de 2030, se proyecta que en estos países habrá 32 personas de 80 años y más por cada 100 personas de 50 a 64 años, cifra que ascenderá a 51 personas en 2050. Los países menos envejecidos, como Belice, Guyana, Haití, Nicaragua, Guatemala y Honduras, comenzaron en 1950 una trayectoria muy similar a los más envejecidos, pero la mantuvieron relativamente estable en las décadas siguientes. En 2050 recién se habrá triplicado el indicador, llegando a 18 personas de 80 años y más por cada 100 adultos de 50 a 64 años.

Aunque en la actualidad la relación de apoyo a los padres no es elevada, la expectativa de que las generaciones intermedias presten apoyo social a las personas de edad no siempre se cumple. La solidaridad invertida —hacia los mayores— es un acontecimiento nuevo, producto del aumento de la esperanza de vida y del incremento absoluto del número de personas que viven más allá de los 60 años. Este fenómeno se presenta en un contexto de fuerte presión por mantener la independencia de las personas de edad y en que las formas tradicionales de asegurar el cuidado en la vejez, principalmente mediante arreglos que tienen que ver con la herencia y el patrimonio (Drake, 1994), se han debilitado a causa de distintos procesos como las migraciones, la pobreza o la informalidad del trabajo, los que dificultan la estabilidad para acumular patrimonio y sitúan a las personas mayores en una posición diferente a la que tenían hace algunas décadas atrás (véase el recuadro IV.3).

Recuadro IV.3  
**LA TRANSNACIONALIZACIÓN DEL CUIDADO**

Los procesos migratorios internacionales que se están produciendo en la actualidad afectan tanto la relación entre la necesidad de cuidados y la posibilidad de recibirlos a nivel individual y familiar como su oferta y demanda global. La crisis del cuidado en los países desarrollados, caracterizada por una amplia demanda de mano de obra y una oferta insuficiente y por las expectativas de un extenso sector de la población de los países de la región de insertarse en su mercado laboral, ha contribuido a generar diversos flujos migratorios. Estos han tenido un efecto importante en los cambios demográficos de los países desarrollados, donde se estima que continuarán profundizándose la disminución del número de personas en la primera edad laboral y, de manera complementaria, el incremento de la población mayor. Las proyecciones muestran que en la Unión Europea se producirán más muertes que nacimientos a partir de 2015 y que la población económicamente activa disminuirá en forma progresiva entre 1 y 1,5 millones al año (Aréchaga, 2008). Además, el índice de dependencia por vejez aumentará notablemente, desde el 25% actual hasta un 54% en 2060 (Bazo, 2008).

Entre los aspectos que deben afrontarse ante las tendencias descritas se han destacado el apoyo a las familias, la promoción del empleo, el incentivo a la participación de las mujeres en el mercado laboral y los flujos migratorios que reciben estos países. El incremento poblacional de la Unión Europea debido exclusivamente al ingreso de inmigrantes fue de 11 millones de personas entre 2002 y 2007 (Aréchaga, 2008). Si bien se estima que luego de 2035 la migración no será suficiente para compensar la disminución de esta población, a corto y mediano plazo se espera que ayude a mantener su crecimiento.

Aunque el análisis se ha centrado fundamentalmente en los movimientos migratorios desde el sur hacia el norte, estos también se han producido entre los países del sur, sobre todo hacia aquellos con ingresos medios que han actuado como importantes polos de atracción (Koffman y Raghuram, 2009). En ambos casos, gran parte de las personas que emigran se emplea en los países de destino dentro del sector de los servicios, que incluye las actividades domésticas y el cuidado de los niños y las personas mayores dependientes, dando lugar a un proceso de transnacionalización del cuidado. En el año 2000, el 54% de los latinoamericanos residentes en España estaba empleado en ese sector. Por lo general, quienes se trasladan a países dentro y fuera de la región para realizar este tipo de trabajos son las mujeres, como parte de una estrategia familiar orientada a mejorar sus condiciones de vida (CEPAL, 2006).

Con frecuencia, las migrantes son madres que deben dejar a sus hijos al cuidado de otras personas para dedicarse a estas mismas tareas en el extranjero. Al respecto, del total de mujeres nicaragüenses que desempeñaban actividades domésticas en Costa Rica en 2000, el 72% tenía hijos. En el caso de las peruanas que se encontraban trabajando en Chile, esta cifra era aun mayor, alcanzando el 85% en 2002 (Cortés Castellanos, 2005). Cuando las migraciones impiden la residencia con los padres mayores, los hijos todavía dependientes, o ambos, disminuyen sus posibilidades de recibir cuidados. En el caso de los niños, son sobre todo los abuelos quienes se hacen cargo de un modo más permanente de su crianza una vez que la madre se ha trasladado.

Aunque quienes migran no pueden brindar apoyo cotidiano a sus familiares, por lo general mantienen el contacto con ellos y periódicamente les envían remesas que constituyen un aporte fundamental para la economía familiar. En México, un 20% de las parejas de personas mayores que vivían solas en 2003 recibía remesas nacionales o internacionales que representaban el 13% de su ingreso mensual, mientras que para las personas de edad que residían en el hogar de sus hijos constituían la sexta parte de sus ingresos (López Ramírez, 2008). Los países de la región concentran la mayor cantidad de remesas en el mundo, habiendo superado los 40.000 millones de dólares en 2004 (CEPAL, 2006).

El hecho de que las mujeres migrantes habitualmente residan en los mismos hogares en que prestan servicios les permite incrementar sus ahorros para efectuar envíos de dinero. Sin embargo, aunque beneficiosa en este sentido, la situación puede resultar negativa porque propicia un trabajo de tiempo completo, con la sobrecarga que ello supone (Rico, 2006).



## Recuadro IV.3 (conclusión)

La transnacionalización del cuidado puede tener un saldo positivo, tanto a nivel demográfico como económico. En la esfera familiar e individual, puede beneficiar a quienes se trasladan, a sus parientes y a las personas que reciben los cuidados en las comunidades de destino. Sin embargo, también plantea ciertos riesgos. Por una parte, estos flujos migratorios implican la reorganización del cuidado en los países de origen y tienden a incrementar la demanda en estructuras menos preparadas para brindar una respuesta satisfactoria. Por otra, puede agudizarse una vulnerabilidad previa en las personas que migran y provocar situaciones de explotación y violación de sus derechos. Por estas y otras razones, la CEPAL ha insistido en la necesidad de desarrollar medidas de protección de los migrantes en el contexto internacional (CEPAL, 2006).

**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de I. Aréchaga, “Cómo afrontar el crecimiento de la población: el futuro demográfico en Europa”, *La Gaceta.es*, 21 de diciembre de 2008 [en línea], <<http://prensa.palabramayores.net/?p=516>>; M.T. Bazo, “España: envejecimiento poblacional, economía y bienestar”, 2008 [en línea], <http://prensa.palabramayores.net/?p=263>; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Migración internacional, derechos humanos y desarrollo en América Latina y el Caribe* (LC/G.2303(SES. 31/11)), Santiago de Chile, 2006; Cortés P. Castellanos, “Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe: derechos humanos, mitos y duras realidades”, *serie Población y desarrollo*, N° 61 (LC/L.2426-P), Santiago de Chile, CEPAL, 2005; E. Koffman y P. Raghuram, “The Implications of Migration for Gender and Care Regimes in the South”, *Social Policy and Development Programme, Paper*, N° 41, Ginebra, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD), 2009; A. López Ramírez, “Migración, remesas y arreglos residenciales de los adultos mayores en México”, *Estudios demográficos y urbanos*, vol. 23, N° 3 (69), México, D.F., El Colegio de México, 2008; N. Rico, “Las mujeres latinoamericanas en la migración internacional”, ponencia presentada en el seminario internacional Las mujeres trabajadoras inmigrantes y sus aportes al desarrollo del país de acogida y de origen, Madrid, 22 a 24 de junio de 2006.

Otro elemento a considerar son las diferencias de género, puesto que en la práctica son las mujeres las que se hacen cargo de las labores de reproducción doméstica y los hombres no participan con la misma intensidad en las tareas de asistencia —sobre todo a las personas de edad y con dependencia—. De este modo, el cuidado puede concebirse como una actividad femenina, generalmente no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social (Aguirre, 2007).

A ello se agrega que el aumento y cambio en la demanda de asistencia ocurre en un momento en que las mujeres están ampliando su participación económica (CEPAL/CELADE, 2006b), lo que tendrá su correlato en el tiempo que estas pueden dedicar a las funciones de cuidado. Por el contrario, mientras se ha ampliado el acceso de ellas al mercado de trabajo remunerado, no se ha producido un cambio equivalente en la redistribución del tiempo que los hombres ocupan en las tareas del hogar (Sunkel, 2006). En este sentido, la transformación de los roles ha sido asimétrica, con un mayor movimiento de las mujeres hacia las esferas tradicionalmente masculinas (Carbonero, 2007).

Por otra parte, los cuidados expresan también la desigualdad. En tiempos de crisis, los hogares que cuentan con recursos económicos suficientes pueden pagar por el cuidado de sus miembros dependientes, e incluso hacerlo a un valor inequitativo para las trabajadoras. En cambio, los hogares pobres pueden verse enfrentados a una doble disyuntiva: dedicar los recursos humanos disponibles al cuidado de los miembros dependientes o movilizar sus activos, por medio de la migración y la inserción de las mujeres en el mercado laboral (Sunkel, 2006). Las evidencias muestran que, cualquiera que sea la alternativa que implementen estos hogares, es usual que el ajuste suponga costos económicos y psicológicos para las mujeres y las niñas, y que ponga en riesgo la posibilidad efectiva de recibir el cuidado para quienes lo necesitan (Esplen, 2009). De este modo, la oportunidad de determinados grupos sociales de recibir cuidados está estrechamente relacionada, con una posición que suele estar determinada de manera apreciable por factores externos o con la disponibilidad de una infraestructura de cuidado que resuelva los problemas.

Al visualizar este escenario, diversos organismos internacionales han llamado la atención sobre el hecho de que las implicaciones sociales y económicas de este fenómeno dependerán de los arreglos institucionales específicos de cada país, esto es, de la capacidad que tengan los sistemas institucionales públicos y privados de brindar servicios (Colombo y otros, 2011). Ello afectará no solo la división de la responsabilidad de provisión de bienestar entre el Estado, la familia, el mercado y la comunidad, sino también los contratos de género y generacionales en que se enmarca actualmente la división sexual y etaria de las tareas de cuidado (Aguirre, 2007).

## **F. LA SOLIDARIDAD COMO EJE DE LOS CUIDADOS EN LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL**

Como se documenta en este capítulo, aunque en la actualidad en muchos países los niños representan la demanda de cuidado más intensa, en el futuro serán las personas de edad y las personas con dependencia por razones de salud las que constituirán el grueso de la carga de cuidados, en un escenario pleno de restricciones derivadas de las condiciones demográficas y socioeconómicas en que se desarrolla la reproducción social. Por lo tanto, en un contexto de cambio demográfico como el que ocurre en la región, hay que anticipar las acciones y prepararse para enfrentar las transformaciones que se avecinan.

Los cuidados en general no han sido un tema relevante en la agenda de las políticas públicas de la región, con la excepción de algunos países del Caribe. Tanto los marcos normativos generales y específicos de los países de la región como el abanico de programas sociales existentes relacionados con la protección de la infancia, la vejez y la dependencia revelan una creciente concentración en la familia de los riesgos asociados al cuidado. De este modo, se amplía la vulnerabilidad de las personas que precisan cuidado y de las que prestan asistencia, las que hoy en día se ven directamente afectadas por la distribución desigual de los recursos según su origen familiar.

De ello se deriva precisamente uno de los grandes retos del siglo XXI: avanzar hacia el reconocimiento y la inclusión del cuidado en las políticas públicas en un marco de solidaridad e igualdad. Se requiere replantear la protección social para que, por una parte, responda de manera inmediata a las consecuencias de las transformaciones demográficas y, por otra, pueda anticipar respuestas ante las demandas de una población en constante cambio. En dicho marco, hay que transitar hacia la construcción de la dependencia y el cuidado como un asunto de responsabilidad colectiva, que debe ser sostenido mediante prestaciones y servicios que maximicen la autonomía y el bienestar de las familias y los individuos en el marco de los sistemas de protección social. Las respuestas públicas para la atención de esta problemática han de concebirse como una extensión lógica del quehacer estatal, que impone ciertas obligaciones inmediatas con respecto a los que precisan ayuda y quienes la brindan.

### Bibliografía

- Aguirre, Rosario (2007), “Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas”, *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros*, Libros de la CEPAL N° 97 (LC/G.2345-P), Irma Arriagada (comp.), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.97.
- Aréchaga, I. (2008), “Cómo afrontar el crecimiento de la población: el futuro demográfico en Europa”, *La Gaceta.es*, 21 de diciembre [en línea] <http://prensa.palabramayores.net/?p=516>.
- Arriagada, Irma (comp.) (2007), “Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros”, *Libros de la CEPAL*, N° 96 (LC/G.2345-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.97.
- Barbosa, Aline R. y otros (2005), “Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from the SABE survey”, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 21, N° 14.
- Camargos, Mirela Castro Santos, Ignez Helena Oliva Perpétuo y Carla Jorge Machado (2005) “Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil”, *Revista panamericana de salud pública*, vol. 17, N° 5/6.
- Bazo, M. T. (2008), “España: envejecimiento poblacional, economía y bienestar” [en línea] <http://prensa.palabramayores.net/?p=263>.
- Budlender, Debbie (2008), “The statistical evidence on care and non-care work across six countries”, *Gender and Development Programme Paper*, N° 4, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social.
- Carbonero Gamundí, María Antonia (2007), “Intersecciones de género, clase y poder: políticas y prácticas de cuidado en la Unión Europea”, María Antonia Carbonero Gamundí y Silvia León (comps.), Rosario (Argentina), Homo Sapiens.
- Castells, Manuel (1999), *La era de la información. Economía, sociedad y cultura. El poder de la identidad*, vol. II, México, Siglo XXI.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2006), *Migración internacional, derechos humanos y desarrollo en América Latina y el Caribe* (LC/G.2303(SES.31/11)), Santiago de Chile.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2006a), “Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez”, *Documentos de proyectos*, N° 113 (LC/W.113), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- \_\_\_\_\_ (2006b), “Población económicamente activa”, *Observatorio demográfico*, N° 2 (LC/G.2337-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta E/S.07.II.G.28.
- \_\_\_\_\_ (2003), “La situación de las personas mayores”, documento presentado en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 a 21 de noviembre.
- Colombo, F. y otros (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, París, OECD Publishing.
- Cortés Castellanos, Patricia (2005), “Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe: derechos humanos, mitos y duras realidades”, *serie Población y desarrollo*, N° 61 (LC/L.2426-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.173.
- Drake, Michael (1994), *Time, Family and Community. Perspectives on Family and Community History*, Oxford, Blackwell Publishers.

- Espín, Ana Margarita (2009), “Familia y vejez”, *Infomed*, N° 422 [en línea] <http://www.mujeres.cubaweb.cu/articulo.asp?a=2009&num=422&art=24>.
- Esplen, Emily (2009), *Gender and Care. Overview Report*, Brighton, Institute of Development Studies, Universidad de Sussex, Bridge Publications.
- Harwood, Rowan H., Avan Aihie Sayer y Miriam Hirschfeld (2004), “Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios”, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 82, N° 4, Ginebra.
- Himes, Christine (2000), “Obesity, disease and functional limitation in later life”, *Demography*, vol. 37, N° 1, febrero.
- Huenchuan, Sandra (2011), “La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos”, *serie Población y desarrollo*, N° 100 (LC/L.3308-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), marzo.
- \_\_\_\_\_ (ed.) (2009), “Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas”, *Libros de la CEPAL*, N° 100 (LC/G.2389-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.08.II.G.94.
- Huenchuan, Sandra y José Miguel Guzmán (2007), “Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de política”, *Notas de población*, N° 83 (LC/G.2340-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.82.
- Koffman, E. y P. Raghuram (2009), “The implications of migration for gender and care regimes in the south”, *Social Policy and Development Programme Paper*, N° 41, Ginebra, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD).
- López Ramírez, A. (2008), “Migración, remesas y arreglos residenciales de los adultos mayores en México”, *Estudios demográficos y urbanos*, vol. 23, N° 3 (69), México, D.F., El Colegio de México.
- Martínez Franzoni, Juliana y Rosalía Camacho (2007), “Equilibristas o malabaristas..., pero ¿con red? La actual infraestructura de cuidados en América Latina”, *Entre familia y trabajo. Relaciones, conflictos y políticas de género en Europa y América Latina*, María Antonia Carbonero Gamundí y Silvia León (comps.), Rosario, Homo Sapiens.
- Menéndez, Jesús y otros (2005), “Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: Estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe”, *Revista panamericana de salud pública*, N° 17, N° 5/6.
- Naciones Unidas (2007), *Estudio económico y social mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece* (ST/ESA/314), Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2009), *Estadísticas sanitarias mundiales 2009*, Ginebra.
- \_\_\_\_\_ (2005), *La mujer, el envejecimiento y la salud*, División de Noticias y Medios de Información del Departamento de Información Pública, Naciones Unidas.
- \_\_\_\_\_ (2002), *Current and future long-term care needs* (WHO/NMH/CCL/02.2), Ginebra.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2009), *Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2009*, Washington, D.C.
- \_\_\_\_\_ (2007), *Salud en las Américas*, Washington, D.C.
- Pacífico, Paola y Edith Alejandra Pantelides (2001), “Estado socio-funcional de los adultos mayores del Área Metropolitana de Buenos Aires”, documento presentado en las IV Jornadas nacionales de debate interdisciplinario en salud y población, Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Palloni, Alberto, Susan De Vos y Martha Peláez (2002), “Aging in Latin America and the Caribbean”, *Working Paper*, N° 99-02, Madison, Wisconsin, Center for Demography and Ecology, Universidad de Wisconsin.
- Parahyba, María I., Renato Veras y David Melzer (2005), “Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil”, *Revista de Saúde Pública*, vol. 39, N° 3.

- Pérez Menayo, Vicente (2004), “Políticas públicas en material de dependencia: situación comparada en la Unión Europea”, *Relaciones laborales: Revista crítica de teoría y práctica*, N° 2, Madrid, La Ley-Actualidad.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2007), *Informe sobre desarrollo humano 2006. Más allá de la escasez: Poder, pobreza y crisis mundial del agua*, Nueva York.
- Puga, María Dolores (2002), *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España: Una previsión a 2010*, Madrid, Fundación Pfizer.
- Rico, M. N. (2006), “Las mujeres latinoamericanas en la migración internacional”, ponencia presentada en el seminario internacional Las mujeres trabajadoras inmigrantes y sus aportes al desarrollo del país de acogida y de origen, II Foro Social Mundial de las Migraciones, Madrid, 22 a 24 de junio.
- Romero, Dalia, Iúri da Costa Leite y Célia Landmann Szwarcwald (2005), “Expectativa de vida saudável no Brasil: uma aplicação do método de Sullivan”, *Cadernos de saúde pública*, vol. 21, N° 1, Río de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.
- Roqué, Mónica (2009), “Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios”, presentación realizada en el lanzamiento del estudio titulado “Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?”, Buenos Aires, 15 de septiembre.
- Rose, Angela M. C., Anselm J. Hennis e Ian R. Hambleton (2008), “Sex and the city: Differences in disease - and disability- free life years, and active community participation of elderly men and women in 7 cities in Latin America and the Caribbean”, *BMC Public Health*, N° 8.
- Sunkel, Guillermo (2006), “El papel de la familia en la protección social en América Latina”, *serie Políticas sociales*, N° 120 (LC/L.2530-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.57.





## Capítulo V

### **DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES, BRECHAS E IGUALDAD REAL**

Durante la última década, la preocupación de la comunidad internacional respecto de la situación de las personas de edad se ha reflejado de forma gradual en la adopción de políticas internacionales específicas que la abordan desde la perspectiva de los derechos humanos. Dichas políticas fueron promovidas por organismos internacionales y regionales para orientar sus propias actividades, así como por organismos estatales y otros actores interesados en sus respectivos ámbitos de actuación.

Como se demuestra en este capítulo, las políticas internacionales y regionales impactan en el quehacer de los Estados y, de una u otra manera, inciden en la forma en que se abordan los asuntos del envejecimiento. Por ejemplo, a partir de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, de 1991, varios países de la región iniciaron el proceso de normar los derechos de este grupo en el derecho interno. Más adelante, con el Año Internacional de las Personas de Edad en 1999 y la celebración de la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 2002, este proceso se intensificó y continuó hasta el presente, gracias al impulso otorgado por la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, adoptada en 2003, y la Declaración de Brasilia, de 2007.

#### **A. REFERENCIAS SOBRE LA PROTECCIÓN INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS DE EDAD**

##### **1. Los tratados de las Naciones Unidas**

Las primeras referencias a las personas de edad en los instrumentos internacionales de derechos humanos son solo indirectas y generalmente se limitan a la seguridad social y al derecho a un nivel de vida adecuado. Por ejemplo, en la Declaración Universal de Derechos Humanos se reconoce el derecho a las prestaciones sociales en la vejez. De forma análoga, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se considera “el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social”.

El primer convenio de las Naciones Unidas sobre derechos humanos en que se prohibió explícitamente la edad como un motivo de discriminación fue la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, donde se proscribe su exclusión del acceso a la seguridad social en caso de vejez. El alcance de la prohibición de discriminar contra la mujer a causa de la edad fue ampliado después en la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares y, posteriormente, en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, en relación con cuestiones como la eliminación de los prejuicios, los estereotipos y las prácticas nocivas, el acceso a la justicia y la protección contra la explotación, la violencia y el abuso (Rodríguez-Piñero, 2010).

La protección limitada a los derechos de las personas de edad que proporcionan las convenciones existentes se ha reforzado parcialmente gracias a su interpretación progresiva, realizada por los órganos encargados de su supervisión. Es lo que sucede, por ejemplo, con el Comité de Derechos Humanos, que

ha desarrollado el principio de no discriminación por la edad en algunos casos examinados en el marco de su procedimiento contencioso.

La práctica del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales también es pertinente en este campo, puesto que ha desarrollado en mayor medida el contenido de esos derechos mediante distintas disposiciones o cuestiones abarcadas por la Convención, que incluyen la salud, la seguridad social y la discriminación. En 1995, el Comité aprobó su Observación general núm. 6 sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad, en que se especifican las obligaciones que corresponden en este ámbito a los Estados que son parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Más tarde, adoptó la Observación general núm. 14 de 2000 sobre el derecho a la salud, donde se reafirma la importancia de un enfoque integrado de salud que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación. Estas disposiciones deben basarse en evaluaciones periódicas para ambos sexos, medidas de rehabilitación física y psicológica destinadas a mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores y la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores y permitiéndoles morir con dignidad.

## **2. Las normas interamericanas de derechos humanos**

Los instrumentos esenciales de derechos humanos en el ámbito interamericano —la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y la Convención Americana sobre Derechos Humanos— no incorporan referencia alguna a los derechos de las personas de edad. No fue hasta 1988, con la aprobación del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador), que los derechos de las personas de edad se reconocieron explícitamente en este contexto, aunque limitados a la esfera del bienestar y las políticas asistenciales.

De conformidad con el artículo 17 del Protocolo, toda persona tiene derecho a una protección especial durante su ancianidad. Los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y, en particular, para:

- proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ellas y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas;
- ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades, respetando su vocación o deseos, y
- estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos.

Además, se ha identificado a las personas de edad como un grupo social que requiere protección especial en otros instrumentos de derechos humanos aprobados por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA), entre los cuales se cuentan la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), la Declaración de San Pedro Sula “Hacia una cultura de la no violencia” y la convenciones interamericanas sobre derecho internacional de familia. En la resolución de la Asamblea General de la OEA sobre la situación de los refugiados, repatriados y desplazados internos en las Américas también se



presta particular atención a sus derechos humanos, así como en el proyecto de Declaración americana sobre los derechos de los pueblos indígenas, actualmente en negociación (Rodríguez-Piñero, 2010).

### 3. Las políticas mundiales y regionales

#### a) Los principios de las Naciones Unidas

Además de las referencias concretas en los tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas, los derechos de las personas de edad han sido reconocidos en repetidas ocasiones por numerosas resoluciones de la Asamblea General. Estas disposiciones, agrupadas a menudo bajo la denominación de “derecho blando” (*soft law*), tienen evidentemente un valor jurídico distinto al de los tratados. Sin embargo, ello no significa que carezcan de relevancia en este ámbito. En la medida en que han sido aprobados por el órgano más representativo de las Naciones Unidas con el propósito de expresar las preocupaciones, compromisos y aspiraciones comunes de la comunidad internacional en relación con los derechos de las personas de edad, estos instrumentos deben considerarse un reflejo autorizado del consenso normativo emergente en torno a sus contenidos mínimos.

En 1991, la Asamblea General adoptó la resolución 46/91 sobre los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad en cinco temas: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad (Naciones Unidas, 1991). Pese a tener una correspondencia estrecha con los derechos reconocidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, estos principios no están redactados como derechos en sí. No obstante, la resolución fue una enorme contribución a la comprensión de los intereses y necesidades de las personas mayores (véase el cuadro V.1).

Cuadro V.1  
**PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS EN FAVOR DE LAS PERSONAS DE EDAD  
Y ASPECTOS RELACIONADOS**

| Principios       | Contenido   |
|------------------|---|
| Independencia    | Acceso a alojamiento adecuado, comida, agua, vivienda, vestido y atención de salud.<br>Realizar un trabajo remunerado.<br>Acceso a la educación y la información.   |
| Participación    | Ser incluido activamente en la formulación y aplicación de las políticas que afecten su bienestar.<br>Compartir conocimientos y aptitudes con las generaciones más jóvenes.<br>Fundar movimientos o formar asociaciones.                                |
| Cuidados         | Disfrutar de la atención familiar y contar con asistencia médica.<br>Tener garantizados los derechos humanos y libertades fundamentales cuando se encuentren en residencias o instituciones de cuidado y tratamiento.                                   |
| Autorrealización | Acceder a recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos.  |
| Dignidad         | Vivir dignamente y con seguridad.<br>No sufrir explotación y malos tratos físicos y mentales.<br>Ser tratadas decorosamente, con independencia de su edad, sexo, raza, etnia, discapacidad, situación socioeconómica o cualquier otra condición social. |

**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de Naciones Unidas, “Ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y actividades conexas”, resolución 46/91 de la Asamblea General, 16 de diciembre de 1991.

El contenido de los derechos de las personas de edad también se ha desarrollado en otras resoluciones de la Asamblea General, entre las cuales destacan la Proclamación sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas, el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión, las Reglas mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de la libertad (Reglas de Tokio), la Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (Rodríguez-Piñero, 2010).

#### **b) Planes de acción internacional sobre el envejecimiento**

En 1982, los Estados Miembros de las Naciones Unidas adoptaron el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento en la primera Asamblea Mundial sobre el tema, realizada en Austria. En este instrumento, los Estados asistentes reafirmaron “su convicción de que los derechos fundamentales e inalienables consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos se aplican plena e íntegramente a las personas de edad”. También reconocieron que “la calidad de vida no es menos importante que la longevidad y que, por consiguiente, las personas de edad deben, en la medida de lo posible, disfrutar en el seno de sus propias familias y comunidades de una vida plena, saludable y satisfactoria y ser estimados como parte integrante de la sociedad” (Naciones Unidas, 1982).

Veinte años después, los Estados Miembros adoptaron el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, efectuada en España. En este Plan se prestó especial atención a la situación de los países en desarrollo y se definieron como temas centrales:

- la realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas de edad, y
- la garantía de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores, así como de sus derechos civiles y políticos y la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación contra las personas de edad (Naciones Unidas, 2002).

La Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento contribuyeron también a aumentar el entendimiento respecto de los derechos de las personas mayores en el contexto de las políticas internacionales y nacionales. El seguimiento del Plan de Acción de Madrid, en que las comisiones regionales de las Naciones Unidas han desempeñado un papel fundamental, ha aportado además a la elaboración de recomendaciones sobre esos derechos.

#### **c) Las políticas regionales**

En el plano de la acción regional de las Naciones Unidas, los Estados miembros de la CEPAL adoptaron en 2003, durante la primera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento, la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, que fue ratificada mediante la resolución 604(XXX) del trigésimo período de sesiones de la Comisión (véase el cuadro V.2).

La Estrategia regional plantea como primer objetivo del área relacionada con las personas de edad y el desarrollo “promover los derechos humanos de las personas mayores” y recomienda la elaboración de

legislaciones específicas en que se definan y protejan estos derechos de conformidad con los estándares internacionales y la normativa aceptada por los Estados al respecto (CEPAL, 2004).

Cuadro V.2  
**PRINCIPALES RECOMENDACIONES DE LA ESTRATEGIA REGIONAL DE IMPLEMENTACIÓN  
 PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE DEL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID  
 SOBRE EL ENVEJECIMIENTO, 2003**

| Área                            | Recomendación  |
|---------------------------------|--|
| Personas de edad y desarrollo   | Protección de los derechos humanos.<br>Acceso a oportunidades de crédito.<br>Acceso a un empleo decente.<br>Aumento de la cobertura de las pensiones (contributivas y no contributivas).<br>Fomento de la participación de las personas mayores.   |
| Salud y bienestar en la vejez   | Acceso universal a los servicios de salud integral.<br>Promoción de conductas y ambientes saludables.<br>Regulación de los servicios de cuidado de largo plazo.<br>Formación de recursos humanos en geriatría y gerontología.<br>Seguimiento del estado de salud de la población adulta mayor. |
| Entornos propicios y favorables | Accesibilidad del entorno físico.<br>Sostenibilidad y adecuación de los sistemas de apoyo.<br>Promoción de una imagen positiva de la vejez y el envejecimiento.  |

**Fuente:** Dirk Jaspers, “Informe sobre la aplicación de la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento”, segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, Brasilia, 4 a 6 de diciembre de 2007.

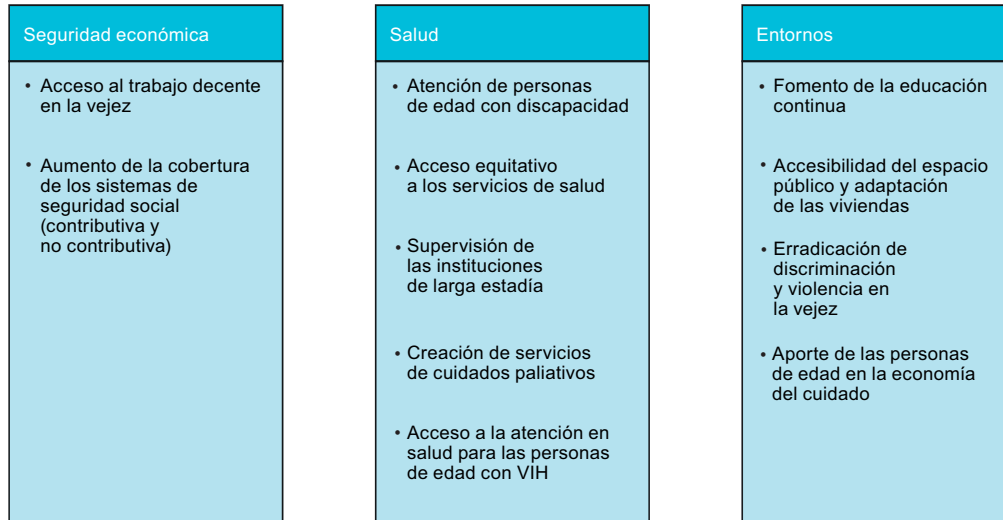
En 2007, la CEPAL organizó la segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, celebrada en Brasilia del 4 al 6 de diciembre. En esa oportunidad los países adoptaron la Declaración de Brasilia, que reafirma el compromiso de los Estados Miembros de “no escatimar esfuerzos para promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas de edad, trabajar en la erradicación de todas las formas de discriminación y violencia y crear redes de protección de las personas de edad para hacer efectivos sus derechos” (CEPAL, 2008a). Asimismo, en los párrafos 25 y 26 de la Declaración se comprometieron a:

- solicitar a los países miembros del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas que evalúen la posibilidad de designar un relator especial encargado de velar por la promoción y protección de los derechos humanos de las personas de edad, y
- realizar las consultas pertinentes con los gobiernos para impulsar la elaboración de una convención sobre los derechos humanos de las personas de edad en el seno de las Naciones Unidas (CEPAL, 2008a).

La Declaración incorpora también recomendaciones específicas en los ámbitos de seguridad económica, salud y entornos (véase el diagrama V.1). Su importancia fue reafirmada en la resolución 644(XXXII) del trigésimo segundo período de sesiones de la CEPAL, realizado en Santo Domingo, en junio de 2008 (CEPAL, 2008b)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Otro aporte de importancia ha sido el de la Organización Mundial de la Salud (OMS) mediante la política de envejecimiento activo adoptada en 2002, en virtud de la cual hace operativos los Principios de las Naciones

Diagrama V.1  
**DECLARACIÓN DE BRASILIA: PRINCIPALES RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN**



**Fuente:** José Luis Machinea, “Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe: Hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos”, 46º período de sesiones de la Comisión de Desarrollo Social, Nueva York, 2008.

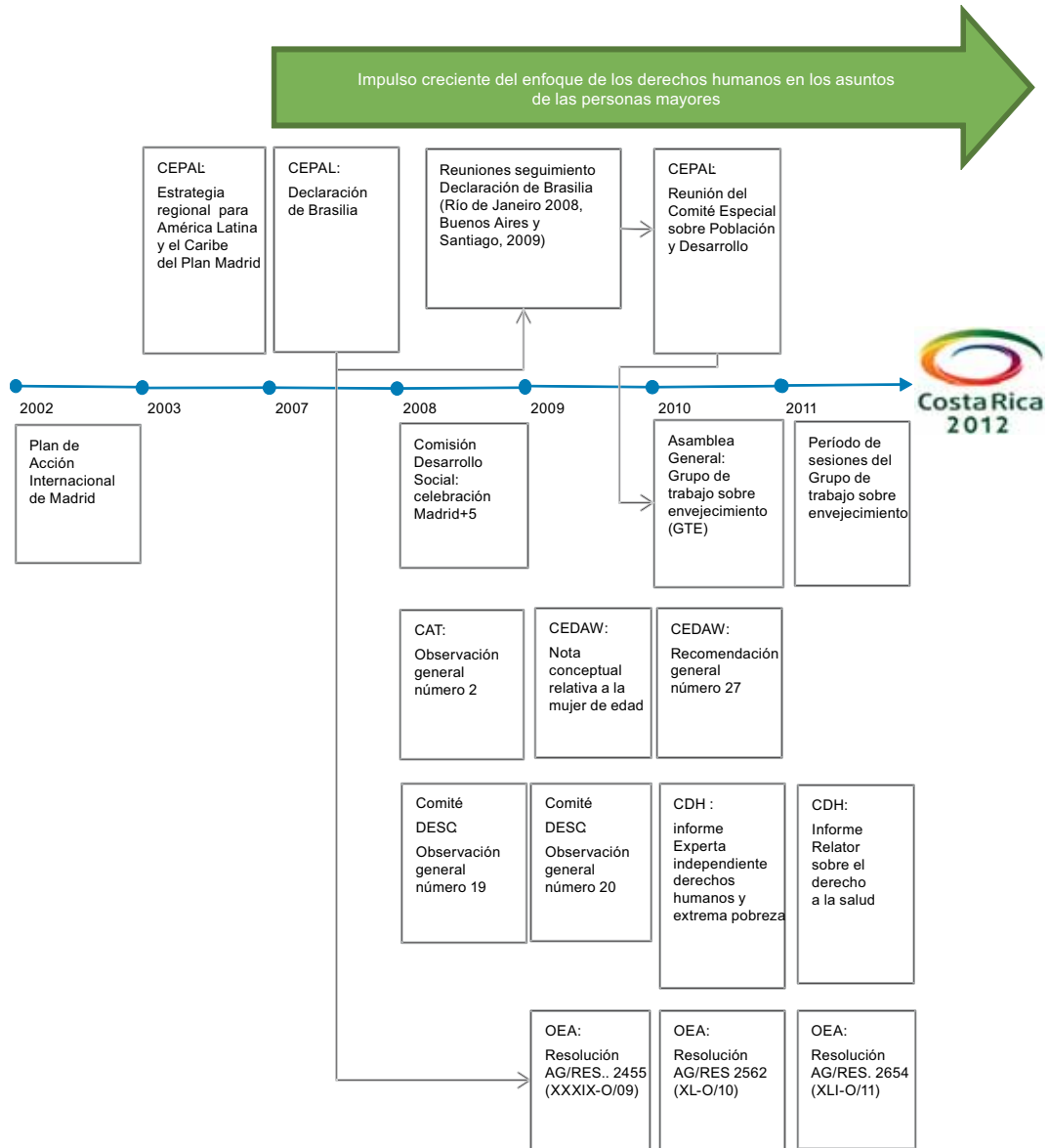
**B. 2007 EN ADELANTE: EL CRECIENTE IMPULSO DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES**

Desde la aprobación de la Declaración de Brasilia, los derechos de las personas mayores han ocupado progresivamente un lugar cada vez más destacado en la agenda del desarrollo social y los derechos humanos. Prueba de ello es la labor realizada por la Comisión de Desarrollo Social —que tiene a su cargo el seguimiento mundial del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento—, el trabajo que han efectuado los comités de los tratados y el Consejo de Derechos Humanos —los primeros mediante sus observaciones generales y el segundo por medio de mandatos específicos propuestos a los procedimientos especiales—, las resoluciones adoptadas en el marco de la Organización de los Estados Americanos (OEA) con la finalidad de proteger los derechos de las personas mayores e impulsar una convención interamericana con ese propósito y, por supuesto, la creación del Grupo de Trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento de las Naciones Unidas (véase el diagrama V.2).

---

Unidas en favor de las Personas de Edad en el contexto de las políticas de salud públicas y privadas (OMS, 2002). Este ejemplo fue seguido el mismo año por su organización homóloga a nivel interamericano, la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ambas organizaciones han participado en la elaboración de recomendaciones sobre cuestiones de particular interés para la salud de las personas de edad desde la perspectiva de los derechos humanos, como asimismo, acompañando otras iniciativas similares. En 1993 apoyaron la aprobación de la Carta del Caribe sobre la Salud y el Envejecimiento por parte de los Jefes de Estado y de Gobierno de la Comunidad del Caribe (CARICOM). En 2002, la OMS promovió la aprobación de la Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores, y en 2009, esta cuestión fue considerada por la OPS en el Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable (OPS, 2009).

Diagrama V.2  
**AVANCES INTERNACIONALES SOBRE APLICACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS A LOS ASUNTOS DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL MARCO DE LAS NACIONES UNIDAS**



**Fuente:** Elaboración propia.

**Nota:** CAT = Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; CEDAW = Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer; DESC = Derechos Económicos, Sociales y Culturales; CDH = Comité de Derechos Humanos; OEA = Organización de los Estados Americanos.

## 1. La contribución de los comités de los tratados

Con posterioridad a 2007, los comités de los tratados han efectuado un amplio trabajo para contribuir a la comprensión de los derechos de las personas mayores. Es lo que sucede, por ejemplo, con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que ha desarrollado en mayor medida el contenido de esos derechos mediante distintas disposiciones o cuestiones abarcadas por la convención.

En el último bienio, el Comité ha contribuido por medio de dos observaciones. En la Observación general núm. 19 de 2008 sobre el derecho a la seguridad social, se centra en el contenido normativo de este derecho, las obligaciones de los Estados, las violaciones y su aplicación en el plano nacional. En la Observación general núm. 20 de 2009 sobre la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, aclara la interpretación del artículo 2.2 del Pacto, incluidos el alcance de las obligaciones de los Estados, los motivos prohibidos de discriminación y su aplicación en el ámbito nacional.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer también ha prestado particular atención a la situación de las mujeres de edad en sus observaciones finales sobre determinados Estados partes, tratando cuestiones como la violencia contra ellas, la educación, el analfabetismo y el acceso a las prestaciones sociales. Luego de la nota conceptual relativa a la mujer de edad y la protección de sus derechos humanos elaborada en 2009<sup>2</sup> —en que reconoce que los cambios en la estructura etaria de la población tienen profundas consecuencias en los derechos humanos y aumentan la necesidad de solucionar el problema de discriminación que sufre la mujer mayor—, el Comité adoptó la Recomendación general núm. 27 de 2010 cuyo propósito fue identificar las múltiples formas de discriminación que sufren las mujeres mayores y entregar lineamientos acerca de las obligaciones de los Estados partes de la Convención. También se incluyeron recomendaciones en materia de políticas, que apuntan a integrar sus preocupaciones en las estrategias nacionales y las iniciativas de desarrollo y de acción positiva, para que puedan participar plenamente, sin discriminación y en pie de igualdad con los hombres. Junto con ello, se entregó una guía para incluir la situación de las mujeres de edad en los informes que presentan los Estados partes de la Convención.

Por último, otro comité que ha abordado la cuestión de las personas mayores es el de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (CAT), que en la Observación general núm. 2 de 2008 estableció la protección de ciertas personas o grupos que corren mayor peligro de ser torturadas o recibir malos tratos, dentro de los cuales se incluye a las personas de edad. Asimismo, se hizo una notable contribución a la comprensión de los malos tratos y su relación con las prácticas de tortura<sup>3</sup>.

## 2. El aporte de los procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos

Los expertos independientes y los relatores forman parte del sistema de procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos. Se trata de mecanismos “no convencionales” —en el sentido de que no son establecidos por convenciones, sino mediante resoluciones de los órganos políticos de las Naciones Unidas—, integrados por expertos o expertas que actúan a título independiente y que reportan periódicamente sus actividades ante el Consejo (Rodríguez-Piñero, 2010).

---

<sup>2</sup> Véase [en línea] [http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/AdvanceVersions/CEDAW\\_%20C\\_2009\\_II\\_WP1\\_sp.pdf](http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/AdvanceVersions/CEDAW_%20C_2009_II_WP1_sp.pdf).

<sup>3</sup> Véase [en línea] <http://www.unhcr.org/cgi-bin/txis/vtx/refworld/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=47bee7f62>.

En 2010, la experta independiente encargada de la cuestión de los derechos humanos y la extrema pobreza presentó su informe de conformidad con la resolución 8/11 del Consejo de Derechos Humanos, centrado en las pensiones no contributivas<sup>4</sup>. En el documento hizo hincapié en que, frente a la vulnerabilidad de las personas de edad, los Estados deben tomar medidas apropiadas para establecer planes de seguridad social que proporcionen prestaciones a todas las personas mayores sin discriminación alguna y que garanticen la igualdad de derechos de hombres y mujeres. El informe contiene recomendaciones para que las pensiones no contributivas cumplan con las normas básicas de derechos humanos<sup>5</sup>.

En 2011, el estudio temático sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores realizado por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental se concentró en las personas de edad, de conformidad con la resolución 15/22 del Consejo de Derechos Humanos<sup>6</sup>. En este documento se plantea que la sociedad debe dejar de aspirar exclusivamente a que los ciudadanos envejeczan de manera saludable y comenzar a promover su plena inclusión y desarrollo como titulares de derechos. El informe subraya que el enfoque de derechos humanos es el adecuado para implementar acciones de salud orientadas a las personas mayores y ofrece recomendaciones al respecto<sup>7</sup>.

### **3. El grupo de trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento de las Naciones Unidas**

El grupo de trabajo de composición abierta de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento fue establecido por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 65/182 de 21 de diciembre de 2010<sup>8</sup>, con el propósito de aumentar la protección de los derechos humanos de las personas de edad mediante un examen del marco internacional vigente en esta materia que permita determinar sus posibles deficiencias y la mejor forma de subsanarlas, incluso estudiando la viabilidad de crear nuevos instrumentos y medidas cuando corresponda.

Durante 2011, el Grupo llevó a cabo dos sesiones de trabajo. La primera, efectuada del 18 al 21 de abril, se centró en la situación de los derechos de las personas mayores en el mundo e incluyó una discusión sobre la estructura internacional y regional para su protección. En la segunda, realizada del 1 al 4 de agosto, se analizó el escenario de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad, considerando además la discriminación múltiple, la violencia y el abuso en la vejez. En ambas ocasiones, el debate permitió identificar las posibles brechas de protección y las formas de superarlas.

El intercambio y análisis desarrollados en ambas sesiones de trabajo dejaron en evidencia, por una parte, la necesidad de fortalecer el uso de los instrumentos existentes para proteger los derechos de las personas mayores y, por otra, de establecer un vínculo entre el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y el enfoque de los derechos humanos. Además, los países de la región abogaron por la creación de un instrumento internacional jurídicamente vinculante de derechos humanos (una convención) a fin de abordar las brechas normativas, así como por el establecimiento de un nuevo mandato para nombrar un experto independiente o un relator especial.

---

<sup>4</sup> Véase [en línea] [http://ap.ohchr.org/documents/S/HRC/resolutions/A\\_HRC\\_RES\\_8\\_11.doc](http://ap.ohchr.org/documents/S/HRC/resolutions/A_HRC_RES_8_11.doc).

<sup>5</sup> Véase [en línea] [http://www.ohchr.org/Documents/Issues/EPoverty/A.HRC.14.31\\_sp.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/EPoverty/A.HRC.14.31_sp.pdf).

<sup>6</sup> Véase [en línea] [http://www2.ohchr.org/english/issues/health/olderpersons/docs/A\\_HRC\\_RES\\_15\\_22\\_S.pdf](http://www2.ohchr.org/english/issues/health/olderpersons/docs/A_HRC_RES_15_22_S.pdf).

<sup>7</sup> Véase [en línea] [http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/18session/A-HRC-18-37\\_sp.pdf](http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/18session/A-HRC-18-37_sp.pdf).

<sup>8</sup> Véase [en línea] <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/RES/65/182>.



En el informe que el Secretario General de las Naciones Unidas presentó en el sexagésimo sexto período de sesiones, destacó la contribución del grupo de trabajo y lo instó a continuar su labor para analizar las formas de hacer frente a las deficiencias de protección y a seguir examinando la viabilidad de otros instrumentos y medidas, todo ello con carácter prioritario<sup>9</sup>.

#### **4. El grupo de trabajo de la Organización de los Estados Americanos**

El compromiso de realizar esfuerzos encaminados a aprobar una convención internacional sobre los derechos de las personas mayores se complementa con una iniciativa en el mismo sentido que se encuentra en curso en el sistema regional interamericano.

Específicamente, en mayo de 2009 la Asamblea General de la OEA aprobó una resolución sobre derechos humanos y personas adultas mayores en que solicitaba al Consejo Permanente que convocara una reunión de expertos a fin de “examinar la viabilidad de elaborar una convención interamericana sobre los derechos de las personas adultas mayores” (OEA, 2009). Esta petición fue reiterada en 2010 por medio de la resolución AG/RES 2562 (XL-O/10) y, el 28 de octubre de este mismo año, se realizó una reunión de representantes de los Estados miembros de la OEA en que expertos en el tema de los derechos humanos y las personas mayores se congregaron en la sede principal del órgano hemisférico en Washington, D.C., para discutir la posibilidad de elaborar una convención que proteja y promueva estos derechos.

En 2010, por medio de la resolución AG/RES 2654 (XLI-O/11) “Derechos Humanos y Personas Mayores”, la Asamblea General resolvió solicitar al Consejo Permanente que establezca un grupo de trabajo conformado por representantes nacionales y expertos provenientes del sector académico y de la sociedad civil, así como de organismos internacionales y agencias especializadas. El objetivo de este grupo es realizar un diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos de las personas mayores y actualmente está trabajando en la elaboración de un proyecto de convención interamericana.

### **C. AVANCES EN LOS PROCESOS DE ADECUACIÓN LEGISLATIVA EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

#### **1. La protección constitucional de los derechos de las personas mayores**

La titularidad de los derechos tiene como referente normativo los acuerdos y normas internacionales sobre derechos humanos, sin embargo, la Constitución de cada país es la que establece la jerarquía de dichos tratados dentro del ordenamiento jurídico interno (CEPAL, 2006). En general, los derechos reconocidos en los tratados internacionales se traducen en los textos constitucionales mediante su interpretación o incorporación explícita. La constitucionalización de los derechos de las personas mayores significa, por lo tanto, que el ordenamiento jurídico, las políticas públicas, su institucionalidad y los actos de las autoridades de gobierno deberían ajustarse y ser compatibles con ellos.

---

<sup>9</sup> Véase [en línea] <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/66/173>.



Si bien todos los derechos y garantías reconocidos en los textos constitucionales son, por supuesto, aplicables a las personas mayores, existen casos en que los derechos de este grupo social se reconocen taxativamente. En las cartas constitucionales de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Costa Rica, Colombia, Honduras, Nicaragua, Panamá, el Paraguay, la República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de) se establece expresamente que las personas mayores tienen derecho a una protección especial del Estado. Asimismo, junto con Guatemala, estos Estados garantizan la protección integral de las personas mayores, reconociendo algunos derechos económicos y sociales que van desde la atención en salud, alimentación, condiciones de vida digna y vivienda hasta el concepto más general de Estado de bienestar. En todos ellos existe una obligación positiva que implica adoptar políticas o programas para el efectivo ejercicio de los derechos, con el deber del Estado de impulsarlos e implementarlos. En otros casos, los Estados se obligan a adoptar medidas legislativas para la protección de las personas mayores; en la Argentina, por ejemplo, se dispone el deber de legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato de las personas mayores, así como el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por los tratados internacionales.

A lo anterior se suma la protección de algunos derechos económicos, sociales y culturales, como por ejemplo el derecho a la seguridad social, presente en todas las constituciones analizadas, aunque el alcance de las disposiciones varía de un país a otro. En la Constitución brasileña se garantiza expresamente un salario mínimo a la persona mayor que lo necesite, con independencia de su contribución a la seguridad social; en la de Colombia se establece que el Estado garantizará un subsidio alimentario en la vejez en caso de indigencia, y el texto constitucional cubano prevé de forma explícita la asistencia social a los ancianos sin recursos ni amparo.

En la Constitución del Brasil se identifica a las personas mayores como un grupo vulnerable, otorgándole prioridad de atención, además de establecerse su obligatoriedad en caso de violencia doméstica. En las cartas constitucionales del Brasil y México se condena la discriminación por edad en general, mientras que en las de Panamá, el Paraguay y Venezuela (República Bolivariana de) se la prohíbe en el ámbito laboral. Por último, el derecho a la participación e integración de las personas mayores en la vida de la comunidad es acogido expresamente en los casos colombiano y brasileño.

Del reconocimiento constitucional explícito de los derechos de las personas mayores se derivan, por lo tanto, obligaciones para el efectivo cumplimiento de parte de los poderes instituidos. Si bien sería deseable la adopción de leyes específicas, la presencia de esos derechos en el texto constitucional los hace operativos y, por ende, tienen una aplicabilidad directa y vinculan a todos los poderes públicos, impidiéndoles que los violen por acción u omisión.

Una muestra de cómo el envejecimiento ha ido constituyéndose en un asunto cada vez más importante en la región está representado por las constituciones de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Ecuador y la República Dominicana, recientemente aprobadas, las que tienen un desarrollo mucho más amplio de los derechos de las personas mayores (véase el recuadro V.1).

## Recuadro V.1

**LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES EN LAS CONSTITUCIONES DEL ECUADOR, BOLIVIA (ESTADO PLURINACIONAL DE) Y LA REPÚBLICA DOMINICANA**

En las nuevas constituciones del Ecuador, Bolivia (Estado Plurinacional de) y la República Dominicana, adoptadas en 2008, 2009 y 2010, respectivamente, se han incorporado de manera mucho más extendida los derechos de las personas mayores.

La Constitución Política de Bolivia (Estado Plurinacional de), por ejemplo, establece en su quinto capítulo, sobre derechos sociales y económicos, que todas las personas mayores tienen derecho a una vejez digna, con calidad y calidez humana, y que el Estado proveerá una renta vitalicia de vejez en el marco del sistema de seguridad social integral de acuerdo con la ley.

Junto con ello, el Estado deberá adoptar políticas públicas para la protección, atención, recreación, descanso y ocupación social de las personas mayores, según sus capacidades y posibilidades; además, se prohíbe y sanciona toda forma de maltrato, abandono, violencia y discriminación contra las personas de edad.

La Constitución del Ecuador, en tanto, establece en su artículo 36 que las personas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de la inclusión social y económica y la protección contra la violencia.

Asimismo, el Estado se obliga a garantizar a las personas de edad la atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas; el trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomarán en cuenta sus limitaciones; la jubilación universal, y el acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento. También se les deberá brindar atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias, así como protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas, entre otros varios beneficios y garantías.

Por su parte, la Constitución de la República Dominicana, en el artículo 57 sobre protección de las personas de la tercera edad, establece que la familia, la sociedad y el Estado concurrirán para la protección y la asistencia de las personas mayores y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria, y que el Estado garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.

**Fuente:** Asamblea Constituyente, *Constitución política de la República del Ecuador*, Quito, 2008; Asamblea Constituyente, *Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia*, 2009; Asamblea Nacional, *Constitución de la República Dominicana*, Gaceta Oficial N° 10561, del 26 de enero de 2010.

## 2. Leyes especiales de protección de los derechos en la vejez

Para promover el enfoque de los derechos humanos en los asuntos de las personas mayores, los Estados deben crear las condiciones jurídicas, políticas, económicas, sociales y culturales que permitan su pleno desarrollo. Esto significa no solo que un Estado debe abstenerse de interferir en el ejercicio de los derechos individuales, sino además que debería realizar acciones positivas, es decir, adoptar medidas administrativas, legislativas y financieras para que el ejercicio de esos derechos no sea ilusorio. Respecto de las medidas legislativas, los Estados pueden reconocer algunos derechos de las personas mayores al incluirlos en leyes generales o sectoriales —como ocurre en el caso argentino (Roqué, 2010)— o crear normas que los protejan específicamente.

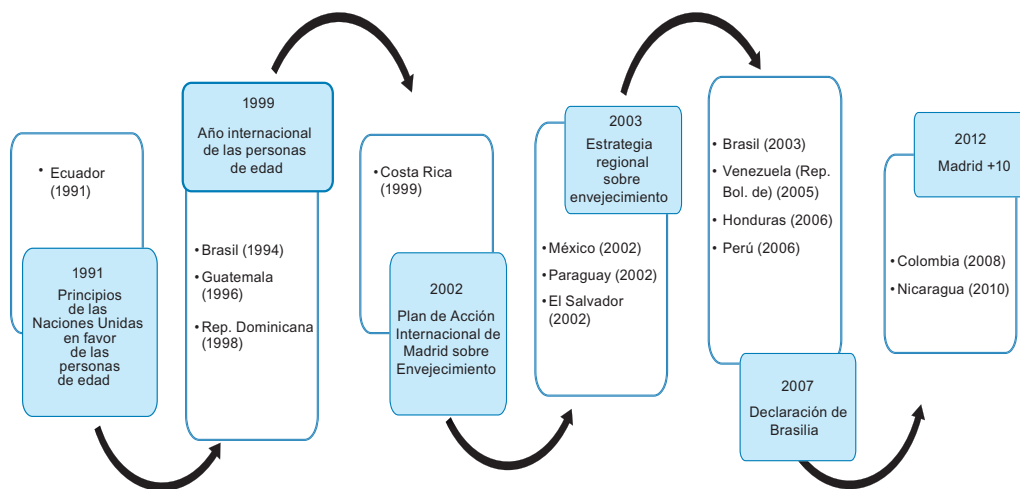
Las primeras legislaciones destinadas a las personas mayores en la región datan de inicios de la década de 1990 y cada vez hay mayor número de países que han considerado necesario establecer un marco jurídico específico para proteger los derechos de las personas de edad, para regular la atención integral de este grupo social, o ambos propósitos (véase el diagrama V.3).

Trece países latinoamericanos cuentan con una norma específica en la materia (Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de)). En otros, el proceso de legislar está en marcha. Por

ejemplo, en Bolivia (Estado Plurinacional de) existe un anteproyecto de ley de derechos de las personas mayores, y en Chile, la Cámara de Diputados solicitó al poder ejecutivo, por medio de un proyecto de acuerdo aprobado por unanimidad en julio de 2010, que envíe al Congreso un proyecto de ley integral sobre los derechos de las personas de edad. En la Argentina, se está trabajando en una ley de protección integral de los derechos de las personas mayores (Roqué, 2010), al igual que en Panamá (MIDES, 2010).

Estas leyes tienen un enorme valor a escala nacional, y por cierto regional, porque son el primer intento por estandarizar los derechos y sus contenidos, lo que las convierte en herramientas útiles para hacer efectiva la protección constitucional. De acuerdo con los antecedentes recopilados, las leyes existentes son parte de una primera generación de normas dirigidas a las personas mayores, que seguramente se perfeccionarán a medida que haya más avances internacionales y regionales que promuevan la protección de los derechos en la vejez.

Diagrama V.3  
AMÉRICA LATINA: CRONOLOGÍA DE APROBACIÓN DE LAS LEYES DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES



**Fuente:** S. Huenchuan y L. Rodríguez-Piñero, “Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección”, *Documentos de proyecto*, N° 353 (LC/W.353) Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2010.

### 3. La esencia y estructura de los derechos en la vejez en el derecho interno

Como se aprecia en el cuadro V.1, los 13 países que cuentan con leyes especiales han hecho un amplio esfuerzo de conceptualización de los derechos de las personas mayores. La no discriminación por edad es uno de los ejes transversales de la mayoría de las normas vigentes. En prácticamente todos los países —Brasil, Colombia, El Salvador, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de)—, con independencia de la etapa del envejecimiento en que se encuentren, se reconoce que la edad de la vejez es una fuente de conculcación de derechos y se establecen medidas específicas para prevenir o sancionar la discriminación fundada en este motivo.

## Cuadro V.3

## AMÉRICA LATINA: DERECHOS PROTEGIDOS EN LAS NORMAS NACIONALES DEDICADAS A LAS PERSONAS MAYORES

| País y año de la norma                      | Derecho                                |   |   |  |                                      | Derecho a la salud física y psíquica | Derecho a la educación y a la cultura | Derecho a la vivienda y a un entorno saludable | Derecho al trabajo | Derecho a la seguridad social | Derechos y libertades fundamentales de las personas que viven en instituciones de cuidado | Derechos de las personas mayores en situación de detención o prisión |
|---|--|---|---|--|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--|--------------------|-------------------------------|---|--|
|   | Derecho a la vida y a una muerte digna | Derecho a la integridad física, psíquica y emocional y a un trato digno | Derecho a participar en la vida social, cultural y política de la comunidad | Derecho a un nivel de vida adecuado y a los servicios sociales | Derecho a la salud física y psíquica |                                      |                                       |  |                    |                               |   |  |
| Brasil (2003)                               | x                                      | x   | x   | x  | x                                    | x                                    | x                                     | x  | x                  | x                             |   |  |
| Colombia (2008)                             | x                                      | x   | x   | x  | x                                    | x                                    | x                                     | x  | x                  |                               |   |  |
| Costa Rica (1999)                           |  | x   | x   | x  | x                                    | x                                    | x                                     | x  | x                  | x                             |   |  |
| Ecuador (2001)                              |  |   |   | x  |                                      |                                      |                                       | x  |                    |                               |   |  |
| El Salvador (2002)                          | x                                      | x   | x   |  | x                                    | x                                    | x                                     | x  |                    | x                             |   |  |
| Guatemala (1996)                            |  |   | x   | x  | x                                    | x                                    | x                                     |  | x                  |                               |   |  |
| Honduras (2007)                             | x                                      | x   | x   | x  | x                                    | x                                    |                                       |  | x                  |                               |   |  |
| México (2002)                               | x                                      | x   | x   | x  | x                                    | x                                    | x                                     | x  | x                  | x                             |   |  |
| Nicaragua (2010)                            | x                                      | x   | x   | x  | x                                    | x                                    | x                                     | x  | x                  |                               |   |  |
| Paraguay (2002)                             | x                                      |   |   | x  | x                                    | x                                    | x                                     | x  | x                  |                               |   |  |
| Perú (2006)                                 | x                                      | x   | x   | x  | x                                    | x                                    | x                                     |  |                    |                               |   | x  |
| República Dominicana (1998)                 | x                                      | x   | x   | x  | x                                    | x                                    | x                                     | x  | x                  |                               | x   | x  |
| Venezuela (República Bolivariana de) (2005) | x                                      |   | x   | x  | x                                    | x                                    | x                                     | x  | x                  |                               | x   |  |

**Fuente:** Sandra Huenchuan y Luis Rodríguez-Piñero, "Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección", *Documento de proyecto*, N° 353 (LC/W.353), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2010.

El derecho a la salud también está protegido en casi toda la legislación existente. Algo similar ocurre con el derecho a la educación y la cultura. En relación con el trabajo, la mayoría de las normas establecen el derecho al ejercicio de la actividad profesional, respetando las condiciones físicas, intelectuales y psíquicas de las personas mayores. Los derechos de las personas que viven en instituciones de cuidado de largo plazo, que también suelen ser objeto de normas particulares, tienen un capítulo especial en algunas de las leyes analizadas.

Este proceso de elaboración de normas —junto con la jurisprudencia de varios Estados— revela la emergencia de nuevos entendimientos y consensos en torno a los derechos de las personas de edad. No obstante, todavía hay muchos aspectos de su vida, incluidos ámbitos particularmente sensibles a la violación de los derechos humanos en la vejez, que se encuentran totalmente desprotegidos. Se requiere aquí un proceso más acabado de discusión, análisis y propuesta para continuar profundizando en la especificación de los derechos de las personas de edad y en la consideración de grupos particulares de la población adulta mayor: ancianos indígenas, mujeres mayores, personas de edad en situación de prisión, entre otros.

#### Recuadro V.2

#### **LEYES NACIONALES ORIENTADAS A LAS PERSONAS MAYORES EN CHINA, DINAMARCA Y LOS ESTADOS UNIDOS**

Existen distintas leyes de protección para las personas mayores en China, Dinamarca y los Estados Unidos que varían en términos de objetivos, enfoques y rigurosidad. Estas disposiciones muestran las grandes diferencias en los sistemas políticos y sociales de los países citados.

La Ley sobre la protección de los derechos e intereses de las personas mayores de la República Popular China (*Law of the People's Republic of China on Protection of the Rights and Interests of the Elderly*), de 1996, se centra en la idea de respeto por las personas mayores debido a su aporte a la sociedad. Esto contrasta con la experiencia de Dinamarca en la ley danesa consolidada sobre servicios sociales (*Danish Consolidation Act on Social Services*), de 2008. Aunque en esta última existe un respeto inherente por ellas, se hace hincapié en la protección de las personas de edad mediante el fomento de sus capacidades de independencia, la facilitación de su vida cotidiana y el mejoramiento de su calidad de vida, por medio de una red de asistencia social. En los Estados Unidos, la Ley de los estadounidenses mayores (*Older Americans Act*) de 1965, enmendada en 2006, garantiza las protecciones establecidas en las leyes anteriores, pero también establece ayudas especiales para las personas mayores indígenas. La Ley de discriminación por razón de la edad en el empleo (*Age Discrimination in Employment Act*) de 1967, enmendada en 1990, prohíbe explícitamente la discriminación por motivos de edad e instituye sanciones legales y medidas de compensación al respecto.

En China, la ley citada no es tanto un documento con fuerza legal, sino que establece las responsabilidades de cada parte y las sanciones son “críticas” que deben corregirse. La carga de responsabilidad de las personas mayores recae en los familiares, sin mencionar el derecho de este grupo social a tomar sus propias decisiones. El documento solo fomenta el mejoramiento de la cobertura de previsión de seguridad social y de salud, el empleo y la participación de las personas de edad en la sociedad. Aunque la ejecución de programas se define como una responsabilidad a nivel nacional, regional y municipal, la toma de decisiones empieza y termina al nivel nacional, mostrando un alto grado de centralización.

En los Estados Unidos, la Ley de los estadounidenses mayores establece que los organismos nacionales (con sus unidades estatales y municipales) son responsables de llevar a cabo los servicios en ella delineados. La ley de Dinamarca también descentraliza la toma de decisiones y además fomenta la participación activa en la creación, manejo y uso de los servicios e instalaciones previstos en esta disposición legal. En ambos países, la protección de los derechos de las personas mayores encabeza el derecho de consentimiento y asistencia legal.

Las leyes de protección de las personas mayores de Dinamarca y los Estados Unidos, en comparación con la de China, generalmente ponen más énfasis en los derechos y obligaciones.

**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de las leyes mencionadas.

Por otra parte, pese a la amplitud de ámbitos normados, la esencia y estructura de los derechos de las personas mayores es todavía un área de discusión. Por ejemplo, el derecho a la salud, a un nivel de vida adecuado o al trabajo no tiene el mismo significado en un país que en otro. La falta de homogeneidad conduce a que los Estados, en mayor o menor medida, se aparten de los estándares mínimos universales de derechos humanos. En este marco, mientras no se cuente con un instrumento jurídicamente vinculante, urge adecuar las legislaciones a la norma de los tratados existentes, a la interpretación de los órganos de supervisión y, sobre todo, a las políticas mundiales y regionales a favor de las personas mayores.

## **D. LAS GARANTÍAS PARA HACER EFECTIVOS LOS DERECHOS EN LA VEJEZ**

Los derechos pueden ser tutelados en las constituciones y en un marco legislativo específico, pero ese reconocimiento no basta para que sean efectivos. Por ello, es imprescindible contar con mecanismos especiales de protección —garantías— para que sus destinatarios puedan satisfacer realmente la necesidad o el interés protegido (Wilhelmi y Pisarello, 2008). Las formas de garantía pueden distinguirse de acuerdo con el sujeto o los sujetos que offician como actores principales del resguardo del derecho (Abramovich y Courtis, 2006). Por una parte están las garantías institucionales y, por otra, las garantías ciudadanas.

### **1. Las garantías institucionales**

Las garantías institucionales son los mecanismos de protección y tutela de los derechos encomendados a órganos como el gobierno, el legislador, el administrador o los jueces. Para su análisis, pueden dividirse en garantías políticas y jurisdiccionales. Las primeras corresponden a aquellas vías de tutela cuya implementación se asigna al poder legislativo —ordinario o constitucional—, al gobierno o a la administración pública, mientras que las segundas se confían a tribunales ordinarios o especiales como los tribunales constitucionales (Wilhelmi y Pisarello, 2008).

#### **a) Garantías políticas**

Como se dijo anteriormente, en 14 países la garantía primaria de los derechos de las personas mayores está expresada en la decisión del legislador de incluirlos en la norma de más valor dentro del ordenamiento jurídico nacional, es decir, la Constitución. Se trata de un contenido mínimo o esencial que se complementa con un desarrollo posterior por medio de una legislación específica. No obstante, aunque la importancia de este tipo de garantía está fuera de toda duda, es indiscutible que confiar el cumplimiento de los derechos a su mera existencia dentro de una norma no asegura su realización (Wilhelmi y Pisarello, 2008).

En algunos países, esta constatación ha llevado al legislador a establecer claramente dentro de la norma los mecanismos que deben implementar los poderes públicos para proteger los derechos de las personas mayores. Por ejemplo, los artículos 12 al 15 de la ley costarricense sobre el tema establecen los deberes del Estado, las instituciones, las organizaciones sociales y la familia para el cumplimiento de ella. Específicamente, en el artículo 12 se indica que “el Estado deberá garantizar las condiciones óptimas de salud, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores”. Este desarrollo se profundiza para cada uno de los derechos contemplados en esta disposición legal.

En la República Dominicana, la ley también establece los deberes de cada una de las secretarías del Estado y otros órganos del poder ejecutivo, agregando en el mismo nivel al sector privado no



gubernamental e incluso a la familia. En México, la legislación establece de manera pormenorizada las garantías que las distintas Secretarías de Estado deben cumplir respecto de las personas mayores.

En Guatemala, la ley igualmente establece determinadas obligaciones para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las universidades, el Ministerio de Trabajo y Previsión Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, entre otros organismos, aunque centra la responsabilidad principal en el Comité Nacional de Protección a la Vejez (CONAPROV), adscrito en la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP).

En Costa Rica, México y la República Dominicana, las instituciones que crea la ley —el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), respectivamente— también comparten el hecho de tener deberes específicos respecto del cumplimiento de la normativa, pero no son exclusivos y, como se dijo en los párrafos anteriores, se extienden de manera expresa a otros órganos del Estado.

En los demás países estudiados, las garantías políticas se concentran casi exclusivamente en la institución creada por medio de una ley específica. De este modo, por ejemplo, en Honduras recaen en la Dirección General del Adulto Mayor (DIGAM), adscrita a la Secretaría de Gobernación y Justicia y que tiene el propósito de garantizar la finalidad y objetivos de la norma. En Nicaragua, el Consejo Nacional del Adulto Mayor (CONAM), perteneciente al Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez, es el que tiene que velar por el cumplimiento no solo de la ley 720, sino además por el de todas las declaraciones, convenios, leyes, reglamentos y demás disposiciones conexas relativas a los derechos de las personas mayores.

Otra garantía que comparten todas las leyes nacionales es la de atención preferencial. En el Brasil, la ley 10.741 otorga garantía de prioridad a las personas mayores, lo que abarca la atención preferente ante los organismos públicos y privados prestadores de servicios, la preferencia en la formulación y ejecución de las políticas sociales, la destinación privilegiada de recursos públicos en la áreas relacionadas con la protección de este grupo social y la seguridad de acceso a los servicios y atención de salud, entre otros. Costa Rica cuenta igualmente con una amplia definición de atención preferencial en la norma pertinente. En cumplimiento de ella, la Sala Constitucional de Costa Rica ha acogido algunos recursos de amparo para hacer efectiva esa atención<sup>10</sup>.

Por último, una de las garantías que con frecuencia es omitida u olvidada en las legislaciones es la provisión y aseguramiento de partidas presupuestarias que permitan satisfacer los derechos de las personas mayores. Ningún servicio destinado al cumplimiento de los derechos sociales —educación, salud, vivienda y seguridad social, entre otros— puede funcionar sin partidas presupuestarias adecuadas (Abramovich y Curtis, 2006). Es por ello que en algunas de las leyes analizadas se han incorporado disposiciones para asegurar el financiamiento apropiado, mientras que en otras el tema está completamente acotado (véase el recuadro V.3).

---

<sup>10</sup> Es el caso de la sentencia 11.170 de 8 de octubre de 2004, fallada a favor del recurrente, entre otras razones porque no respetar la atención preferencial de las personas mayores “tiene consecuencias constitucionales, es decir se lesiona con tal omisión el Derecho de la Constitución, concretamente el régimen de derechos fundamentales”. El fallo impuso al demandado —que en este caso era un organismo de Estado— “que debe tomar las medidas necesarias para garantizar a las personas mayores el acceso con preferencia, para atender sus gestiones y trámites” (Costa Rica, Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, 2004).

Recuadro V.3  
**EL PRESUPUESTO Y LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS EN LA VEJEZ**

El presupuesto es un asunto fundamental para avanzar en el cumplimiento de los derechos de las personas mayores, ya que las prerrogativas consideradas en la legislación nacional de que se trate requieren del financiamiento de servicios o prestaciones que no pueden brindarse sin una partida presupuestaria adecuada. En el marco del nuevo pacto propuesto por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), los derechos de las personas de edad deberían incorporarse en el presupuesto para financiar la protección social. Esto implica, además, la necesidad de estudiar e implementar los mecanismos necesarios para asegurar que no exista un retroceso en materia de servicios y prestaciones relacionados con el ejercicio efectivo de sus derechos, en un escenario de solidaridad y universalidad. Sin embargo, en la mayoría de las leyes especiales de protección de las personas mayores de la región no se menciona el presupuesto que debería asignarse para garantizar los derechos allí establecidos. Solo algunas incorporan las normas usuales, señalando que el Estado determinará los fondos pertinentes en la ley de presupuesto anual del ejercicio fiscal, o facultando a las instituciones para gestionar o utilizar los recursos que provengan de donaciones o recaudados mediante multas y loterías, entre otros.

En El Salvador se establece que la institución rectora estará autorizada para gestionar fondos ante organizaciones públicas y privadas, nacionales e internacionales. En la reglamentación de la ley se señala que esta institución o los miembros del Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de los Adultos Mayores deberán incluir en su presupuesto las partidas requeridas para cumplir las disposiciones de ella. La normativa dominicana señala que será sustentada con una asignación anual no inferior al 0,5% del presupuesto asignado a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Además, indica que en las provincias donde funcionan hogares de ancianos y centros diurnos debidamente inscritos y reconocidos por el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), al menos un 10% del presupuesto destinado por los respectivos ayuntamientos al área de la salud deberá ser distribuido con equidad entre ellos, para lo cual los municipios deberán coordinarse con el Consejo.

Un mecanismo diferente de financiamiento se aplica en Costa Rica, donde mediante la ley 7.972 de creación de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos se asignan recursos económicos al Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) para su operación y mantenimiento, con miras a mejorar la calidad de la atención en los hogares, albergues y centros diurnos públicos o privados; financiar programas de atención, rehabilitación o tratamiento de personas mayores en estado de necesidad o indigencia y costear programas de organización, promoción, educación y capacitación que potencien las capacidades de las personas en la vejez, mejoren su calidad de vida y estimulen su permanencia en la familia y la comunidad.

**Fuente:** S. Huenchuan (ed.), “Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas”, *Libros de la CEPAL*, N° 100 (LC/G.2389-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2009.

## **b) Garantías jurisdiccionales**

Las garantías jurisdiccionales comportan la posibilidad de vulneración —por acción u omisión— de las garantías políticas que recién se revisaron, pudiendo impugnarse ante un tribunal.

En las leyes analizadas, las sanciones son explícitas cuando se trata de violencia y maltrato de las personas mayores. En Costa Rica se establecen sanciones penales, administrativas y civiles para los abusos contra las personas de edad. En El Salvador, las medidas de protección remiten a la ley de violencia intrafamiliar y a la normativa de la familia, tanto penal como procesal penal. En Nicaragua, solo la violencia contra las personas mayores se sanciona por la vía penal, de conformidad con la ley de violencia doméstica. En varios otros casos, el tema se trata como una responsabilidad directa de la persona mayor y su familia en lo que respecta al procedimiento de denuncia ante los tribunales correspondientes.

En cuanto a los demás derechos, lo más usual son las sanciones de orden administrativo —amonestación escrita, suspensión de apoyo financiero y técnico o clausura de un establecimiento—, como ocurre en la República Dominicana, o monetario, como sucede en Honduras. En ambos casos, la



ejecución de las sanciones es confiada a la institución rectora creada por la ley de protección (CONAPE y DIGAM, respectivamente).

En Honduras se remite a la Ley de servicio civil, el Código del Trabajo o la legislación especial aplicable cuando la infracción es cometida por servidores públicos. En Nicaragua, las faltas por violación de los derechos cometidas por servidores públicos se consideran de carácter grave y se sancionan de conformidad con el régimen laboral aplicable que corresponda. Si la infracción es cometida por empresas privadas, la norma indica que el caso se pondrá en conocimiento de la Dirección de Atención al Adulto Mayor y Personas con Discapacidad del Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez, que debe formular las disposiciones reglamentarias para tales efectos.

En el texto legal de Guatemala se efectúa un amplio desarrollo de las garantías jurisdiccionales, ya que se remite al Código Penal en caso de que se le niegue auxilio o asistencia a las personas mayores, cuando las personas o instituciones no cumplan con lo establecido en la ley de protección o en caso de maltrato de una persona de edad, incluido el abuso patrimonial. Las personas mayores que sean objeto de malos tratos, ofensas, humillaciones o lesiones también tienen derecho a solicitar protección ante el juez competente o pueden iniciar juicios de alimentos ante el tribunal.

En este país, las sanciones jurisdiccionales se suman a otro mecanismo de protección secundario: el Procurador de los derechos humanos, quien está obligado a aportar antecedentes sobre un caso determinado cada vez que sea necesario. Lo mismo se hace en Costa Rica por medio del artículo 69 de la ley 7.935, que reformó el artículo 11 de la ley 7.319 para incluir en la Defensoría de los habitantes una Defensoría para la protección de las personas mayores que cuente con los órganos especiales necesarios para el cumplimiento de sus atribuciones y competencias. En el caso del Brasil, la ley le otorga amplias funciones al Ministerio Público para proteger los derechos de las personas de edad.

Debido a la gran variedad de derechos protegidos, obligaciones y obligados, las garantías jurisdiccionales deberían estar ampliamente desarrolladas en los textos legales estudiados. Sin embargo, se aprecian debilidades importantes en varios países que, sumadas a las dificultades para acceder a la justicia, pueden conducir, en la práctica, a la desprotección de los derechos. En efecto, los derechos reconocidos en varias legislaciones pueden verse seriamente afectados si no hay mecanismos que favorezcan el acceso de las personas mayores a la justicia. El diagnóstico del poder judicial de Costa Rica es iluminador en este sentido, al identificar los principales obstáculos que es preciso afrontar en la actualidad con respecto a este grupo social:

- No se brinda información sobre los servicios, trámites y procedimientos judiciales en general y, en especial, los orientados a la persona mayor. Aunque ya se han definido varias acciones para sensibilizar a la población judicial, aún falta materializar algunos esfuerzos que permitan disponer de personal capacitado y sensibilizado para prestar una atención personalizada al adulto mayor.
- Ausencia de asesoría jurídica especializada.
- Carencia de una política para adecuar los servicios que se brindan a las especificidades etarias y las necesidades particulares de las personas de edad.
- Inexistencia de mecanismos institucionales que permitan a la población adulta mayor una simplificación de los trámites y requisitos, en el marco de la Ley de protección al ciudadano del exceso de requisitos y trámites administrativos, considerando la condición etaria de la persona.

- Falta de acciones que promuevan el principio de autonomía de las personas mayores a nivel institucional, de tal manera que se garantice la protección necesaria en caso de presentarse situaciones de vulnerabilidad (República de Costa Rica [en línea] <http://www.poder-judicial.go.cr>).

Para facilitar el acceso a la justicia, en el Brasil, el Estatuto de la persona mayor obliga al poder público a crear circunscripciones especializadas y exclusivas para las personas de edad, a fin de asegurarles prioridad en el trámite de los procesos, procedimientos y ejecución de los actos y diligencias judiciales en que ellas figuren como parte o intervengan, entre otros aspectos. Esta práctica, sin embargo, es poco común en el resto de los países, con la excepción de Costa Rica (véase el recuadro V.4).

#### Recuadro V.4

#### ACCESO A LA JUSTICIA EN COSTA RICA

La Comisión de Acceso a la Justicia dependiente del poder judicial de Costa Rica fue diseñada para visualizar las barreras y obstáculos, lograr el acceso efectivo y promover acciones y políticas públicas orientadas a las poblaciones en condición vulnerable, entre ellas la de edad avanzada.

La política de accesibilidad tiene, entre otros, los siguientes objetivos: i) establecer líneas de acción para cumplir con ella en todos los ámbitos que conforman el poder judicial, ii) identificar y erradicar obstáculos, prestando especial atención al acceso a los servicios y las decisiones judiciales, y iii) garantizar a la población adulta mayor el acceso a la justicia, estableciendo responsables del seguimiento y cumplimiento de ello. Además, la política establece las siguientes acciones concretas:

- Identificación clara y accesible de los expedientes judiciales en que figure como parte una persona mayor.
- Habilitación de una casilla especial para el trámite ágil y la resolución de los expedientes judiciales en que intervenga una persona mayor.
- Traslado de las diligencias al lugar donde reside o se encuentra la persona mayor, a fin de atenderla o realizar el trámite judicial que corresponda.
- Habilitación de una línea de información gratuita de la Contraloría de Servicios, para facilitar las consultas de las personas mayores, sus familiares o los funcionarios de las instituciones que velan por sus derechos.
- Capacitación del personal judicial para atender a esta población y una estrategia de información y campañas para sensibilizarlo sobre el tema.

A la fecha en el país, se han desarrollado varias acciones útiles en el marco de aplicación de la política de accesibilidad, entre las cuales cabe citar las siguientes:

- El Organismo de Investigación Judicial (OIJ) incorporó en su sistema de gestión alarmas para identificar a una persona mayor en la recepción, por medio del número de cédula. Con ello se instruye mediante avisos en pantalla sobre la política que debe aplicarse para la debida atención del caso.
- Se ha extendido la buena práctica que diseñó el OIJ a los demás sistemas de gestión, con el fin de que detecten cuando una persona mayor está involucrada en un asunto determinado y se activen alarmas y recordatorios para el operador.
- Los despachos judiciales han generado estadísticas e informes sobre la cantidad de personas mayores atendidas y el trato preferente que se les ha brindado.
- Se realiza un seguimiento a los administradores del circuito en la aplicación de la política.

La implementación de esta iniciativa ha facilitado la elaboración de estadísticas sobre los problemas que más afectan a las personas mayores. Por ejemplo, más de un tercio (37%) de las denuncias interpuestas ante el OIJ en el primer semestre de 2010 correspondió a San José. El 65% de los casos (811) obedeció a delitos contra la propiedad, la mayoría de ellos por robo (306) y hurto (257). También se han generado informes sobre la cantidad de expedientes activos y resueltos en materia laboral, de pensiones, familiar y de violencia doméstica.

**Fuente:** Lupita Chaves Cervantes, presentación realizada en el foro titulado “Por una vida sin maltrato. La dignidad es un derecho que se construye con hechos”, organizado por el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional (JUPEMA) y la Contraloría de Servicios del Poder Judicial, San José, 16 de junio de 2010.

## **2. Las garantías ciudadanas**

Las leyes pueden hacer uso de varios tipos de garantías institucionales. Sin embargo, todos estos mecanismos tienen una paradoja: se encomiendan a órganos de poder que precisamente debido a su carácter se encuentran en una situación propicia para vulnerarlos. Por ello, hay que acompañarlas de garantías ciudadanas que vayan más allá de los elementos clásicos de tutela y que involucren a los afectados en la construcción y protección de sus derechos (Wilhelmi y Pisarello, 2008).

Las garantías ciudadanas son instrumentos de defensa y tutela de los derechos que dependen directamente de los titulares (Abramovich y Courtis, 2006) y pueden asumir diferentes formas. Una de ellas es la garantía de participación institucional, es decir, instrumentos de incidencia directa o indirecta en la construcción de las garantías institucionales, en cuyo caso el acceso a la información es fundamental. Este último supone la posibilidad de informarse y evaluar las políticas. Para ello, el Estado debe producir y poner a disposición de los ciudadanos información relativa a la situación de las diferentes áreas de trabajo, así como el contenido de las políticas públicas desarrolladas o proyectadas, con expresa mención de sus fundamentos, objetivos, plazos de realización y recursos involucrados (Abramovich y Courtis, 2006).

En las leyes analizadas, las garantías ciudadanas están menos desarrolladas que las institucionales. En varios casos, la participación se entiende únicamente como la asistencia a actividades culturales o de recreación. Diferentes son los casos de Colombia, Costa Rica y México, donde se establece la participación como objetivo y los mecanismos mediante los cuales esta debe hacerse efectiva.

### **E. EL FORTALECIMIENTO DE LAS GARANTÍAS Y LA NECESIDAD DE UN TRATADO INTERNACIONAL**

Como ya se dijo, los países que hoy cuentan con legislaciones que protegen específicamente los derechos de las personas mayores tienen el mérito de ser pioneros en la estandarización de estos derechos humanos en el ámbito nacional, tendencia que hoy se busca también en el ámbito internacional, por medio del Grupo de Trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento de las Naciones Unidas, y en el regional, a través del Grupo de trabajo sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores de la Organización de los Estados Americanos (OEA).

Buena parte de estas legislaciones se crearon durante la segunda mitad de la década de 1990. En algunos casos, su promulgación obedeció al reordenamiento de las fuerzas políticas dentro del país, en otros, se debió al impulso dado por las primeras damas o al interés genuino de los poderes públicos de responder de manera concreta a los desafíos que conlleva el crecimiento rápido de la población adulta mayor en el contexto nacional. La influencia externa, principalmente en la forma de cooperación internacional, ha tenido también un efecto impulsor en el desarrollo de las legislaciones.

Sin desmerecer el valor de estas iniciativas, aún falta mucho para que se conviertan en una herramienta eficaz en el logro de la igualdad sustantiva. Es de suma importancia que se fortalezcan las garantías de estas legislaciones, las de orden institucional y, sobre todo, las de naturaleza ciudadana. En varios casos, los principios de las leyes o sus objetivos incorporan la participación de las personas mayores; sin embargo, no se establecen en el mismo texto legal instrumentos de defensa y tutela de los derechos que dependen directamente de los titulares. Hace falta crear canales institucionales de participación en los asuntos que afectan a las personas de edad y superar las dificultades de acceso a la

información pública, puesto que solo con el involucramiento de los propios afectados la construcción y la protección de los derechos serán reales y efectivas.

Asimismo, con independencia del esfuerzo que han realizado los países de la región por estandarizar los derechos de las personas mayores, la falta de un sustento normativo específico, particularmente en la forma de un tratado internacional —similar a los ya existentes en relación con grupos vulnerables o socialmente discriminados—, trae consigo una serie de consecuencias de orden práctico para la promoción y protección de los derechos en la vejez. Las normas internacionales actuales no brindan un conjunto de principios normativos coherentes que puedan guiar la acción normativa y las políticas públicas de los Estados. Por otra parte, la doctrina de derechos humanos, así como otras normas internacionales, dejan de lado una serie de derechos específicos que requieren de una mayor elaboración normativa, a la luz de los nuevos entendimientos y consensos desarrollados, entre otros, en la legislación y en la jurisprudencia de los Estados (Jaspers, 2011).

Lamentablemente, estas limitaciones no se superan en la legislación nacional, y los hombres y las mujeres suelen enfrentar nuevas dificultades cuando son mayores. En este contexto, la creación de un tratado para proteger los derechos de las personas de edad trae consigo una serie de beneficios, puesto que contribuiría a eliminar la enorme dispersión existente en la actualidad para codificar e interpretar los derechos en un contexto de envejecimiento, esclarecer las posibles ambigüedades en relación con el reconocimiento de los derechos de las personas mayores y facilitar la labor de promoción y protección por parte de los Estados, de los actores internacionales y de la sociedad civil.

### Bibliografía

- Abramovich, Víctor y Christian Courtis (2006), *El umbral de la ciudadanía: el significado de los derechos sociales en el Estado social constitucional*, Buenos Aires, Editores del Puerto.
- CEDAW (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer) (2010), “Recomendación general N° 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos” (CEDAW/C/GC/27), Nueva York, diciembre.
- \_\_\_\_\_ (2009), “Nota conceptual relativa al proyecto de recomendación general sobre la mujer de edad y la protección de sus derechos humanos” (CEDAW/C/2009/II/WP.1/R), 44° período de sesiones, 20 de julio a 7 de agosto.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2008a), “Declaración de Brasilia” (LC/G.2359), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (2008b), “Resoluciones aprobadas por la CEPAL en su trigésimo segundo período de sesiones” [en línea] <http://www.cepal.org/pses32/noticias/paginas/4/33374/2008-434-SES32-Resoluciones.pdf>.
- \_\_\_\_\_ (2004), *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (LC/G.2228), Santiago de Chile.
- Costa Rica, Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia (2004), “Sentencia: 11170. Expediente: 03-005351-0007-CO. Recurso de amparo interpuesto por Francisco Arias Morales, mayor, agente aduanero, vecino de Aserrí, portador de la cédula de identidad número 1-226-219, contra la Administración Aduanera de la Aduana Central”, San José [en línea] [http://200.91.68.20/scij/busqueda/jurisprudencia/jur\\_repartidor.asp?param1=XYZ&param2=2&tem1=sentencia11170&nValor1=1&nValor2=300308&param7=0&strTipM=T&lResultado=11&strLib=LIB](http://200.91.68.20/scij/busqueda/jurisprudencia/jur_repartidor.asp?param1=XYZ&param2=2&tem1=sentencia11170&nValor1=1&nValor2=300308&param7=0&strTipM=T&lResultado=11&strLib=LIB).
- Corte Suprema de Justicia, Sala Constitucional (s/f), “Funciones y Competencias de la Sala” [en línea] <http://www.poder-judicial.go.cr/salaconstitucional>, San José [fecha de consulta: agosto de 2011].
- Huenchuan, Sandra (ed.) (2009), “Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas”, *Libros de la CEPAL*, N° 100 (LC/G.2389-P), Santiago, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.08.II.G.94.
- MIDES (Ministerio de Desarrollo Social de Panamá) (2010), Informe de Panamá en la sesión “Protección jurídica en materia de envejecimiento: Momento actual y proyección futura”, X Conferencia Riicotec “De la necesidad a los derechos en las políticas públicas de discapacidad y envejecimiento”, Asunción, 22 a 24 de septiembre.
- Naciones Unidas (1991), “Ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y actividades conexas”, resolución 46/91 de la Asamblea General, Nueva York, 16 de diciembre.
- \_\_\_\_\_ (1982), “Cuestión del envejecimiento”, resolución 37/51 de la Asamblea General, Nueva York, 3 de diciembre.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2002a), *Active Aging: A Policy Framework*, Ginebra [traducción no oficial al español: Pedro J. Regalado Doña (2002), “Envejecimiento activo: Un marco político”, *Revista española de geriatría*, N° 37, vol. 2].
- \_\_\_\_\_ (2002b), “Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores”, Ginebra.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2009), “Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable” (CE144.R13), junio.
- Rodríguez-Piñero, Luis (2010), “Los desafíos de la protección internacional de los derechos humanos de las personas de edad”, *Documentos de proyecto*, N° 305 (LC/W.305), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

- Roqué, Mónica (2010), Informe de la Argentina en la sesión “Protección jurídica en materia de envejecimiento: Momento actual y proyección futura”, X Conferencia Riicotec “De la necesidad a los derechos en las políticas públicas de discapacidad y envejecimiento”, Asunción, 22 a 24 de septiembre.
- Wilhelmi, Marco Aparicio y Gerardo Pisarello (2008), “Los derechos humanos y sus garantías: nociones básicas”, *Los derechos humanos en el siglo XXI. Continuidad y cambios*, Jordi Bonet Pérez y Víctor M. Sánchez (comps.), Barcelona, Huygens Editorial.

## Anexo

**COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER:  
ALGUNOS CONTENIDOS DE LA RECOMENDACIÓN GENERAL NÚM. 27**

| Tema   | Recomendaciones  |
|--|--|
| Cuestiones generales                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los Estados partes deben tomar medidas adecuadas, incluidas aquellas de orden legislativo, orientadas a eliminar la discriminación contra las mujeres mayores. Deben implementar políticas y medidas sensibles al género y a la edad, que aseguren a las mujeres mayores una participación plena y efectiva en los ámbitos político, social, económico, cultural, civil o cualquier otro.</li> <li>- Los Estados partes tienen la obligación de asegurar el pleno desarrollo y el avance de las mujeres a lo largo del ciclo de vida, tanto en tiempos de paz como en situaciones de conflicto o desastre.</li> <li>- Los Estados partes deben recolectar, analizar y difundir datos desagregados por edad y sexo y proporcionar información sobre la situación de las mujeres mayores, incluidas aquellas que viven en áreas rurales, zonas de conflicto, las que pertenecen a grupos minoritarios o tienen alguna discapacidad.</li> <li>- Los Estados partes deben proporcionar a las mujeres mayores información sobre sus derechos y la forma de acceder a los servicios legales, junto con velar —entre otros aspectos— por su derecho de propiedad y asegurar que no sean privadas de su capacidad legal en forma arbitraria o discriminatoria.</li> </ul> |
| Esteretipos                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los Estados partes tienen la obligación de combatir los prejuicios negativos y modificar los patrones culturales de conducta que perjudican a las mujeres mayores. Deben, además, reducir el abuso y el maltrato en todas sus formas.</li> </ul>  |
| Violencia                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los Estados partes tienen la obligación de reconocer y prohibir la violencia contra las mujeres mayores, incluidas aquellas con discapacidad, en la legislación sobre violencia doméstica, sexual e institucional. Deben investigar, procesar y penar todo acto de violencia contra las mujeres de edad, incluidos aquellos que son resultado de creencias o prácticas tradicionales.</li> <li>- También deben prestar especial atención a la violencia sufrida por las mujeres mayores en tiempos de conflicto armado, el impacto de tales conflictos en su vida y su contribución tanto al establecimiento de la paz como a los procesos de reconstrucción.</li> </ul>  |
| Participación en la vida pública               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los Estados partes tienen la obligación de asegurar a las mujeres mayores la oportunidad de participar en la vida pública y política, así como en los puestos públicos en todos los niveles, incluidos los procesos electorarios.</li> </ul>  |
| Educación                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los Estados partes tienen la obligación de asegurar la igualdad de oportunidades educativas para las mujeres de todas las edades y su acceso a la educación de adultos y a las oportunidades de aprendizaje.</li> </ul>   |
| Trabajo y prestaciones en materia de pensiones | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los Estados partes deben facilitar la participación de las mujeres mayores en el trabajo remunerado sin discriminación basada en el sexo o la edad.</li> <li>- Tienen además la obligación de asegurar que no se discrimine a las mujeres mayores respecto de las edades fijadas para la jubilación, sea en el sistema público o privado, y deben proporcionar pensiones no contributivas adecuadas a todos los hombres y mujeres que no tengan acceso a la seguridad social, sobre una base igualitaria.</li> <li>- Los Estados partes deben asegurar que las mujeres mayores, incluidas aquellas con responsabilidades en el cuidado de niños, tengan acceso a beneficios económicos y sociales como cuidadoras y a que reciban todo el apoyo necesario cuando atienden a padres ancianos o parientes.</li> </ul>   |
| Salud  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los Estados partes deben proporcionar medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y no transmisibles, atención social y de salud a largo plazo, incluido el cuidado que permita una vida independiente y el de tipo paliativo, entre otras acciones.</li> </ul>   |

## Anexo 1 (conclusión)

| Tema  | Recomendaciones   |
|---|---|
| Empoderamiento económico  | - Los Estados partes deben remover las barreras relacionadas con la edad y el sexo en el acceso a créditos agrícolas y asegurar que las mujeres mayores productoras y campesinas tengan llegada a la tecnología. Deben también facilitar el transporte apropiado para que las mujeres de edad, incluidas las de áreas rurales, puedan participar en la vida económica y social. |
| Prestaciones sociales   | - Los Estados partes deben asegurar a las mujeres mayores el acceso a una vivienda adecuada acorde con sus necesidades y eliminar las barreras arquitectónicas y de movilidad que obstaculizan su vida. Tienen también que prestar servicios sociales que les permitan mantenerse en su hogar y vivir de manera independiente el mayor tiempo posible.                          |
| Las mujeres de edad del medio rural y otras mujeres de edad vulnerables | - Los Estados partes deben facilitar a las mujeres mayores el acceso al agua, la electricidad y otros servicios. Deben también asegurar su protección cuando tienen el estatus de refugiadas, apátridas, internamente desplazadas o trabajadoras migrantes, mediante la adopción de leyes y políticas sensibles al género y la edad.  |
| Matrimonio y vida familiar  | - Los Estados partes tienen que derogar la legislación que discrimine a las mujeres de edad en el matrimonio y su disolución, incluida la propiedad y la herencia. Junto con ello, deben derogar las leyes que discrimine a las mujeres mayores viudas respecto de la propiedad y la herencia y protegerlas contra la apropiación indebida de sus tierras.                      |

**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de Naciones Unidas, “Recomendación general N° 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos” (CEDAW/C/2010/47/GC.1), Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2010.



## Capítulo VI

### **INSTITUCIONALIDAD PÚBLICA, ENVEJECIMIENTO Y PROTECCIÓN**

Al formular las políticas públicas, en todo su amplio proceso, debe tomarse en cuenta la forma como se configuran los intereses y las ideas en un contexto institucional que los moldea y determina. De este modo, las instituciones consiguen incluso alterar el poder del grupo social que buscan beneficiar e interfieren en la interpretación que este hace de su realidad.

La consolidación de la institucionalidad pública dirigida a las personas de edad en la región aún presenta un sinnúmero de dificultades. Sin embargo, su sola existencia es un buen punto de partida. Las instituciones son instrumentos que pueden facilitar o restringir el avance de las acciones orientadas a las personas mayores y, consecuentemente, su constitución como ciudadanos, en la medida en que tienen la posibilidad de proporcionar los mecanismos, instrumentos y recursos para asegurar la efectividad de los derechos (Jusidman, 2007). Por lo tanto, deben crearse y mantenerse conforme a este reto y, por cierto, a la complejidad de atenderlo.

#### **A. LAS INSTITUCIONES COMO EL CRISTAL DONDE SE MIRA AL ESTADO**

El Estado es el conjunto de instituciones responsables de hacer efectivas las garantías necesarias para que los individuos puedan desarrollar su vida, lo cual solo es posible gracias a la voluntad de las personas de reunirse en una comunidad. Desde esta perspectiva, el Estado es el producto de un acuerdo entre individuos que aspiran a tener una vida en común. Es el que regula aquello que los particulares no pueden; es el que les garantiza determinadas condiciones para la existencia colectiva y un espacio público.

En la teoría se ha utilizado la metáfora del “pacto” como imagen para ilustrar la interpretación ascendente del rol del Estado, según la cual este se entiende como un producto del acuerdo entre las personas. De acuerdo con Claus Offe (1990), su uso permite mostrar ambas miradas sobre el Estado: una que lo interpreta como una herramienta de protección de los individuos y otra que lo concibe como el resultado de la suma de voluntades. Vale decir que Estado y ciudadanos establecen una relación de mutua creación. No hay Estado sin ciudadanos, ni ciudadanos sin Estado.

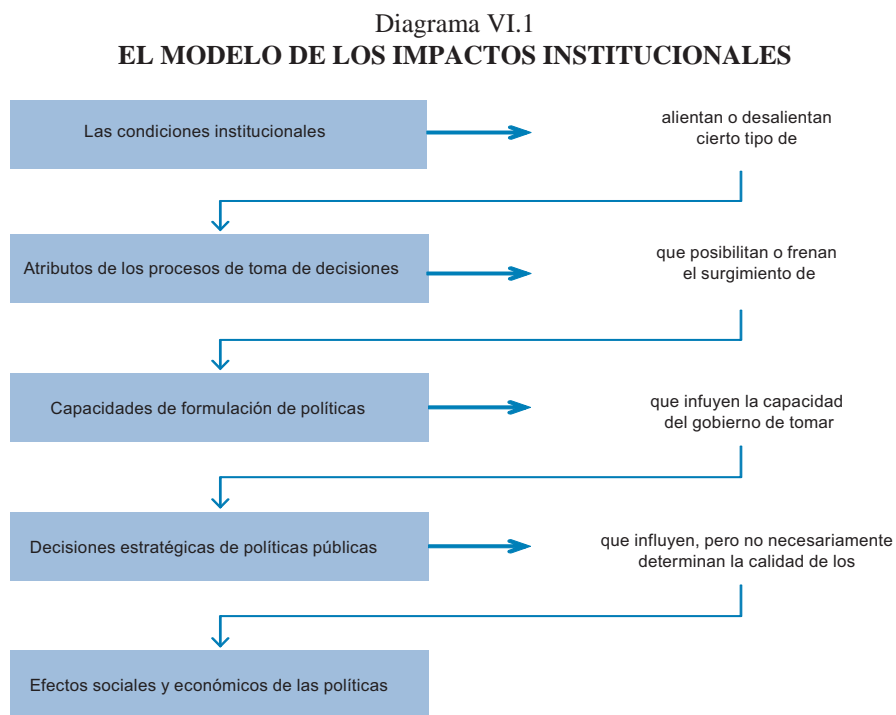
Por otra parte, los ciudadanos poseen intereses que se expresan como demandas al Estado. Además, este puede regular áreas que, independientemente de la voluntad de los ciudadanos, atienden aspectos cruciales para su vida, la economía, la política exterior, los recursos naturales y las telecomunicaciones, entre una infinidad de grandes temas que ocupan a los gobiernos. La forma en que el Estado concreta su relación con los ciudadanos son las políticas públicas, apoyadas en leyes o decretos que las fundamentan y legitiman (Subirats, 2003).

Para el ciudadano, esas leyes y políticas afectan su vida cotidiana de manera directa o indirecta. En muchos casos, es en virtud de ellas que adquiere mayores compromisos con el Estado, como el pago de impuestos más elevados; recibe menores beneficios, como perder algún servicio que se prestaba en su barrio a causa de un recorte presupuestario, o puede tener un mejor acceso a bienes y servicios, porque disfruta de algún bien público o percibe una suma de dinero por concepto de ayuda estatal.

Pero por más interdependencia que el ciudadano tenga con el Estado, este puede seguir siendo un ente abstracto e inasequible para muchos. Solo se convierte en algo tangible cuando las personas acuden a él en las oficinas públicas, que son las que implementan las acciones que les afectan. Los individuos, sobre todo aquellos que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad como los pobres, los niños, las mujeres y las personas de edad, encuentran al Estado en su presencia y en su ausencia. Esto significa que, cualquiera sea el caso, cuando el Estado se hace presente son las instituciones su cara visible. Ellas forman parte de las políticas públicas y constituyen un factor central para su adecuado funcionamiento.

## B. LA INSTITUCIONALIDAD PÚBLICA: EL ASPECTO SOSLAYADO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

La evolución de la ciencia política moderna y de las políticas públicas tiende a dejar de lado el hecho de que ellas existen en el contexto de las instituciones, las que aportan importantes parámetros para el planteamiento de los problemas, la toma de decisiones y su solución, sea esta positiva (acción) o negativa (latencia o inactividad), influyendo en la calidad de los efectos sociales y económicos de las políticas (véase el diagrama VI.1). Por ello, con frecuencia sucede que quienes proponen e implementan políticas no prestan suficiente atención a este aspecto, haciendo caso omiso de que las diversas iniciativas tienen requisitos institucionales de diferente tipo, muchos de los cuales no están completamente asegurados o lo están de manera desigual en ciertas áreas o temáticas relativas a la intervención (Lahera, 2007).



**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de Eugenio Lahera, "Reforma del Estado: Un enfoque de políticas públicas", *Revista Reforma y Democracia* N° 38, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLADE), junio de 2007.

En otras palabras, el devenir de las políticas ocurre dentro de las fronteras de lo que se considera aceptable, legítimo y justo en cuanto a medios y fines, en el marco de las instituciones. Esto quiere decir que la actividad y el pensamiento están fundamentalmente definidos por ellas. Las instituciones son las que disponen de la autoridad y el poder y proporcionan el contexto físico, cognitivo y moral para la acción conjunta, la capacidad de intervención, las bases conceptuales para la observación, la agenda, la memoria, los derechos y las obligaciones, así como el concepto de justicia y los símbolos con que el individuo puede identificarse (March y Olsen, 1984). Sin embargo, no son sino reflejo de las sociedades.

En este marco, se entiende que una institución pública se origina a partir de un acuerdo político para atender un problema específico y actúa para satisfacer una necesidad sobre la base de un comportamiento típico y habitual (normas y reglas), que a su vez tiene una carga de significado y de deber moral y ético que afecta la forma de concebir el problema o carencia que le da principio (Székely, 2006; Repetto y Chudnovsky, 2008).

La creación y consolidación de las instituciones cobran especial relevancia en aquellos temas cuya posición se busca afirmar en la agenda de gobierno. De otro modo, su devenir queda asociado a las instancias que han conservado el statu quo. En la medida en que los problemas adquieren fuerza cuando encuentran medios institucionales de expresión, la posibilidad de ampliar el ámbito de influencia de los grupos o temas marginados se incrementa cuando son adoptados o asumidos por una instancia gubernamental específica.

#### Recuadro VI.1

#### LA INSTITUCIONALIDAD PÚBLICA Y LA DESIGUALDAD

Las instituciones no existen en el vacío. En la región, operan en un marco de elevada concentración de la riqueza, los ingresos y las oportunidades. En sociedades de profunda segmentación a nivel económico, regional y étnico, esto se traduce en sistemas políticos fragmentados, relativamente inestables y poco inclusivos (Adelantado y Scherer, 2008). Por lo tanto, de cara a la propuesta de desarrollo que impulsa la CEPAL, las instituciones y su funcionamiento son indispensables para revertir esta situación y avanzar hacia la igualdad. La institucionalidad pública debe responder a este desafío y, a su vez, cualquier propuesta de desarrollo orientada a quebrar la desigualdad debe considerarla en toda su dimensión.

La desigualdad y la debilidad institucional son fenómenos interdependientes y en la práctica no favorecen el cambio. Si las instituciones no cuentan con reglas claras de juego, compartidas por todos los actores vinculados a un determinado ámbito de actuación pública para orientar sus interacciones y decisiones, es probable que los grupos tradicionalmente excluidos no puedan hacer valer sus intereses en el actuar político (Adelantado y Scherer, 2008). De este modo, las instituciones terminan plasmando las inquietudes de determinados sectores, que por lo general son los más informados y más cercanos al poder. Esto conduce a que la toma de decisiones se base en una lógica particular que responde a los intereses y valores de actores bien delimitados, que actúan por su necesidad de adoptar o desplazar objetivos, socavando o alterando las políticas públicas y los mismos arreglos institucionales.

Por otra parte, la falta de continuidad de la acción pública, el insuficiente personal calificado y la escasa estandarización de las reglas o procedimientos, entre otros aspectos, condicionan severamente el rendimiento institucional en la región y pueden convertirlo en un inconveniente para avanzar hacia la igualdad. Por ello, cualquier iniciativa cuyo objetivo sea conjugar el desarrollo orientado a los derechos con la formulación e implementación de políticas públicas encaminadas a reforzar el papel redistributivo del Estado, implica el establecimiento de la consiguiente institucionalidad y autoridad pública, en especial de una autoridad social (Machinea, 2005).

Las instituciones deben convertirse en un instrumento del Estado para cerrar las brechas de protección y desarrollar capacidades. Tienen que administrar y proveer bienes públicos para toda la población y ser capaces de reducir la distancia entre los grupos sociales respecto del poder y la riqueza (CEPAL, 2010).

**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de J. Adelantado y E. Scherer, "Desigualdad, democracia y políticas sociales focalizadas en América Latina, Estado, gobierno y gestión pública", *Revista chilena de administración pública*, N° 11, junio de 2008.

## C. LA INSTITUCIONALIZACIÓN COMO OBJETO DE ESTUDIO

### 1. Perspectivas y niveles de análisis de la institucionalización

El proceso de creación y posterior consolidación de una institución no es fácil ni rápido. Se trata de un desarrollo tanto técnico como político que exige cambios en los niveles de acción y decisión, en que intervienen distintos actores que responden a lógicas diferentes, así como otras instituciones, todos ellos ansiosos de cumplir una función en la definición de los problemas, la elaboración de las agendas y la toma de decisiones (CEPAL, 2000).

Por este motivo, es imprescindible centrar también la atención en la institucionalización, vale decir, el proceso mediante el cual las prácticas sociales se tornan lo suficientemente regulares y continuas, por medio de normas que las sancionan y mantienen, como para llegar a tener una importancia significativa en la estructura organizacional (Levy, 1996). Se trata de un mecanismo de legitimación producido por las sociedades que permite a los organismos creados establecer, por una parte, un imaginario en la opinión pública y, por otra, aplicaciones prácticas en forma de políticas.

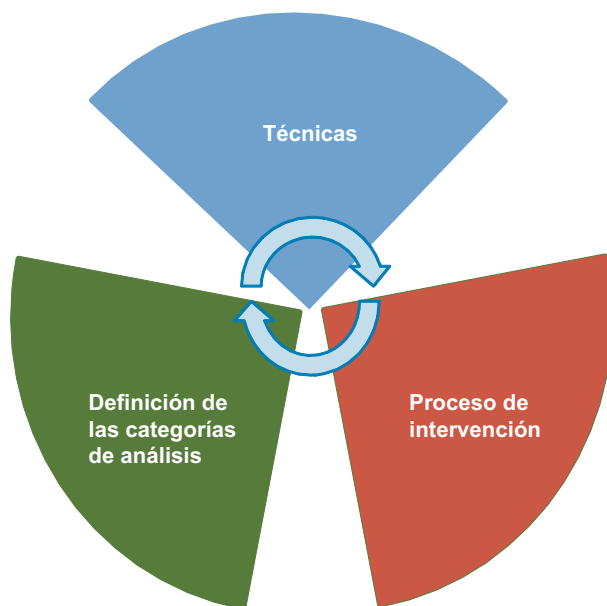
Esto significa que para lograr una institucionalidad pública que se encargue de atender un asunto determinado se requieren cambios profundos en la estructura organizacional. Por lo tanto, aunque depende del contexto, la institucionalización de un tema dado no debe entenderse únicamente como un proceso de adhesión a las estructuras y estrategias ya existentes (CEPAL, 2000). Hay que avanzar hacia su integración en el marco de la corriente general de las políticas públicas, con la consiguiente creación y desarrollo de mecanismos de cumplimiento de las obligaciones dentro del quehacer general del Estado (*mainstreaming*) para ese asunto en particular. En algunas circunstancias, las acciones de aplicación y de responsabilidad que se ponen en práctica mediante programas específicos (*targeting*) también pueden ser apropiadas, pero ello dependerá de su orientación y de los servicios y prestaciones que brinden en relación con el problema al que se quiera dar respuesta y su profundidad.

El estudio de la institucionalización de un tema determinado puede hacerse desde distintos puntos de vista. El más usual es la constatación de que existen o no algunos requisitos necesarios para el funcionamiento del sistema de administración de los recursos que permitirá lograr ciertos objetivos. A menudo, dichos atributos son definidos desde arriba hacia abajo, centrándose más en las necesidades de las elites de las políticas públicas que en aquellos que deben ponerlas en práctica. La extrema simplificación de la realidad de este enfoque no se condice con las carencias reales a que deben enfrentarse los gobiernos cuando tienen ante sí transformaciones sociales de la envergadura de las que se están dando en la actualidad.

Para otros (Hall y Lamont, 2009), el estudio de las instituciones se refiere al análisis de las reglas formales, los procedimientos de cumplimiento y las prácticas operativas mediante las cuales se estructuran las relaciones de los individuos en diversas unidades de gobierno, así como entre el Estado y la sociedad. En este marco, lo óptimo es estudiar la institucionalización como un proceso —una red, en palabras de Levy (1995)—, una transformación y legitimización producida en una sociedad determinada en torno a un tema en particular. Su forma, evolución y contenido dependerán de las percepciones y valoraciones que tienen los ciudadanos frente a determinadas situaciones de su vida. En consecuencia, sus raíces se encuentran en los valores y creencias culturales, así como en el conocimiento aceptado por la sociedad (Elder y Cobb, 2003), incluida la manera en que los problemas se han tratado en otros lugares (Polsby, 1984).

Siguiendo el modelo propuesto por Levy en 1996, la institucionalización puede estudiarse sobre la base de tres niveles de abstracción: el de la definición de categorías de análisis, el de las técnicas y el del proceso de intervención (Levy, 1996) (véase el diagrama VI.2).

Diagrama VI.2  
NIVELES DE ANÁLISIS DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN



**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de Caren Levy, "The process of institutionalising gender in policy and planning: the "web" of institutionalisation", *Working Paper*, N° 74, Londres, University College.

- **La definición de las categorías de análisis.** Los asuntos de que se encargan las instituciones no existen de manera objetiva, sino que se construyen socialmente, iluminando las cuestiones que deben tratarse y la forma de abordarlas (fines de las intervenciones, los instrumentos, los operadores y otros). Así, la definición de las categorías de análisis determina la solución o decisión sobre el problema que dio origen al proceso de institucionalización e influye en su devenir dentro del aparato de Estado.
- **El nivel de las técnicas.** La institucionalización implica un proceso tanto técnico como político, que demanda cambios en distintos ámbitos de acción y decisión, así como el fortalecimiento del vínculo sustantivo-operacional en los diferentes campos temáticos (CEPAL, 2000). Cada componente de las políticas y del proceso de planificación de la intervención está vinculado a las técnicas. Su uso permite, fundamentalmente, reducir la incertidumbre respecto de los resultados de la práctica.

- **El proceso de intervención.** Se refiere al conjunto de acciones que convierten las intenciones en resultados observables, poniendo en práctica los objetivos previamente decididos. Se trata de encontrar el equilibrio adecuado entre los componentes relacionados con el personal, la organización y el control y los procedimientos y las comunicaciones.

Cabe hacer notar, sin embargo, que en el análisis de las políticas públicas el primer nivel se encuentra más ampliamente desarrollado que los demás. Tanto el nivel de las técnicas como el de la intervención, pese a su importancia para lograr resultados, suelen ser vistos como parte de una etapa posterior a la toma de decisiones. De manera acertada y oportuna, la práctica y el desarrollo académico han demostrado que ambos niveles son la continuación de la formulación de políticas públicas. Vale decir, “las políticas públicas se formulan mientras se administran y se administran mientras se formulan” (Anderson, 1975).

## 2. Los elementos de la red de institucionalización

A partir de la metodología propuesta por Levy (1996), la interrelación de los niveles antes descritos puede estudiarse y analizarse a partir de 13 elementos que son complementarios y se refuerzan unos con otros (véase el cuadro VI.1). La forma concreta que adquiera cada uno de ellos depende del contexto específico en que se desarrolle. Igualmente, hay que tener presente que su conceptualización e interpretación por parte de los diferentes grupos que intervienen en el proceso puede variar, dando lugar a las oportunidades y resistencias propias de un proceso de negociación.

Cuadro VI.1  
ELEMENTOS DE LA RED DE INSTITUCIONALIZACIÓN

| Nivel                                | Elementos  |                            |
|--------------------------------------|--|----------------------------|
| Definición de categorías de análisis | 1. Participación de los interesados<br>2. Presión de grupos políticos<br>3. Compromiso político<br>4. Estructura política representativa | 13. Construcción de teoría |
| Técnicas                             | 5. Recursos<br>6. Políticas o planes<br>7. Coordinación interinstitucional<br>8. Procedimientos  |                            |
| Intervención                         | 9. Metodología<br>10. Personal adecuado<br>11. Desarrollo de programas y proyectos<br>12. Investigación                                  |                            |

**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de Caren Levy, “The process of institutionalising gender in policy and planning: the “web” of institutionalisation”, *Working Paper*, N° 74, Londres, University College.

### a) Participación de los interesados

La institucionalización supone la inclusión de los interesados, promoviendo oportunidades para que se involucren en las decisiones relacionadas con todos los aspectos de su vida y, más particularmente, en las medidas diseñadas para influir en su bienestar (Naciones Unidas, 2006). Son el grupo de personas que se movilizará ante las cuestiones que le interesan y su experiencia siempre ha de ser el punto de partida del proceso de institucionalización. La forma en que ellas perciban e interpreten su realidad es de suma importancia para el juego político que se desencadena en torno al tema.

**b) Presión de los grupos políticos**

Las personas y sus organizaciones, así como los interesados en el tema, deben esforzarse por incidir en la agenda institucional (o de gobierno), puesto que las demandas ciudadanas expresadas de manera individual tienen escaso poder de influencia. Para que sean escuchadas por los gobiernos y sus peticiones sean atendidas, las demandas deben agregarse y articularse, generalmente por medio de grupos de interés o de presión que posean el poder suficiente para influir en la configuración de la agenda de los poderes públicos (*agenda setters*). Entre estos se cuentan, además de los partidos políticos, el Parlamento, la burocracia y los expertos.

**c) Compromiso político**

En una sociedad dada, las necesidades y demandas de los ciudadanos son muchas, pero no todas van a ser atendidas por el gobierno. Solo aquellos temas o problemas en que la autoridad pública tiene competencias, puede y quiere decidir, serán objeto de seria y activa consideración por parte del Estado (Ortega y Ruiz, 2005). Por lo tanto, para una verdadera institucionalización es fundamental que dentro de las organizaciones exista un mandato político explícito al respecto, vinculado a su vez con el mandato global de la institución (CEPAL, 2000).

**d) Estructura política representativa**

La institucionalización también depende de la existencia y ubicación de la entidad encargada del tema dentro del organigrama. En este sentido, es vital que ella se encuentre activamente integrada a los procesos de adopción de decisiones dentro de la organización y que tenga la posibilidad o capacidad de influir de manera positiva en las demás entidades que conforman la administración (CEPAL, 2000). Vale decir, se necesita de una unidad dentro del aparato público que responda realmente a los intereses y necesidades de los involucrados e incida en las decisiones para mejorar la visibilidad y posicionamiento del tema, tanto dentro del gobierno como en la opinión pública.

**e) Recursos**

El compromiso político debe traducirse en recursos que apoyen el proceso de institucionalización. Si bien se necesitan recursos nuevos y permanentes, su integración en la corriente principal de trabajo implica también la utilización de los presupuestos existentes, pero de modo que incluyan la igualdad por edad y su práctica consiguiente (CEPAL, 2000). La asignación de los recursos es a su vez un reflejo de los valores, el poder y los intereses y define qué acción es la adecuada y por qué, dando cuerpo a la mezcla institucional que se considere más apropiada para afrontar un problema.

**f) Políticas o planes**

Ambos corresponden al marco normativo de la acción, aunque con distintos niveles de concreción. Mientras la política expresa el consenso en torno al tratamiento de un problema —por medio de los lineamientos y prioridades que se desprendan de ellas—, el plan se concentra en hacerlos operativos para planificar la intervención, asignando los recursos acorde con esas prioridades, las estrategias de acción y el conjunto de medios e instrumentos para alcanzar las metas y objetivos propuestos. Las políticas o planes son de suma importancia, puesto que establecen los mecanismos o dispositivos para hacer que los derechos sean ejecutables y realizables, lo que permite al Estado cumplir con sus obligaciones y a los ciudadanos ver satisfechas sus demandas y necesidades.



**g) Coordinación interinstitucional**

La articulación y la coordinación interinstitucional, que dan una perspectiva unificada a la acción estatal, hacen efectivo el principio de eficiencia en la medida en que permitan superar las duplicaciones, rivalidades presupuestarias e intereses sectoriales, así como promover la coherencia temporal e intersectorial. Este elemento adquiere especial relevancia debido a las características multidimensionales de los temas sociales, que crean un potencial para reducir los costos (evitando las superposiciones) y realzar la eficiencia (por medio de economías de escalas y el aprovechamiento de sinergias mediante la articulación y el enlace sectorial) (Machinea y Cruces, 2006).

**h) Procedimientos**

La claridad de las responsabilidades en torno al tema para un buen diseño e implementación de las políticas y planes es de suma importancia para el proceso de institucionalización. En este sentido, los procedimientos son las actividades diarias vinculadas a diferentes momentos del ciclo de programas y proyectos de una organización o las normas que rigen las acciones entre diferentes individuos o áreas (Levy, 1996). Ello también pone de relieve la responsabilidad técnica de los profesionales de integrar en los procedimientos los intereses y necesidades de los ciudadanos, para que sean sensibles a ellos y faciliten su consecución.

**i) Metodología**

Para que el personal pueda desarrollar efectivamente su tarea, se requiere de una metodología clara que permita integrar en su práctica la perspectiva de los derechos, así como de herramientas para aplicar este enfoque en la labor que realizan. Esta metodología debe estar apoyada en un marco conceptual explícito en torno al quehacer de la institución y sus mecanismos, a fin de lograr una verdadera integración entre los propósitos y el ejercicio institucional.

**j) Personal adecuado**

Para que los procedimientos puedan llevarse a cabo con éxito, se requiere un desarrollo profesional y técnico de las personas que trabajan en proyectos y actividades regulares (CEPAL, 2000). Se necesitan equipos capaces de aumentar la probabilidad de que las promesas de las políticas públicas se cumplan y los beneficios lleguen realmente a sus destinatarios. Para ello, el personal no solo debe tener una capacitación adecuada, sino también claridad en cuanto a sus obligaciones respecto de los derechos que se les garantizan a los ciudadanos y que, por lo tanto, son responsables de realizar su trabajo de la manera más idónea y eficiente posible.

**k) Desarrollo de programas y proyectos**

Las intervenciones deben implementarse por medio de programas y proyectos, los que a su vez deben responder a las prioridades establecidas en las políticas y a los objetivos del plan de acción. Sin medidas concretas por parte de la institución, esta no logrará afectar la realidad que busca cambiar y las políticas serán solamente un papel sin mayor valor. La entrega efectiva de los programas y proyectos debe estar acorde con la realidad que se pretende transformar y los intereses y necesidades de los ciudadanos. Por su parte, su implementación será el insumo básico para la investigación y el cambio.



### **l) Investigación**

La generación de conocimientos y datos, tanto cualitativos como cuantitativos, retroalimenta el proceso de cambio sostenido que requiere la institucionalización. Su finalidad básica es proporcionar criterios para la toma de decisiones en relación con la estructura, funcionamiento y desarrollo de la institución. Si bien las decisiones que pueden afectarla en mayor profundidad son adoptadas por sus responsables directos, existen otras que tienen que ver con las operaciones diarias, sea respecto de los recursos utilizados, la metodología empleada, el trato o interacción entre las personas o una más de las múltiples actividades que se desarrollan en los distintos niveles de los programas (Briones, 1985).

### **m) Construcción de la teoría**

Se ha destacado como elemento clave debido a que retroalimenta el proceso de definición de las categorías de análisis a partir de la experiencia de la intervención, y viceversa. Ello permite dar flexibilidad y dinamismo al conjunto de elementos identificados, de manera que no quede anquilosada sobre bases que a largo plazo pueden ser incluso inadecuadas respecto del problema al que se intenta responder. Su principal objetivo es analizar de manera crítica el aprendizaje logrado en el proceso de institucionalización y establecer —valga la redundancia— las condiciones institucionales que son más apropiadas para impulsar las decisiones y producir los cambios que se busca lograr en torno al problema o tema que le dio origen.

La construcción de teoría contribuye asimismo a la acumulación de conocimientos sobre cómo integrar la perspectiva de los derechos en las políticas y su implementación. En otras palabras, se trata de una variable para las políticas de desarrollo que permite la integración de la metodología y la ejecución de programas y proyectos, incluida la educación de la próxima generación de profesionales e investigadores, un aspecto clave, aunque generalmente olvidado, de la institucionalización a largo plazo (Levy, 1996).

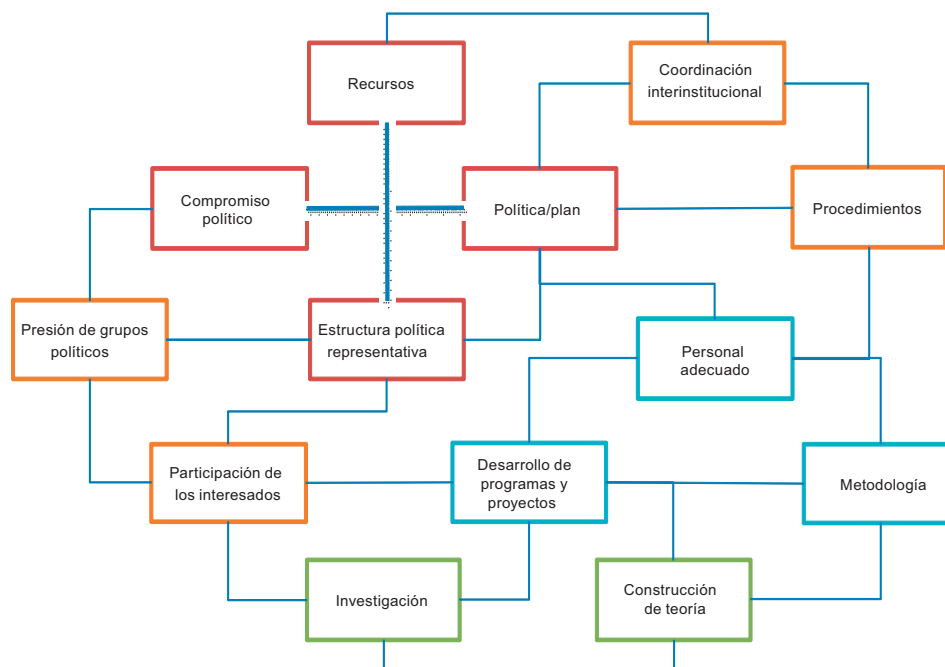
## **D. LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS ASUNTOS DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA REGIÓN**

Un estudio realizado por el CELADE-División de Población de la CEPAL durante 2010 y 2011 permitió identificar 16 criterios de institucionalización del tema del envejecimiento que sirvieron de parámetros de análisis, los que se sometieron al escrutinio de especialistas que los examinaron y evaluaron según su nivel de importancia (Huenchuan, 2011).

De acuerdo con la jerarquización realizada por los especialistas consultados, el compromiso político, la estructura política representativa, la existencia de un plan y la disponibilidad de recursos constituirían un punto de partida ineludible de todo el proceso e impulsarían la marcha del resto de los elementos (véase el diagrama VI.3).

La creación de una institución a partir de una prescripción legal brinda estabilidad, un mandato claro y una perspectiva de desarrollo a mediano y largo plazo. Ella debe ir acompañada de una asignación presupuestaria suficiente como para ponerla en funcionamiento y cumplir con sus obligaciones. A su vez, es indispensable contar con una política o plan que articule el quehacer de la entidad en cuestión. Esta herramienta debe construirse como una respuesta de orden más operativo para hacer efectivas las garantías contenidas en la ley que dio origen a la institución.

Diagrama VI.3  
**RED DE INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS ASUNTOS DE LAS PERSONAS MAYORES**



**Fuente:** Sandra Huenchuan, “Desafíos de la institucionalidad pública y el abordaje del envejecimiento“, presentación en el Encuentro internacional para el seguimiento de la Declaración de Brasilia y la promoción de los derechos de las personas mayores, 9 y 10 de noviembre de 2011.

En segundo lugar de importancia le siguen la coordinación interinstitucional, la participación de los interesados y los procedimientos. La primera es vista como una herramienta que facilita la actuación pública en la medida en que aporta criterios comunes, ayuda al fortalecimiento mutuo de las instituciones y al logro de mejores resultados, los que van en directo beneficio de la población objetivo. Por su parte, la participación es igualmente apreciada. Es un derecho que para ser ejercido requiere de la creación de mecanismos y fórmulas que lo hagan viable. Los procedimientos también adquieren importancia, bajo la premisa de que se construyan con claridad y pertinencia, en especial las reglas de operación de los programas y las modalidades de acceso a los servicios, beneficios y prestaciones. Hay que combinar la transparencia de los procedimientos y cuidar de no sobrecargar la reglamentación, ya que de lo contrario puede complicarse su operación y no siempre contribuir a la discrecionalidad de las personas que ejercen el servicio público.

Entre los especialistas consultados no hubo consenso sobre el personal adecuado, el desarrollo de programas y proyectos ni la metodología. Algunos consideran, por ejemplo, que las instituciones requieren de funcionarios capacitados y con experiencia en la materia de que se trate, con lo cual se mantiene y profundiza el aprendizaje para mejorar las prácticas. Otros, en cambio, si bien estiman que es indispensable contar con un equipo básico, bien calificado y con distintos niveles de especialización, opinan que es más significativa la existencia de un programa permanente de calificación y actualización. Le dan más valor a la vocación de servicio público y a la innovación que a la experiencia obtenida dentro del aparato de Estado. En cuanto al desarrollo de programas y proyectos, por estar relacionado con la intervención propiamente tal —al igual que la metodología— se considera un paso posterior dentro del proceso de institucionalización, que vendría a consolidar su existencia.

Por último, la investigación —vinculada a mecanismos de seguimiento y evaluación, sistemas de información y registros— es importante para varios de los especialistas consultados, pero otros la consideran un paso posterior dentro de la institucionalización del tema. Algunos estiman que todos estos elementos deben estar presentes desde las fases más embrionarias de un proceso de institucionalización, mientras que para otros constituyen una etapa final, cuando la institución ya se haya afirmado dentro del aparato gubernamental. Igualmente, la construcción de teoría a partir de la práctica es significativa solo para algunos especialistas, en cuya opinión debería aportar al proceso de institucionalización y coadyuvar en llevar a la práctica el enfoque de derechos en los asuntos de las personas mayores.

#### Recuadro VI.2

### TRANSVERSALIZACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO

El tema de la transversalización o integración de las cuestiones del envejecimiento (*mainstreaming*) es un fenómeno conceptual reciente en comparación con otros temas sociales como el género. En consecuencia, este concepto ha sido definido por unas pocas fuentes como la Comisión Económica para Europa (CEPE), Age Platform Europe y el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas.

En general, las entidades señaladas definen el *mainstreaming* del envejecimiento como la inclusión sistemática del tema dentro de todos los aspectos relacionados con los sectores social, político, económico y cultural (CEPE, 2008 y 2011). Esta inserción se hace de manera integral dentro de los planes o estrategias nacionales de desarrollo (Sidorenko, 2003b; AGE, 2007). Además, la integración de las cuestiones del envejecimiento se lleva a cabo por medio de instrumentos de política (CEPE, 2008 y 2011) como la elaboración de leyes, normas y regulaciones o programas.

Robert Venne (s/f) define seis técnicas para establecer el “mainstreaming” del envejecimiento:

- recopilación de datos;
- sensibilización, defensa y educación;
- indicadores de desempeño;
- reflexión sobre el envejecimiento en el presupuesto social;
- evaluación de legislación actual e integración de las preocupaciones dentro de nueva legislación y políticas, y
- coordinación nacional e internacional.

Aunque su definición es reciente, la transversalización de las cuestiones del envejecimiento se está promoviendo en los programas de acción de varios países y organizaciones internacionales, sobre todo del mundo desarrollado.

**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de AGE, “Towards a European Society for All Ages: Age Statement for the European Year of Equal Opportunities for all 2007”, 2007; Alexandre Sidorenko, “Mainstreaming ageing”, *Mainstreaming Ageing: Forging Links between the Madrid Plan of Action on Ageing and the Millennium Development Goals. Proceedings*, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 2003; Robert Venne, “Mainstreaming the concerns of older persons into the social development agenda”, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas [en línea] <http://www.un.org/ageing/documents/positionpaper.pdf>; Comisión Económica para Europa (CEPE) “Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing in the UNECE region: Review of the first five years”, *A Society for All Ages: Challenges and Opportunities*, Nueva York, 2008 y “Annex IV: Strategy on ageing”, *Road Map for Mainstreaming Ageing in Armenia* (ECE/WG.1/12), Nueva York, 2011. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: 11.II.E.2.

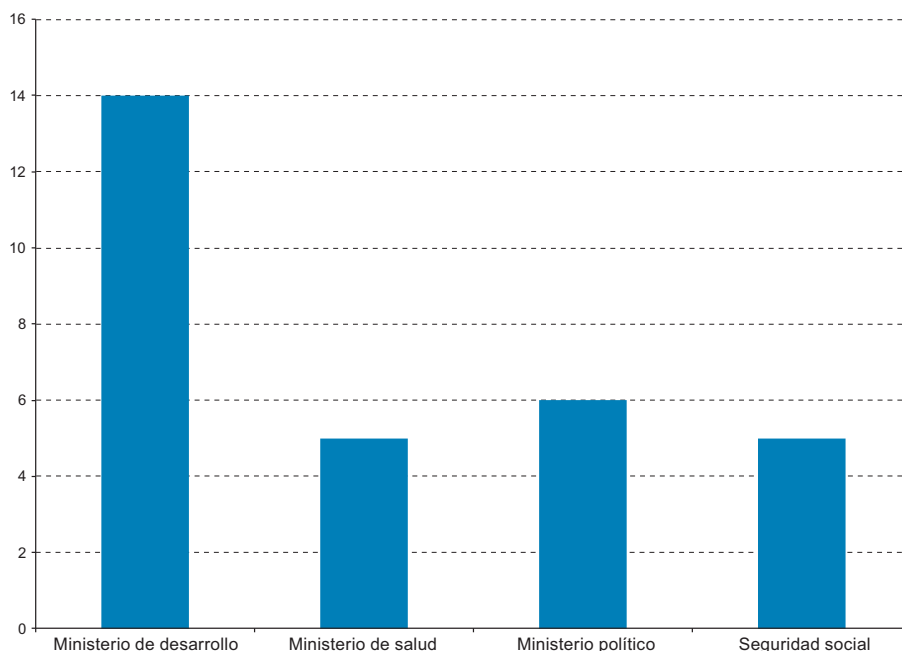
## E. CARTOGRAFÍA DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS ORIENTADAS A LAS PERSONAS MAYORES

La institucionalidad orientada a las personas mayores en la región es de naturaleza heterogénea. Los países pioneros en el establecimiento de instituciones que tratan los asuntos de las personas de edad se ubican en el Caribe. Las Bahamas, Jamaica y Saint Kitts y Nevis crearon estos organismos en las décadas de 1960 y 1970. En Centroamérica y América del Sur, las entidades se fundaron desde 1990 en adelante, la mayoría de ellas a partir de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Sin embargo, cabe señalar que países como Costa Rica y México tuvieron una trayectoria diferente, ya que abordaron los asuntos del envejecimiento con bastante anticipación, aunque los nombres y funciones de las instituciones eran distintos de los actuales.

La información disponible sobre 41 países indica que el origen de las instituciones existentes se basa principalmente en las leyes específicas de protección de los derechos de las personas mayores. Otras se establecieron por medio de decretos, resoluciones administrativas o políticas nacionales. El tipo de institución más frecuente es el de las direcciones nacionales, como ocurre en las antiguas Antillas Neerlandesas, la Argentina, Aruba, Colombia, Nicaragua, el Paraguay y el Perú, entre otros países. Le siguen los consejos, que están presentes en Anguila, Belice, Costa Rica, Jamaica, la República Dominicana y Santa Lucía. Los institutos son una modalidad menos frecuente de organización y existen en México, Venezuela (República Bolivariana de) y, recientemente, en el Uruguay.

Hoy en día, la concepción más moderna de las personas mayores condujo a ampliar el espectro de acciones que llevan a cabo las instituciones encargadas del tema en los países, por lo que estas han ido paulatinamente insertándose en el ámbito de los ministerios de desarrollo social. Una parte importante de las entidades sobre las que se dispone de información dependen de estos ministerios (véase el gráfico VI.1). Se registran 14 países en esta situación (antiguas Antillas Neerlandesas, Argentina, Bahamas, Belice, Chile, Dominica, Ecuador, México, Panamá, Perú, Saint Kitts y Nevis, Suriname, Trinidad y Tabago y Uruguay). Esto demuestra que los asuntos de las personas de edad han dejado de verse solo como una cuestión biomédica, como ocurría en las décadas de 1970 y 1980, puesto que incluso en el caso de las instituciones que dependen de un ministerio de salud, como en Cuba y el Paraguay, las competencias van más allá de la atención sanitaria de esta población.

Gráfico VI.1  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (30 PAÍSES): ADSCRIPCIÓN DE LAS INSTITUCIONES  
 ENCARGADAS DE LOS ASUNTOS DE LAS PERSONAS MAYORES**

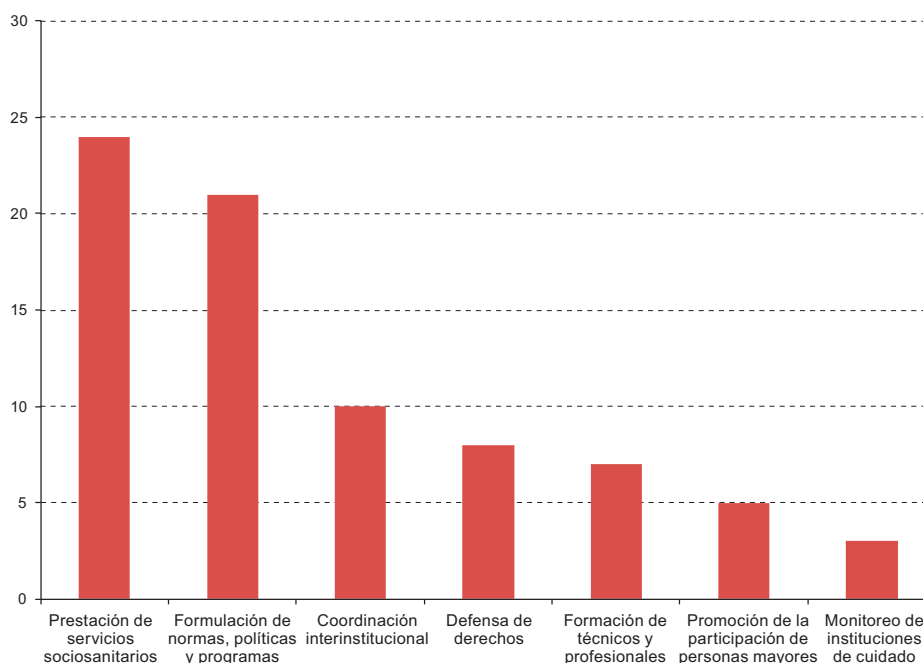


**Fuente:** Sandra Huenchuan, “Desafíos de la institucionalidad pública y el abordaje del envejecimiento”, presentación en el Encuentro internacional para el seguimiento de la Declaración de Brasilia y la promoción de los derechos de las personas mayores, 9 y 10 de noviembre de 2011.

En el pasado, también era común asignar estas funciones a los ministerios políticos y las instituciones de seguridad social. Los primeros, en razón de que los temas de las personas mayores ingresaron a la agenda de gobierno, en muchos casos, gracias a la iniciativa de las primeras damas, y los segundos, porque —al igual de lo que ocurría con la salud— las personas de edad solo calificaban como grupo de atención gubernamental bajo la categoría de pensionados o jubilados. Si bien hoy día las instituciones de seguridad social siguen siendo muy relevantes para el bienestar de las personas mayores, la baja cobertura que exhiben varios países de la región deriva en que esas entidades, con notables excepciones, suelen atender solo a un segmento de la población adulta mayor.

Más de la mitad de los países analizados se dedica directamente a prestar servicios sociosanitarios a las personas mayores (véase el gráfico VI.2). En la Argentina, Belice, el Brasil, Cuba, Chile y el Uruguay, entre otros, estos organismos destinan una parte importante de su actividad a este propósito. En un elevado número de países, las instituciones tienen a su cargo la formulación de normas, políticas y programas dirigidos a las personas de edad. Algunas de ellas incorporan también el monitoreo como parte relevante de su quehacer, como por ejemplo las de Colombia, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Haití, México, Panamá, Suriname y Trinidad y Tabago. La defensa de derechos es un ámbito en el que varias entidades están incursionando, sobre todo en los países de habla hispana. Lo mismo ocurre con la protección de las personas mayores frente a situaciones de violencia. Anguila, Belice, el Ecuador, Guatemala y otros países se ocupan de estas tareas.

Gráfico VI.2  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (41 PAÍSES): FUNCIONES DE LAS INSTITUCIONES  
 ENCARGADAS DE LOS ASUNTOS DE LAS PERSONAS MAYORES**



**Fuente:** Sandra Huenchuan, “Desafíos de la institucionalidad pública y el abordaje del envejecimiento”, presentación en el Encuentro internacional para el seguimiento de la Declaración de Brasilia y la promoción de los derechos de las personas mayores, 9 y 10 de noviembre de 2011.

Respecto de la labor de rectoría que ejercen las instituciones dirigidas a las personas de edad, el 83% de las estudiadas mantiene relaciones de colaboración y cooperación con otras entidades de gobierno, el 78% con organizaciones de la sociedad civil y el 54% con instituciones académicas. Entre estas últimas se ubican varios organismos del Caribe de habla inglesa, aunque en su mayoría corresponden a instituciones de Centroamérica y América del Sur.

En cuanto a los programas implementados, un alto porcentaje de las instituciones dirigidas a las personas mayores (89%) lleva a cabo tareas en el área de desarrollo, poco más de la mitad en el ámbito de salud y bienestar y solo el 34% ejecuta programas relativos a entornos propicios y favorables. En la primera de estas áreas, las entidades realizan acciones orientadas a fomentar la participación de las personas de edad por medio de organizaciones, centros de jubilados, voluntariado o actividades de intercambio intergeneracional.

La ejecución de programas de acceso al conocimiento, la educación y la capacitación es muy frecuente, aunque en menor medida que las acciones dirigidas a erradicar la pobreza. En 34 países, las instituciones nacionales de protección de las personas mayores tienen a su cargo programas orientados a ese fin, que consisten en la entrega de subsidios específicos o bonos (Ecuador, Panamá y Suriname, entre otros) y pensiones alimentarias o no contributivas (principalmente en los países del Caribe de habla inglesa como las Bahamas, Guyana, las Islas Vírgenes Británicas y Jamaica). Otros ámbitos en los que suelen incursionar las instituciones son el fomento de los programas de empleo, como en México, y la atención de personas en situación de emergencia (Anguila, Belice y El Salvador, por ejemplo).

Los programas de salud se implementan en distintos ámbitos de trabajo como la nutrición (Anguila, Cuba, Ecuador y Venezuela (República Bolivariana de)), entre otros) y el acceso a medicamentos (Costa Rica, Cuba, Guyana, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Suriname, Venezuela (República Bolivariana de) y otros). En Cuba y Anguila se realizan también acciones relacionadas con la salud mental de las personas mayores, y en Anguila y Guyana se llevan a cabo tareas para personas mayores con VIH/SIDA.

Por último, algunas instituciones cuentan con programas de apoyo a las víctimas de abuso y maltrato (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Puerto Rico y Venezuela (República Bolivariana de)), entre otros) y programas de acceso a la vivienda, sea mediante la entrega de subsidios o viviendas en comodato o la reparación de viviendas (Anguila, Bahamas, Chile, Costa Rica, Cuba, Haití y República Dominicana). La provisión de facilidades de transporte también es un área de trabajo de estas entidades en países como Costa Rica, Cuba, las Islas Vírgenes Británicas, Puerto Rico y la República Dominicana, mientras que en la Argentina, Costa Rica, Cuba, Guyana, las Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Panamá, Puerto Rico, la República Dominicana y Trinidad y Tabago existen programas de cuidado a domicilio, que difieren en amplitud y cobertura.

## **F. LA IGUALDAD COMO FUNDAMENTO DE LA INSTITUCIONALIDAD DIRIGIDA A LAS PERSONAS MAYORES**

En la región se aprecia que la institucionalización de los asuntos de las personas mayores empieza a ganar espacio en el quehacer de las distintas administraciones, lo que permite visibilizar los intereses y necesidades de este grupo en la agenda pública y de gobierno. Estas instituciones muestran un genuino interés por contribuir al bienestar de las personas de edad y, como parte de ello, muchas han creado espacios para propiciar su participación en la toma de decisiones. En algunos casos, esto ha permitido

innovar con respecto a los ámbitos tradicionales de actuación en los asuntos de la vejez, sobre la base de la realidad de cada país.

A fuerza de bregar por su reconocimiento, las instituciones han ido convirtiéndose en algunos países en interlocutores válidos para el diálogo político. Están conscientes de la necesidad de establecer alianzas y transversalizar el tema en el resto del aparato de Estado y tienen confianza en lo que puede hacer la sociedad civil, sea por medio de la academia o las organizaciones sociales, para mejorar la situación de las personas de edad.

No obstante esta clara voluntad por parte de las instituciones dirigidas a las personas mayores, todavía hay muchas desventajas que limitan su accionar y ponen en riesgo su consolidación. Las principales dificultades radican en que, con notables excepciones, el tema se circunscribe a unidades operativas de baja jerarquía institucional, con escaso presupuesto y mínimo personal. En ocasiones, esta práctica se quiebra debido al empuje de un grupo de interés (profesionales, organizaciones, gremios u otros) que tiende puentes con otras redes de poder (partidos políticos, parlamentos, expertos internacionales), o bien el interés es promovido directamente por una autoridad de gobierno con una sensibilidad particular en torno al tema.

Lo anterior es producto de que, aun en los países más desarrollados económicamente, el envejecimiento siempre ha sido tratado como un tema asistencial y, a menudo, como un obstáculo para el crecimiento y el desarrollo (Sidorenko, 2003). De cara a los cambios que se avecinan, se debe revertir esta tendencia y promover la igualdad por edad en todas las áreas de gobierno y las organizaciones.

Sin embargo, lo más importante ya está en marcha: el compromiso político de tomar medidas en torno al tema. De ahí en adelante, se irán desencadenando los demás elementos de la red de institucionalización. El resto forma parte del proceso de construcción. Durante su desarrollo, los organismos públicos orientados a las personas mayores tienen la posibilidad de renovar la clásica institucionalidad social en un país. Obviamente, no pueden hacerse cargo de todas las deficiencias históricas que exhibe la institucionalidad social hoy en día, pero sí tienen la oportunidad de ir más allá de las clásicas formas de conceptualizar y atender las cuestiones sociales, en este caso, la situación de las personas de edad. Se trata de la institucionalidad más nueva, incluso más de la relativa a asuntos de género, de indígenas o de niños. Por lo mismo, tienen como base toda esa experiencia para modernizar sus formas de intervención, generar conocimientos, retroalimentar su práctica e ir abriendo camino para que, efectivamente, la solidaridad sea un valor inherente a la igualdad.



### Bibliografía

- Adelantado, José y Elenise Scherer (2008), “Desigualdad, democracia y políticas sociales focalizadas en América Latina, Estado, gobierno y gestión pública”, *Revista chilena de administración pública*, N° 11, junio.
- AGE (Age Platform Europe) (2007), *Towards a European Society for All Ages: Age Statement for the European Year of Equal Opportunities for all 2007*, Bruselas.
- Anderson, James, E. (1975), *Public Policy Making*, Londres, Thomas Nelson and Sons.
- Briones, G. (1985), “Evaluación de programas sociales. Teoría y metodología de la investigación evaluativa”, Santiago de Chile, Programa Interdisciplinario de Investigaciones en Educación (PIIE).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2010), *La hora de la igualdad: Brechas por cerrar, caminos por abrir* (LC/G.2432(SES.33/3)), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (2000), “El proceso de institucionalización del enfoque de género en el trabajo sustantivo de la CEPAL” (DDR/1), documento de referencia de la octava Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, 13 de enero.
- CEPE (Comisión Económica para Europa) (2011) “Annex IV: Strategy on ageing”, *Road Map for Mainstreaming Ageing in Armenia* (ECE/WG.1/12), Nueva York, anexo IV. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: 11.II.E.2.
- \_\_\_\_\_ (2008) “Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing in the UNECE region: Review of the first five years”, *A Society for All Ages: Challenges and Opportunities*, Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.08.II.E.14.
- Elder, Ch. y R. Cobb (2003), “Formación de la agenda. El caso de la política de ancianos”, *Problema públicos y agenda de gobierno. Tercera Antología*, L. Aguilar, México, D.F., Miguel Ángel Porrúa.
- \_\_\_\_\_ (1993), “Formación de la agenda. El caso de la política de ancianos”, L. Aguilar, *Problemas públicos y agenda de gobierno*, L. Aguilar, México, D.F., Miguel Ángel Porrúa.
- Hall, Peter A. y Michèle Lamont (eds.) (2009), *Successful Societies: How Institutions and Culture Affect Health*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Huenchuan, Sandra (2011), “Desafíos de la institucionalidad pública y el abordaje del envejecimiento”, presentación en el Encuentro internacional para el seguimiento de la Declaración de Brasilia y la promoción de los derechos de las personas mayores, 9 y 10 de noviembre.
- Jusidman, Clara (2007), “Ciudadanía social y derechos políticos”, *Documento de trabajo*, Proyecto de Protección de Programas Sociales, México, D.F., Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Levy, Caren (1996), “The process of institutionalising gender in policy and planning: the “web” of institutionalisation”, *Working Paper*, N° 74, Londres, University College.
- Machinea, José Luis (2005), “Institucionalización de la política social para la reducción de la pobreza”, Cuadernos de desarrollo humano, N° 23, México D.F., Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL).
- Machinea, José Luis y Guillermo Cruces (2006), “Instituciones de la política social: objetivos, principios y atributos”, *serie Informes y estudios especiales*, N° 17 (LC/L.2573-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.104.
- March, James y Johan Olsen (1984), “The new institutionalism: organizational factors in political life”, *The American Political Science Review*, vol. 78, N° 3, septiembre.

- Naciones Unidas (2006), *Seguimiento de los programas de población, con especial referencia a la evolución de las estructuras de edad de las poblaciones y sus consecuencias para el desarrollo. Informe del Secretario General (E/CN.9/2007/4)*, Nueva York, Consejo Económico y Social, diciembre.
- Offe, Claus (1990), *Contradicciones del Estado de bienestar*, Madrid, Alianza Editorial.
- Ortega, Nieves y Susana Ruiz (2005), “Definición de problemas y diseño de la agenda”, *Análisis de políticas públicas*, Margarita Pérez Sanches (ed.), Granada, Editorial Universidad de Granada.
- Polsby, N. W. (1984), *Political Innovation in America. The Politics of Policy Initiation*, New Haven, Yale University Press.
- Sidorenko Alexandre (2003a), “Progress in implementing the Madrid International Plan of Action on Ageing at the global level [en línea] [http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/ASidorenko1\\_p.pdf](http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/ASidorenko1_p.pdf).
- \_\_\_\_\_ (2003b), “Mainstreaming ageing”, *Mainstreaming Ageing: Forging Links between the Madrid Plan of Action on Ageing and the Millennium Development Goals. Proceedings*, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- Subirats, Joan (ed.) (2003), *Elementos de nueva política*, Barcelona, Centro de Cultura Contemporánea de Barcelona.
- Repetto, Fabian y Mariana Chudnovsky (2008), “La incidencia de la institucionalidad social en la gestión, pertinencia y alcance de los planes y programas sociales en la Argentina [en línea] <http://siteresources.worldbank.org/INTARGENTINAINSPANISH/Resources/MarianaChudnovsky40608.ppt>.
- Székely, Miguel (2006), “Midiendo el nivel de institucionalidad de la política social en América Latina”, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) [en línea] <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=785693>.
- Venne, Robert (s/f), “Mainstreaming the concerns of older persons into the social development agenda”, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas [en línea] <http://www.un.org/ageing/documents/positionpaper.pdf>.



## Capítulo VII

**AVANCES Y ÁMBITOS DE ACCIÓN PRIORITARIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE BRASILIA<sup>1</sup>**

Los avances en la implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y la Declaración de Brasilia se han constatado en los capítulos anteriores; sin embargo, cabe destacar algunos aspectos de suma importancia en el escenario actual, ya sea debido a que han marcado la agenda de los gobiernos en el último período, o porque son áreas de trabajo a las que la administración debería considerar con mayor atención durante los próximos años para avanzar en la agenda de la igualdad que impulsa la CEPAL.

**A. LAS PERSONAS DE EDAD Y EL DESARROLLO****1. El trabajo y la fuerza laboral diversificada**

El trabajo en la vejez es un tema que irá adquiriendo cada vez mayor importancia en el futuro, y hasta ahora ha sido abordado fundamentalmente por medio de normas específicas para personas mayores y algunos programas sociales. Uno de los avances más importantes desde 2002 es la ampliación del número de países que intentan eliminar la discriminación por edad en el trabajo, expresado en medidas de acción positiva o en la prohibición taxativa de segregar a cualquier trabajador por razones de edad (Brasil, El Salvador, México, Paraguay, Perú y Uruguay). En algunos casos, se ofrece capacitación para el empleo (Chile, Colombia, El Salvador, Honduras, México, Panamá, Puerto Rico y Uruguay). En otros, existen bancos de datos e información sobre empleos para personas mayores (El Salvador, México y Puerto Rico). También hay países que han propiciado el acceso a créditos para emprendimientos (Brasil, Costa Rica, El Salvador, Honduras y Perú). Las contribuciones económicas para apoyar iniciativas productivas también adquieren distintas modalidades, sea por medio de la entrega directa de subsidios (Belice) o por fondos concursables (Chile, Honduras, México y Paraguay).

No obstante, las iniciativas implementadas para fomentar el trabajo en la vejez, con notables excepciones, aún se circunscriben a acciones aisladas, de bajo presupuesto y que, en algunos casos, no ofrecen garantías adecuadas para los trabajadores de edad. Se trata de un ámbito en el que, a corto y mediano plazo, se deben realizar reformas mucho más profundas para ampliar el alcance e impacto de las medidas implementadas. Al respecto, la experiencia de los países desarrollados muestra que las prácticas solo cambiarán cuando los empleadores hayan asumido por completo la importancia de una fuerza laboral diversificada y hayan descubierto el valor añadido que los trabajadores mayores pueden aportar al lugar de trabajo.

---

<sup>1</sup> En este capítulo se presentan los avances generales que han consignado los países de la región en el último período. Se presenta información de 2002 en adelante, aunque se hace mayor hincapié en los avances registrados con posterioridad a la adopción de la Declaración de Brasilia (2007). La información incluye las acciones implementadas que se examinaron en el capítulo VI de este documento, hayan sido ejecutadas o no por las instituciones públicas encargadas de los asuntos de las personas mayores.

## **2. La seguridad social y la sostenibilidad**

Uno de los logros más relevantes a partir de 2002 es la decisión de ampliar el acceso a la seguridad social por medio de la creación de programas de pensiones no contributivas para las personas mayores. Durante el último período, en Belice se amplió el plan especial de pensiones no contributivas con la finalidad de prestar asistencia a los más necesitados. En 2009, del total de beneficiarios, que sumaban 4.297 personas mayores, el 65% eran mujeres. En Guatemala, desde 2005, el programa de aporte económico proporciona una pensión a la población adulta mayor sin cobertura previsional. En Bolivia (Estado Plurinacional de), la Renta Dignidad, creada en 2007 en reemplazo del antiguo Bono Solidario (BONOSOL), entrega una renta mensual de 200 bolivianos a todas las personas de 60 años o más. En Panamá, a partir de 2009, se otorga un bono a las personas de 70 años o más que carecen de pensión y jubilación. En el mismo año, El Salvador creó la pensión básica dirigida a las personas de 70 años o más que no cuentan con ninguna clase de pensión ni reciben remesas.

En el Perú, desde 2011, el Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 entrega un ingreso de 125 nuevos soles a los hogares que tengan como miembro a una persona mayor, y 250 nuevos soles a los hogares en los que haya dos personas de edad. El padrón de beneficiarios a diciembre de 2011 fue de 40.676 personas mayores. Por último, en Venezuela (República Bolivariana de), en 2012 se puso en marcha el programa Misión en Amor Mayor, con el que se espera incluir durante el presente año a más de 675.000 personas mayores. Iniciativas similares se implementan en Anguila y las Bahamas.

Sin duda, el gran desafío de estas iniciativas es su sostenibilidad en el mediano y largo plazo. Ejemplo de ello son las dificultades a las que se ha visto enfrentado el Paraguay, luego de aprobar el programa de pensiones alimentarias en 2009, que aún no se pone en marcha plenamente.

La CEPAL ha dicho a este respecto que, en la actualidad, buena parte de los países de la región no tendría problemas en financiar una pensión mínima de carácter no contributivo. Sin embargo, en el futuro pueden existir dificultades si su aprobación no va acompañada de reformas que amplíen la base de recursos para financiar la seguridad social. En este marco, ha insistido en que un pacto fiscal que contemple una estructura y una carga tributaria con mayor efecto redistributivo, capaz de fortalecer el papel del Estado y la política pública de modo de garantizar umbrales de bienestar, es parte de agenda de la igualdad (CEPAL, 2010).

## **3. La pobreza en la vejez y la crisis**

La evaluación de la pobreza en la vejez es un ejercicio complejo y, debido a diversos factores, las encuestas de hogares subestiman la pobreza de las personas de edad. Estas dificultades se acentúan cuando se aborda esta temática desde la perspectiva de los derechos humanos. En consecuencia, no se conocen a fondo las características de la pobreza en la edad avanzada, lo que generalmente conduce a opciones de política que no tienen en cuenta la complejidad de atender a este segmento de la población (Naciones Unidas, 2010b)

Con frecuencia se considera que la entrega de subsidios monetarios es una forma eficaz de aliviar la pobreza en la vejez, flagelo que a partir de la última crisis ha puesto en evidencia la vulnerabilidad de las personas mayores frente a la pérdida de ingresos. En cuanto a este aspecto, en junio de 2010 el Comité Internacional de la Cruz Roja Internacional (CICR), en su informe anual, indicó que a raíz de la crisis, la situación de muchas personas mayores empeoró en todo el mundo, a pesar de los ingresos por pensiones, puesto que varias se han visto obligadas a convertirse en el sostén de sus hijos y sus familias debido al

desempleo (CICR, 2010). Lo mismo advirtió el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MINDES) del Perú en 2009, por medio de un estudio específico en la materia en el que demostró que las personas mayores aportan más del 50% del ingreso económico familiar en los hogares de extrema pobreza y que este aumenta en tiempos de crisis (Ramos, Vera-Tudela y Cárdenas, 2009).

Esta vulnerabilidad de las personas mayores hasta ahora ha sido francamente ignorada. A menudo, se pone atención en otros sectores, sin hacer diferenciación por edad. Sin embargo, la última experiencia ha mostrado los riesgos que pueden surgir, sobre todo considerando que en varios países —en particular, los desarrollados— los ajustes para atenuar la crisis se concentran en el ámbito de las pensiones y los servicios sociales.

Uno de los ámbitos más novedosos para mitigar la pobreza en la vejez en los últimos años es el de los programas de transferencias condicionadas, por medio de los cuales se entrega un subsidio económico a las familias en condiciones de pobreza que tienen un integrante de edad avanzada (Brasil, Colombia, Chile, Panamá y Uruguay). Sin duda, estas transferencias son de suma importancia para el bienestar de las personas mayores. No obstante, como han afirmado las Naciones Unidas (2010b), no deben considerarse la única respuesta a la pobreza.

Para la promoción efectiva de un nivel de vida adecuado, las subsidios monetarios deben ser solo un componente de una estrategia de protección social más integral que aborde el impacto de la pobreza a lo largo del ciclo de vida e incluya medidas para asegurar el acceso de las personas de edad a todos los servicios sociales adecuados, incluidos la atención de la salud y el cuidado.

## **B. SALUD Y BIENESTAR**

### **1. Planes y seguros de salud**

En los últimos años, las instituciones de salud dirigidas a las personas mayores han ido convirtiéndose en actores cada vez más activos. Prueba de ello es la incorporación de las personas de edad a los planes y programas de salud. Además, se han creado nuevas formas de aseguramiento o se ha mejorado el funcionamiento de los seguros existentes.

Con respecto a los planes de salud, en octubre de 2011, el Ministerio de Salud del Ecuador divulgó el Plan de Acción Interinstitucional para personas adultas mayores, incluye envejecimiento activo y saludable 2011-2013, que cuenta con cuatro áreas de trabajo: política pública, servicios adaptados a las personas mayores, recursos humanos capacitados y monitoreo y evaluación. En el Uruguay, el Ministerio de Salud Pública presentó en el mismo año la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud (ENPS), en la que se incorpora un capítulo específico sobre personas mayores. En el Caribe de habla inglesa también existen iniciativas (por ejemplo, en las Bahamas, donde se implementa un plan nacional para el envejecimiento saludable), pero difieren en las patologías atendidas y los modos de organización.

Con relación al aseguramiento, en 2006 Bolivia (Estado Plurinacional de) instituyó el Seguro de Salud para los Adultos Mayores (SSPAM) por medio de la ley N° 3.323, que brinda acceso a las personas de 60 años o más que vivan permanentemente en el país y no cuenten con ninguna clase de seguro de salud. Más recientemente, en Chile se registró un avance importante en el último año, puesto que se aprobó la eliminación del 7% de la cotización de salud a los jubilados, lo que beneficiaría a cerca de un millón de personas mayores.

Si bien estas prácticas se están extendiendo en la región, aún son pocos los países que cuentan con instrumentos que definan y orienten la labor de los Estados con respecto a la salud de las personas de edad y, a la vez, otorguen facilidades para acceder a la atención. Cabe recordar que el derecho a la salud implica obligaciones, y una de ellas es la de garantizar el derecho por medio de medidas legislativas, administrativas y presupuestarias, entre otras. La existencia de planes y seguros accesibles es una herramienta de primer orden en este sentido, que debe ir acompañada de acciones efectivas para que realmente las personas mayores puedan disfrutar de bienestar.

#### Recuadro VII.1

### GRUPOS ESPECIALES DE PERSONAS MAYORES

Las personas mayores en situación de emergencia, las mujeres de edad, las personas mayores de zonas rurales y las personas de edad en situación de cárcel son grupos que tienen menor visibilidad que el resto en las agendas de los gobiernos. Ello, a pesar de que los desastres naturales han ocupado un lugar importante de la atención pública en el último período, que las mujeres mayores han sido objeto de debate hasta en el seno de las Naciones Unidas y que el envejecimiento de la población rural es un asunto que preocupa incluso a los países desarrollados por el impacto que puede tener en la economía, lo mismo que el envejecimiento de la población en prisión.

#### i) **Personas mayores en situación de emergencia**

La ocurrencia de desastres naturales en distintos lugares del mundo ha puesto en evidencia la desprotección en que se encuentran las personas mayores. Tanto los terremotos que afectaron a Haití y Chile como el tsunami que experimentó el Japón han demostrado que las personas de edad constituyen uno de los grupos más expuestos a riesgos. En Haití, la encuesta coordinada por la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH) y el gobierno mostró que las personas mayores están particularmente en riesgo durante las emergencias, porque les resulta más difícil salir a buscar ayuda; en Chile, del total de fallecidos informados por el Ministerio del Interior, casi el 60% correspondió a personas mayores y menores de edad (Jaspers, 2011). No obstante, la crudeza de la situación no se ha traducido aún en acciones concretas por parte de los Estados. Solo algunos países (como Anguila, Belice y el Ecuador, entre otros) se han preocupado del tema.

#### ii) **Personas mayores de zonas rurales**

Las personas mayores de zonas rurales enfrentan problemas particulares, relacionados con los derechos de la herencia, el acceso a los recursos productivos y las tecnologías. La presión de los hijos, los vecinos e incluso algunos organismos públicos es alta, puesto que las personas de edad suelen ser propietarias de la tierra y ello se suele ver como un obstáculo para su productividad. En México, por ejemplo, el 24,5% de los derechos de tierra estaban en poder de ejidatarios y comuneros de entre 60 y 75 años de edad, y el 15% de los propietarios tenían más de 75 años en 2009 (Vásquez, 2010). Ello ha llevado a algunos sectores a plantear que el envejecimiento de los propietarios incide en el subaprovechamiento de las tierras, debido a que a las personas mayores ya no les resulta fácil adoptar cambios y transformaciones tecnológicas, puesto que siguen arraigados a las costumbres y a las formas tradicionales de cultivo. Se trata de un tema que —con la excepción de algunos países como la Argentina, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), México y el Perú, entre otros— no se aborda con la importancia que merece.

#### iii) **Mujeres de edad**

Los derechos de las mujeres mayores no se examinan de manera sistemática ni en los informes de los Estados ni en los informes paralelos de las organizaciones no gubernamentales. En la mayoría de los casos, la mujer de edad y la discriminación de que es objeto sigue recibiendo poca atención (CEDAW, 2009). Esta generalizada invisibilidad se aprecia también en las políticas públicas. En una revisión de la información proveniente de 41 Estados miembros de la CEPAL, se observa que muy pocos han implementado acciones favorables a las mujeres mayores. La discriminación contra las mujeres mayores, producto de las desigualdades acumuladas en el transcurso de la vida, no se aborda más allá de la seguridad económica y de iniciativas recientes en materia de servicios sociales.

Una labor a destacar es la del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados de la Argentina (INSSJP), que implementa un modelo sociocomunitario de salud que privilegia la atención primaria de la salud, junto con el desarrollo de prestaciones sociales dirigidas a fortalecer la participación de las personas mayores. En junio de 2011, el padrón de afiliados del INSSJP era de 4.429.922 personas, desde recién nacidos en adelante. De este, el 56% son mujeres de 60 años o más, lo que equivale a 2.488.284 de usuarias. En la edad más avanzada, el INSSJP tiene una cobertura de 1.056.359 de mujeres de 75 años o más. Entre los programas más innovadores que implementa esta institución, se encuentra el de derechos, ciudadanía y voluntariado, que incluye dos ámbitos de trabajo específicamente dirigidos a mujeres mayores.



Recuadro VII.1 (conclusión)

**iv) Personas mayores en situación de cárcel**

Otro tema desatendido es el impacto del envejecimiento en las cárceles. Según un estudio sobre la población carcelaria de edad avanzada en los Estados Unidos, los hombres y mujeres mayores son el grupo de más rápido crecimiento en las cárceles del país, y las autoridades penitenciarias se enfrentan a la tarea de brindarles alojamiento y atención médica adecuados. Entre 2007 y 2010, la cantidad de presos sentenciados a nivel federal aumentó más de 94 veces que la tasa de población carcelaria (HRW, 2011).

Con frecuencia, las personas mayores en situación de cárcel no cuentan con la atención necesaria y otras pasan en prisión por largos períodos sin recibir condena. En 2009, en todo el sistema penal de El Salvador existía un total de 514 personas mayores y el 6% de la población de reclusas de la cárcel de mujeres tenía más de 60 años; muchas de ellas no pudieron acceder a beneficios de libertad condicional por falta de información o medios para hacerlos efectivos (Jaspers, 2011). Se trata de una población que experimenta una mayor prevalencia de enfermedades y discapacidades, que generan costos médicos entre tres y nueve veces superiores a los de otros internos más jóvenes. Esta es una de las razones por las que, sobre todo en los países desarrollados, este tema adquiere cada vez mayor relevancia (Le Mesurier, 2011).

**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL.

## **2. El acceso a medicamentos esenciales y su regulación**

Experiencias destacadas que benefician a las personas mayores en el acceso a medicamentos tienen lugar en Antigua y Barbuda, la Argentina, Belice, Costa Rica, Cuba, Dominica, las Islas Vírgenes Británicas, México, el Paraguay, la República Dominicana, San Vicente y las Granadinas y Venezuela (República Bolivariana de). Recientemente también, el Ministerio de Salud de Nicaragua se comprometió a restituir los beneficios en materia de salud que las personas de edad habían perdido cuando se suprimió la pensión reducida que otorgaba el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, y a ejecutar un plan en los 153 municipios del país para garantizarles una mejor atención, así como la entrega de medicamentos y prótesis.

Entre las obligaciones básicas del derecho a la salud, se encuentra el facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (CDESC, 2000). En la región se trata de un ámbito que hay que seguir consolidando, puesto que conlleva un elevado gasto para las familias. Durante 2005, en el Perú, el 34% del gasto en salud fue realizado por los hogares y alrededor del 70% se dedicó a la compra de medicamentos. Este hecho afecta a los más pobres de la sociedad. Con el aseguramiento se reduce o se anula el gasto de los hogares en salud; sin embargo, una vez asegurados los medicamentos, es imprescindible dar un segundo paso dirigido a regular el mercado a partir de un esquema unificado de precios para mejorar la accesibilidad.

## **3. Los cuidados de largo plazo y los derechos humanos**

Los cuidados de largo plazo adoptan dos formas generales: atención domiciliaria o residencial (Naciones Unidas, 2011b). El Caribe de habla inglesa cuenta con mayor tradición en los servicios de atención domiciliaria (Anguila, Antigua y Barbuda, antiguas Antillas Neerlandesas, Aruba, Barbados, Bahamas, Dominica y Trinidad y Tabago, entre otros). Por su parte, la atención residencial es un área de política en la que los países han ido incursionando, aunque en este tema hay vastos desafíos que atender en los próximos años. En general, varios se han concentrado en la regulación de las instituciones de larga estadía (antiguas Antillas Neerlandesas, Argentina, Aruba, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Trinidad y Tabago, entre muchos otros). Sin embargo, en la mayor parte de los casos, la reglamentación es débil e incluso suele tratarse solo con

medidas administrativas. Un examen detallado muestra que la mayoría de las reglamentaciones no garantizan en plenitud los derechos y libertades fundamentales de las personas mayores, siendo recurrentes las denuncias por violaciones de las garantías de los residentes.

Un reciente informe de las Naciones Unidas (2011b) deja en evidencia que las limitaciones que exhiben los países de la región son problemas que aquejan a las personas mayores en todo el mundo. La falta de directrices internacionales y regímenes nacionales para regular y vigilar las prácticas de la atención residencial orientadas a garantizar que las personas mayores reciban apoyo cuando deban tomar decisiones informadas en materia de atención de la salud, su dignidad humana y autonomía dificulta aún más el quehacer de las instituciones que supervisan los cuidados de largo plazo. En tal sentido, se propone que los países se adelanten por medio de la aplicación de salvaguardas que efectivamente protejan a la población adulta que recibe atención residencial y, junto con ello, promuevan en el ámbito internacional y regional la adopción de directrices que estandaricen los aspectos centrales que deben tenerse en consideración para resguardar los derechos y libertades fundamentales de las personas mayores.

#### **4. La formación de recursos humanos y la cooperación Sur-Sur**

Este ámbito de trabajo sigue siendo un tema pendiente que, en general, envuelve una enorme cantidad de desafíos derivados de los cambios en las necesidades de atención y en la distribución de los servicios: la mayor complejidad de las soluciones y elevada demanda de acción multidisciplinaria; el incremento del tiempo dedicado por los equipos de salud a las personas mayores, y la extensión del período en condición de enfermo y la acumulación de enfermedades en un mismo sujeto.

Todo ello ocurre en un escenario en el que la mitad de los recursos humanos que atenderán a los pacientes mayores en los próximos 20 años fueron formados en los últimos 10 años (Fernández, 2010). Por lo tanto, los sistemas de salud se enfrentan a la escasez de profesionales médicos especializados. A ello se suma la emigración del personal sanitario en el Caribe de habla inglesa. Para paliar estas deficiencias, algunos países cuentan con una especialización en geriatría a nivel universitario (Chile, Costa Rica, México, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de)). Una modalidad interesante en este sentido es la que implementa el hospital Raúl Blanco Cervantes en Costa Rica, que, además de formar a los profesionales, coordina un programa de extensión de los servicios geriátricos a todo el país. Otra modalidad bastante recurrente es la formación en geriatría y gerontología de otros profesionales de la salud, la que en general alcanza una cobertura más amplia (antiguas Antillas Neerlandesas, Argentina, Belice, Brasil, Chile, Cuba y El Salvador).

Por último, la capacitación de cuidadores es más común en los países del Caribe de habla inglesa. En la mayoría de los Estados analizados se llevan a cabo iniciativas en dicho ámbito (Aruba, Belice, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tabago y otros). Ello no ocurre con la misma frecuencia en América Latina, donde los programas existentes no siempre están institucionalizados, son de baja cobertura y de esporádica implementación. En este escenario destaca la Argentina, con el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, y Cuba, con las escuelas para cuidadores en la comunidad, entre otros varios programas de formación.

Con el envejecimiento de la población, aumentará la demanda de personal calificado en los países en desarrollo, los cuales necesitan fortalecer sus propios sistemas de salud y aumentar la cantidad de personal de atención de salud calificado disponible (Naciones Unidas, 2007b). Esto requerirá medidas encaminadas a incrementar los recursos destinados a la capacitación del personal médico y no médico, incluso considerando estrategias de trabajo conjunto de cooperación Sur-Sur.

## **C. ENTORNOS PROPICIOS Y FAVORABLES**

### **1. Participación y garantías ciudadanas**

En el último período, sobre todo a partir de 2007, algunos países se han destacado por abrir o fortalecer los canales de participación de las personas mayores. Uno de ellos es Costa Rica, que conformó un foro consultivo integrado por líderes de todo el país que reciben consultas acerca de las acciones emprendidas por la institución nacional. En Chile, los comités regionales para el adulto mayor, creados por la ley N° 19.828 de 2002, están integrados en parte por autoridades y representantes de organizaciones de la sociedad civil. Nicaragua ha iniciado este proceso en enero de 2012, en cumplimiento de la ley N° 720, lo mismo que el Uruguay, que junto con el inicio de funciones del Instituto Nacional del Adulto Mayor (Inmayores), creó un Consejo Consultivo que representa a las organizaciones de personas mayores.

Asimismo, algunos países han fomentado la participación de las personas mayores en la elaboración de los planes nacionales referidos a este grupo poblacional. Desde 2003, en el Brasil, la Conferencia Nacional de los Derechos de las Personas Mayores reúne a más de 1.000 participantes cada dos años para definir los lineamientos de política. En Bolivia (Estado Plurinacional de) se implementó una estrategia de consulta para que el plan nacional se elabore y valide en conjunto con las organizaciones. En el Uruguay, se realizó un proceso de consulta con las personas mayores para la elaboración del Plan nacional de vejez y envejecimiento. Lo mismo se hizo en la República Dominicana con la estrategia nacional de desarrollo 2010-2030 y en el Perú con el Plan nacional para las personas adultas mayores 2006-2010.

Un fenómeno nuevo es la constitución de organizaciones de personas mayores que promueven la defensa específica de sus derechos. Es el caso de la Asociación de Jubilados y Pensionados Independientes (AJUPIN) en Nicaragua, la Red de Adultos Mayores (REDAM) en el Uruguay, la Asociación Nacional de Adultos Mayores de Bolivia (ANAMBO) y la Asociación Nacional de Adultos Mayores (ANAMH) en Honduras, entre otras, a las que se suman fuertes movimientos de personas mayores en Guatemala, Honduras, el Paraguay, el Perú, Puerto Rico y Venezuela (República Bolivariana de), los que han logrado la aprobación de leyes específicas en su favor o impedido medidas regresivas que afectan sus derechos. No obstante, el fomento de la participación en la vejez es un área de trabajo en la que se debe involucrar más recursos y voluntades para su pleno desarrollo, sobre la base de garantías explícitas.

### **2. Cuidado, economía y empleo**

En el ámbito del cuidado y apoyo a los cuidadores informales, el informe de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (Colombo y otros, 2011) advierte que en un escenario donde se prevé que el gasto en atención de largo plazo se triplicará en 2050, a causa del envejecimiento poblacional, se hace cada vez más relevante el mayor apoyo a los cuidadores familiares y profesionales. En los países miembros de esa organización, alrededor del 70% de los usuarios de atención de largo plazo reciben los servicios en casa. No obstante, el gasto en atención institucional representa el 62% del gasto total. El cuidado de relevo, el fomento del trabajo de medio tiempo y el pago de prestaciones a los cuidadores familiares podrían, por lo tanto, ser políticas rentables que reducen la demanda de costosa atención institucional (Colombo y otros, 2011).

En efecto, los cuidadores informales, es decir, los que se hacen cargo de sus familiares sin recibir por ello un salario, son una alternativa cada vez más interesante para las arcas públicas y el empleo. En España, durante 2008, ahorraron al Estado entre 25.000 y 40.000 millones de euros, lo que equivale a entre un 2,29% y un 3,79% del PIB nacional en dicho año. Por otra parte, la Asociación Española de los Servicios a la Persona prevé atender a 1,5 millones de ciudadanos en 2015, lo que equivaldría a la creación de 1 millón de puestos de trabajo en el área de los servicios sociales, pudiendo constituirse en un área laboral de importancia en los próximos decenios.

En la región, los países del Caribe de habla inglesa muestran un mayor desarrollo de los servicios sociales en comparación con los latinoamericanos, donde la necesidad de cuidado empieza a ganar cierto espacio en la agenda de los gobiernos. Ello ha derivado en que paulatinamente se vaya superando la visión salubrista de este tipo de servicios para avanzar hacia iniciativas más integrales y, en varios casos, con asentamiento en la comunidad. No obstante ello, las escasas evaluaciones realizadas muestran que en general son insuficientes y de baja calidad<sup>2</sup>.

El principal reto en este tema es encontrar soluciones que permitan mantener la dignidad e independencia de quienes necesitan cuidado, permitiéndoles permanecer en su entorno familiar. En Costa Rica, la Red de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores resulta muy valiosa en este sentido, en la medida en que busca llevar adelante un modelo que incluye a todos los actores que intervienen en el cuidado (comunidad, gobierno, empresas, familias y otros) para ofrecer un sistema organizado y articulado de servicios y prestaciones. En 2011, luego de 20 meses de iniciada su implementación, en el programa funcionaban 41 redes de cuidado que atendían a 3.638 personas mayores. De ellos, 3.548 reciben cuidados en sus propias casas y 120 en albergues o centros diurnos. Se espera que para 2014 la red tenga una cobertura de 2.500 beneficiarios.

### 3. Integridad y malos tratos

Antes de 2007, el tema de la violencia contra las personas mayores se trataba principalmente mediante campañas dirigidas a su prevención. En la actualidad, las tareas se ha ampliado sustancialmente, ya sea por medio del desarrollo de protocolos específicos (los lineamientos de política para la prevención del maltrato y la defensa de los derechos de las personas mayores en el Perú), la creación de instituciones (se designó un fiscal para personas mayores en la República Dominicana) y la ejecución de programas especiales (como el programa de prevención de la discriminación, el abuso y el maltrato hacia las personas mayores en la Argentina). También son cada vez más frecuentes los servicios de orientación sociolegal (Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil y Perú). A diferencia de otros ámbitos de acción, en este tema no se aprecia un desarrollo tan extendido en los países del Caribe de habla inglesa, con la excepción de Trinidad y Tabago, donde se creó un servicio de ayuda (*help desk*) para denunciar los casos de abuso y se redactaron normas para prevenir el maltrato en las instituciones de cuidados de largo plazo.

---

<sup>2</sup> Por ejemplo, en Bolivia (Estado Plurinacional de) un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo demostró que los servicios de acogida protegen solo a una de cada diez personas mayores en situación de abandono.

Con independencia de estos avances, se trata de un área que requiere un mayor reforzamiento. La desprotección legal que existe se expresa, por ejemplo, en que en las legislaciones nacionales sobre los derechos de las personas mayores en los países de la región, con la excepción de México y Colombia, la prevención de la violencia contra las personas de edad se circunscribe a medidas blandas y de muy reducida cobertura. En este sentido, las mujeres mayores suelen ser ampliamente perjudicadas. En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares de 2006, un 27% de las mujeres de 60 años o más, casadas o unidas, sufrieron un incidente de violencia durante el último año. Sin embargo, en la región, en 6 de los 17 países que cuentan con legislación sobre violencia intrafamiliar, no se protege a las personas de edad, y en muchos casos, cuando se ha legislado sobre el maltrato en la vejez, las garantías son insuficientes (Jaspers, 2011).

Una experiencia destacada en este ámbito es la que lleva adelante el gobierno de la Ciudad de México, que cuenta con: i) una red de prevención, detección y atención de la violencia contra las personas mayores que trabaja en estrecha colaboración con las organizaciones sociales; ii) un grupo interinstitucional de prevención, detección y atención de la violencia contra las personas mayores, inaugurado en 2005, y compuesto por diez instituciones que están en la actualidad elaborando un protocolo de atención, y iii) la Agencia Especializada para la Atención de Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia Familiar, creada en abril de 2010.

#### **4. Vivienda, transporte y accesibilidad**

La vivienda para las personas mayores tiene un valor importante. Es el espacio más querido y representativo de un conjunto de valores y recuerdos significativos, donde la propia historia se vincula con el espacio y los objetos. Por ello, se debe facilitar el deseo de envejecer en casa proporcionando información sobre riesgos de accidentes, así como los medios para eliminarlos, además de verificar la presencia de una serie de elementos de protección en la vivienda y su entorno (Huenchuan, 2009, Roqué y otros, 2010).

En América Latina, las acciones relacionadas con la vivienda están dirigidas, en su mayoría, a los sectores en situación de pobreza. El Uruguay es uno de los países latinoamericanos con más desarrollo en este ámbito. Por medio de la ley N° 18.340 de 2001 estableció los primeros beneficios para que los jubilados y pensionados accedieran a una vivienda, los que se ampliaron en 2006 con la creación de un subsidio para alquiler, que fue mejorado en septiembre de 2009 mediante el decreto del poder ejecutivo 397/009. En los países del Caribe de habla inglesa, las acciones en este ámbito son bastante comunes, aunque con distintas modalidades. En algunos, se otorgan transferencias directas (subvenciones) para el mejoramiento de las viviendas (Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas). En otros países, se entregan viviendas en comodato de propiedad del gobierno o se ofrecen unidades para el alquiler a bajo costo (Aruba y Bahamas). Otros ofrecen servicios para mantener el buen estado de la vivienda, como servicios de limpieza, suministro de equipamiento doméstico o rebajas en los servicios básicos (Bahamas y Barbados).

En materia de transporte, solo algunos países y territorios ofrecen gratuidad y otros únicamente rebajas (Argentina, Aruba, Belice, Brasil, Chile, Guatemala, Islas Vírgenes Británicas, Puerto Rico y Venezuela (República Bolivariana de)). Sin embargo, en muchos casos los servicios presentan dificultades de fiscalización o conllevan complicados trámites que las personas mayores no siempre están dispuestas a emprender. En cuanto a la accesibilidad del espacio público, las intervenciones más interesantes tienen que ver con estrategias de inclusión en la ciudad, aunque en general están circunscritas a algunos países (Argentina, Aruba, Colombia, Honduras, México, Paraguay y Perú). En varios de ellos, las iniciativas orientadas a la accesibilidad están estrechamente ligadas a la movilidad de las personas con discapacidad, por lo que benefician también a las personas mayores. Con todo, la falta de adecuación de los sistemas de transporte al cambio demográfico es evidente, lo que deriva en la profundización de las barreras urbanísticas que afectan a las personas de edad, a las que se suman otras relacionadas con la falta de adecuación de los espacios públicos urbanos a las necesidades de desplazamiento seguro de las personas mayores (Roqué y otros, 2010).

Al analizarse las posibles soluciones en ambos aspectos, vivienda y transporte, debe tomarse en cuenta que la salud y el bienestar en un entorno adecuado permiten a las personas mayores disfrutar de una buena calidad de vida. La existencia de estos aspectos facilita un envejecimiento saludable en un entorno propicio. El espacio físico accesible, la asistencia técnica y los servicios son herramientas a utilizar para lograr la autonomía personal. Esta capacidad para actuar por sí mismo, con la menor dependencia posible, es lo que permite permanecer integrado al medio social, familiar y comunitario de manera activa e independiente (Roqué y otros, 2010).



### Bibliografía

- CEDAW (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer) (2009), *Nota conceptual relativa al proyecto de recomendación general sobre la mujer de edad y la protección de sus derechos humanos* (CEDAW/C/2009/II/WP.1/R), 12 de mayo.
- CDESC (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) (2000), *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, Observación general N° 14* (E/C.12/2000/4), Nueva York, Consejo Económico y Social.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2010), *La hora de la igualdad: Brechas por cerrar, caminos por abrir* (LC/G.2432(SES.33/3)), Santiago de Chile.
- CICR (Comité Internacional de la Cruz Roja) (2010), *Annual Report* [ en línea] <http://www.icrc.org/eng/assets/files/annual-report/icrc-annual-report-2010.zip>.
- Colombo, F. y otros (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).
- Fernández, Alberto (2010), “Formación de recursos humanos en materia de adulto mayor en Cuba”, presentación en la X Conferencia RIICOTEC sobre la necesidad a los derechos en políticas públicas de discapacidad y envejecimiento, Asunción, 22 y 24 de septiembre.
- HRW (Human Rights Watch) (2012), *Old Behind Bars. The aging prison population in the United States*, Nueva York.
- Huenchuan, Sandra (ed.) (2009), “Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas”, *Libros de la CEPAL*, N° 100 (LC/G.2389-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.08.II.G.94.
- Jaspers, Dirk (2011), “La situación de los derechos humanos de las personas mayores y sus formas de protección” (OEA.Ser.G CAJP/GT/DHPM/INF. 3/11), presentación en la reunión del Grupo de Trabajo sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Comisión de Asuntos Jurídicos y Políticos, Consejo Permanente de la Organización de Estados Americanos (OEA), 4 de noviembre [en línea] <http://scm.oas.org/IDMS/Redirectpage.aspx?class=CAJP/GT/DHPM/INF&classNum=3&lang=t>.
- Le Mesurier, Nick (2011), *Supporting Older People in Prison: ideas for practice*, junio.
- Naciones Unidas (2010a), *World Population Ageing 2009* (ST/ESA/SER.A/295), Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.10.XIII.5.
- \_\_\_\_\_ (2010b), *Informe de la experta independiente encargada de los derechos humanos y la extrema pobreza, Magdalena Sepúlveda Carmona* (A/HRC/14/31), Consejo de Derechos Humanos, 14° período de sesiones, 31 de marzo.
- \_\_\_\_\_ (2007a), *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* (A/RES/61/106), Nueva York.
- \_\_\_\_\_ (2007b), *Estudio económico y social mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece*, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- Ramos, Miguel Angel, David Vera-Tudela y María Kathia Cárdenas (2009), *Las personas adultas mayores y su contribución a la lucha contra la pobreza*, Lima, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), noviembre.
- Roqué, Mónica y otros (2010), *Accesibilidad al medio físico para adultos mayores*, Buenos Aires, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.
- Vásquez, Felipe (2010), “Ruralidad y vejez”, *Envejecimiento y salud. Una visión transdisciplinaria*, México, D.F., Instituto de Geriatria.