



PÁGINAS SELECTAS DE LA CEPAL

Las dimensiones del envejecimiento y los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe

Textos seleccionados 2009-2020

Daniela González, Zulma Sosa
y Leandro Reboiras (compiladores)



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL



Si desea recibir información oportuna sobre nuestros productos editoriales y actividades, le invitamos a registrarse. Podrá definir sus áreas de interés y acceder a nuestros productos en otros formatos.

 www.cepal.org/es/publications

 www.cepal.org/apps



La colección Páginas selectas de la CEPAL representa una propuesta editorial innovadora de la CEPAL, acorde con las modalidades de difusión y de lectura de la era digital.

Los títulos incluidos en esta colección electrónica corresponden a compilaciones de textos sobre temas candentes que forman parte de las grandes líneas de trabajo de la Organización. Los artículos originales pueden ser accedidos en su versión completa a través de los enlaces incluidos en la publicación y en la sección final "Documentos incluidos en esta compilación".

Alicia Bárcena
Secretaría Ejecutiva

Mario Cimoli
Secretario Ejecutivo Adjunto

Raúl García-Buchaca
Secretario Ejecutivo Adjunto para Administración y Análisis de Programas

Paulo Saad
Director del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
(CELADE)-División de Población de la CEPAL

Sally Shaw
Oficial a cargo, División de Documentos y Publicaciones

Los textos seleccionados en este volumen corresponden a documentos institucionales de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (informes anuales, documentos de conferencias y documentos de los períodos de sesiones) y a libros o documentos de los siguientes autores y editores: Alberto Arenas, Catarina Camarinhas, Gretchen Donehower, Atenea Flores Castillo, Silvia Gascón, Lydia Rosa Gény, Francis Jones, Sandra Huenchuan, Rosita Konrfeld, Ronald Lee, Andrew Mason, Matthias Meißner, Tim Miller, Valerie E. Nam, Antonio Prado, Nélida Redondo, Luis Rivadeneira, Emiliana Rivera, Luis Rodríguez Piñero, Adriana Rovira, Paulo Saad, Ana Sojo, Humberto Soto y Miguel Villa.

LC/M.2021/2

ISBN: 978-92-1-004757-9 (versión pdf)

Copyright © Naciones Unidas, marzo de 2021
Todos los derechos reservados
Documento digital en Naciones Unidas, Santiago de Chile

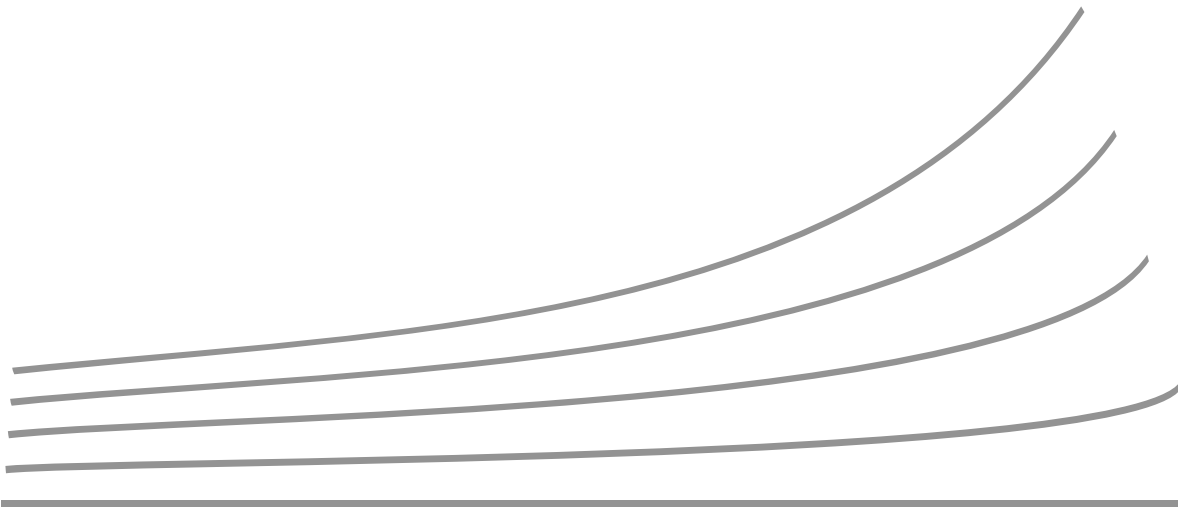
S.20-00842

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Publicaciones y Servicios Web, publicaciones.cepal@un.org. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a la CEPAL de tal reproducción.

Índice

Prólogo.....	7
Introducción	9
Capítulo I	
Los derechos humanos de las personas mayores	11
Introducción.....	12
A. La construcción social de la vejez como base de la diferencia y la falta de autonomía.....	13
B. La agenda de la igualdad y las personas de edad.....	22
C. Los derechos humanos en un contexto de envejecimiento y la protección de los derechos de las personas mayores	23
D. Aspectos teórico-conceptuales sobre los derechos humanos de las personas mayores	26
E. El cambio de paradigma: la consideración del envejecimiento como un asunto de derechos humanos	30
F. Las personas de edad y sus derechos específicos.....	42
G. COVID-19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos.....	48
H. Los derechos humanos en el centro de la acción	50
I. La protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19	53
Capítulo II	
La dimensión demográfica del envejecimiento	57
Introducción.....	58
A. El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica.....	59
B. Cambio demográfico, disparidades y convergencias regionales.....	80
C. El cambio de la estructura por edad.....	92
D. Situación sociodemográfica de las personas mayores en América Latina y el Caribe.....	98
E. Envejecimiento regional y sistemas de pensiones	123
F. El contexto demográfico en el debate sobre los sistemas de pensiones.....	125
Capítulo III	
Las dimensiones socioeconómicas del envejecimiento y las relaciones intergeneracionales	133
Introducción.....	134
A. Inserción laboral de las personas mayores, necesidades y opciones	135
B. La propagación del bono y del impuesto demográfico en el mundo	155
C. El bono de la igualdad de género.....	158
D. La economía generacional	161
E. El alargamiento de la vida, la reducción de la fecundidad y el envejecimiento de la población aumentan la demanda de riqueza.....	163
F. ¿Qué es la riqueza? El capital, las pensiones públicas esperadas o la asistencia privada esperada en la vejez.....	163
G. Información que ofrecen las cuentas nacionales de transferencias	164
H. Conclusiones desde la perspectiva de la economía generacional	167

Capítulo IV	
Calidad de vida durante la vejez.....	169
Introducción.....	170
A. Los desafíos de la cobertura universal en los sistemas de pensiones: protección y desprotección social en América Latina	171
B. Envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos.....	173
C. Consolidar sistemas de pensiones universales y solidarios para la igualdad.....	191
D. La protección social en la vejez: su importancia en el marco de la cooperación para el desarrollo.....	193
E. El cuidado de largo plazo de las personas mayores y las obligaciones del Estado.....	199
F. Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia.....	216
G. Los riesgos de dependencia en la vejez derivados del estado de salud	226
H. Las aristas del cuidado.....	229
I. En la otra punta de la vida: el cuidado de las personas adultas mayores	244
J. Envejecimiento, familias y sistemas de cuidados en América Latina.....	251
K. Los cuidados paliativos al final de la vida y la muerte digna.....	266
Capítulo V	
Envejecimiento, protección social y derechos de las personas mayores en el Caribe.....	275
Introducción.....	276
A. Envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos.....	277
B. Tercer examen y evaluación de la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, y de la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe	285
C. Entornos propicios y favorables para las personas mayores.....	289
D. Implicaciones del envejecimiento poblacional en el gasto social en el Caribe	301
Capítulo VI	
La institucionalidad y las políticas para la vejez	307
Introducción.....	308
A. Institucionalidad pública, envejecimiento y derechos humanos.....	309
B. Sistemas de pensiones en América Latina: fundamentos normativos y desafíos demográficos en el horizonte de la igualdad.....	316
C. El aporte de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores al logro de la igualdad.....	321
D. Experiencias y prioridades para incluir a las personas mayores en la implementación y seguimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.....	323
E. De las enseñanzas aprendidas al fortalecimiento de las instituciones.....	327
F. La justificación de una convención internacional sobre los derechos de las personas de edad	329
Bibliografía.....	335
Documentos incluidos en esta compilación	359
Bibliografía adicional de la CEPAL sobre el tema	361



Prólogo

El envejecimiento de la población, consecuencia de la acelerada transición demográfica en América Latina y el Caribe, es el principal fenómeno demográfico de esta época en la región. Ello se ve reflejado en la creciente proporción de personas mayores, tendencia que seguirá intensificándose en los próximos años. Según las proyecciones más recientes de las Naciones Unidas, las personas de 60 años y más suman actualmente alrededor de 85 millones y representan el 13% de la población total de la región. Las estimaciones indican que en 2050 este grupo alcanzará los 190 millones de personas y representará el 25% de la población regional.

En este contexto, otra tendencia es el envejecimiento entre las personas mayores. El grupo de personas muy mayores, de 80 años y más, crece con mayor intensidad y su proporción en relación con la población total se triplicará en los próximos 30 años, pasando del 2% al 6%, es decir, alcanzará un total de alrededor de 42 millones de personas hacia 2050. Esta tendencia es significativa porque dicho grupo, en general, presenta necesidades y capacidades muy diferentes a las de los demás grupos etarios. Además, las mujeres, con una esperanza de vida y sobrevivencia mayor que los hombres, están sobrerrepresentadas entre las personas mayores, especialmente en el grupo de 80 años y más, lo que tiene implicaciones importantes para las políticas públicas en materia de salud, cuidados y protección social.

De allí surge la necesidad de que las políticas y programas en materia de población y desarrollo, en general, y de protección social, en particular, incorporen la perspectiva de género. Es un hecho que la carga histórica del sistema patriarcal profundiza las carencias de la protección social de las niñas y las mujeres, agudiza la segregación femenina en el sector del trabajo informal y no remunerado, y aumenta el nivel de participación de las mujeres en la esfera del cuidado. Es por ello que uno de los desafíos más importantes para la región es la reorganización social de las labores y la economía del cuidado, así como el logro de la plena corresponsabilidad entre el Estado, el mercado y las familias.

La crisis sanitaria, social y económica generada por la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) está afectando con particular dureza a las personas mayores. Si bien el riesgo de contraer el COVID-19 está presente en todos los grupos de edad, las personas mayores están expuestas a un riesgo significativamente mayor de mortalidad y enfermedad grave después de la infección, debido en gran medida a la mayor incidencia de enfermedades de base en este grupo poblacional. Según el informe presentado por el Secretario General de las Naciones Unidas, António Guterres, en mayo de 2020, sobre los efectos del COVID-19 en las personas de edad, la tasa de mortalidad del grupo de mayores de 80 años asociada a la enfermedad equivalía a cinco veces

el promedio mundial y podía aumentar aún más a medida que el virus se propagara rápidamente a los países en desarrollo¹.

Asimismo, la pandemia ha exacerbado la discriminación por edad y las desigualdades socioeconómicas que afectan de manera particular a las personas mayores, especialmente a las mujeres y las personas mayores con discapacidad, respecto al acceso a bienes esenciales y servicios básicos, y a la protección social.

Conforme advierte el Secretario General, cuando superemos esta crisis nos veremos enfrentados a la elección de regresar al mundo que conocíamos antes o abordar de manera decisiva aquellos problemas que nos hacen a todos innecesariamente vulnerables a esta crisis y a otras futuras.

Es indispensable, por tanto, volver a situar la protección de los derechos de las personas mayores en el centro de los esfuerzos de respuesta de las políticas públicas en el contexto de la pandemia e incorporar la visión y los compromisos que emanan de la multiplicidad de instrumentos y acuerdos internacionales y regionales en la materia, como el Plan de Acción de Madrid sobre el Envejecimiento, la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, la Declaración de Asunción “Construyendo sociedades inclusivas: envejecimiento con dignidad y derechos” y, por supuesto, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

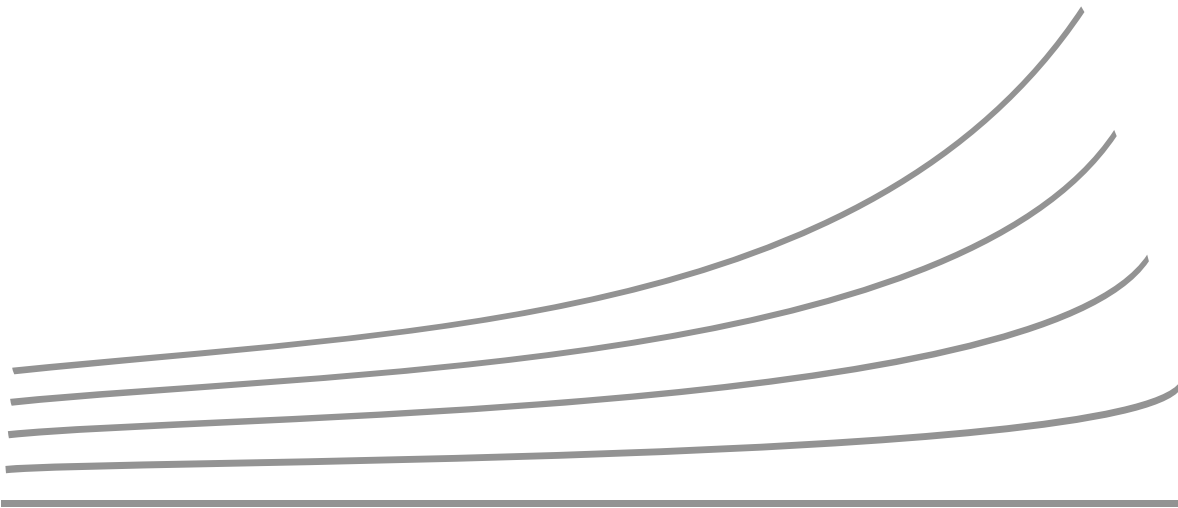
A lo largo de los últimos años, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha venido conformando un vasto acervo de documentos, investigaciones y contribuciones sobre el envejecimiento y las múltiples dimensiones que atañen a la protección y la promoción de los derechos de las personas mayores en el marco del desarrollo sostenible. La Comisión ha sido pionera, además, en el abordaje del envejecimiento y los derechos humanos en recomendaciones de políticas y acuerdos en la materia, acompañando el activo papel de la región en los debates multilaterales. También lo ha sido en el sentido de destacar los importantes aportes que las personas mayores hacen a la sociedad y crear conciencia sobre las oportunidades y los desafíos del envejecimiento en el mundo de hoy.

Esta publicación se inscribe en la colección *Páginas Selectas de la CEPAL*, que provee acceso digital a los trabajos elaborados por la Comisión sobre el tema, y se propone como un aporte a la reflexión sobre las múltiples dimensiones del envejecimiento y los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe. La selección que aquí se presenta incluye fragmentos de documentos de la CEPAL publicados entre 2009 y 2020. En este marco, se aborda el envejecimiento de la población desde algunas de sus múltiples dimensiones, se presentan los temas más relevantes de la agenda regional sobre las personas mayores y se incluyen los avances y desafíos en relación con el diseño e implementación de políticas para la realización de los derechos de todas las personas mayores. En el caso de los trabajos más recientes, publicados a fines de 2020, la problemática de la crisis sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19 constituye la preocupación central.

Esperamos que la selección de textos compilada en este volumen sea una contribución para una mejor comprensión de las estrechas interrelaciones entre el envejecimiento poblacional, los derechos de las personas mayores y el desarrollo sostenible en nuestra región, con la convicción más profunda de que los derechos humanos de las personas mayores deben ser parte fundamental e insoslayable de las estrategias que nos permitan avanzar hacia el horizonte de la igualdad sin dejar a nadie atrás.

Alicia Bárcena
Secretaría Ejecutiva
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

¹ Véase Naciones Unidas, *Informe de políticas: los efectos de la COVID-19 en las personas de edad*, Nueva York, mayo de 2020.



Introducción

Los seis capítulos que componen este volumen contienen una selección de textos destacados en los que la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) plantea su reflexión sobre las múltiples dimensiones del envejecimiento, la protección y la promoción de los derechos humanos de las personas mayores y el desarrollo sostenible, con la perspectiva de género como eje transversal.

En ellos aparecen claramente presentados los retos que plantea el envejecimiento poblacional para los países de América Latina y el Caribe en términos de la inclusión de las personas mayores, la promoción de sus derechos, los marcos institucionales y normativos para su realización, el fortalecimiento de los sistemas de protección social y la atención a los factores que agudizan las condiciones de vulnerabilidad, entre otras preocupaciones cruciales, poniendo el foco al final del primer capítulo en los efectos de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), un elemento disruptivo que ha tenido enorme impacto sobre la vida y la salud de las personas mayores.

Si bien los trabajos seleccionados corresponden al período comprendido entre 2009 y 2020, se incluye un texto del año 2000¹ que marcó un hito en el tratamiento del envejecimiento como una de las facetas más significativas de la transición demográfica en la región por parte de la CEPAL, e implicó su entrada definitiva en las reflexiones de la Comisión en relación con las múltiples dimensiones del desarrollo.

Dicho texto fue parte de un documento más amplio, elaborado en ocasión de la realización del Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad, que fue organizado por la CEPAL en septiembre de 1999 en Santiago. El Encuentro constituyó el evento central en la región del Año Internacional de las Personas de Edad, declarado por la Asamblea General de las Naciones Unidas ese mismo año. De allí la importancia de rescatarlo como una contribución señera del pensamiento cepalino sobre las interrelaciones entre el envejecimiento, los derechos de las personas mayores y el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe.

En la propuesta de contenidos que se ofrece a los lectores en este volumen es posible reconocer el compromiso permanente de la CEPAL para dar visibilidad a las problemáticas y preocupaciones consustanciales a la realización cabal de los derechos humanos de las personas mayores. Se trata de uno de los grandes aportes de la CEPAL a la construcción de la agenda regional y mundial sobre los derechos de las personas mayores, que está indisolublemente ligada al imperativo de la igualdad y de no dejar a nadie atrás.

¹ M. Villa y L. Rivadeneira, “El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica”, *Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad: seminario técnico*, serie Seminarios y Conferencias, N° 2 (LC/L.1399-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2000.

Los artículos fueron ordenados en torno a seis grandes áreas temáticas estrechamente vinculadas entre sí. En el primer capítulo se aborda una dimensión central del envejecimiento, la protección de los derechos humanos de las personas mayores y, hacia el final, se incorpora el análisis de los desafíos que plantea la pandemia de COVID-19 para la protección de esos derechos.

El segundo capítulo tiene como eje el envejecimiento en el marco del proceso de transición demográfica que experimenta la región y sus efectos en distintos órdenes, como la situación sociodemográfica de las personas de edad, la universalidad y sostenibilidad de los sistemas de pensiones, y los aspectos vinculados a la búsqueda de la igualdad.

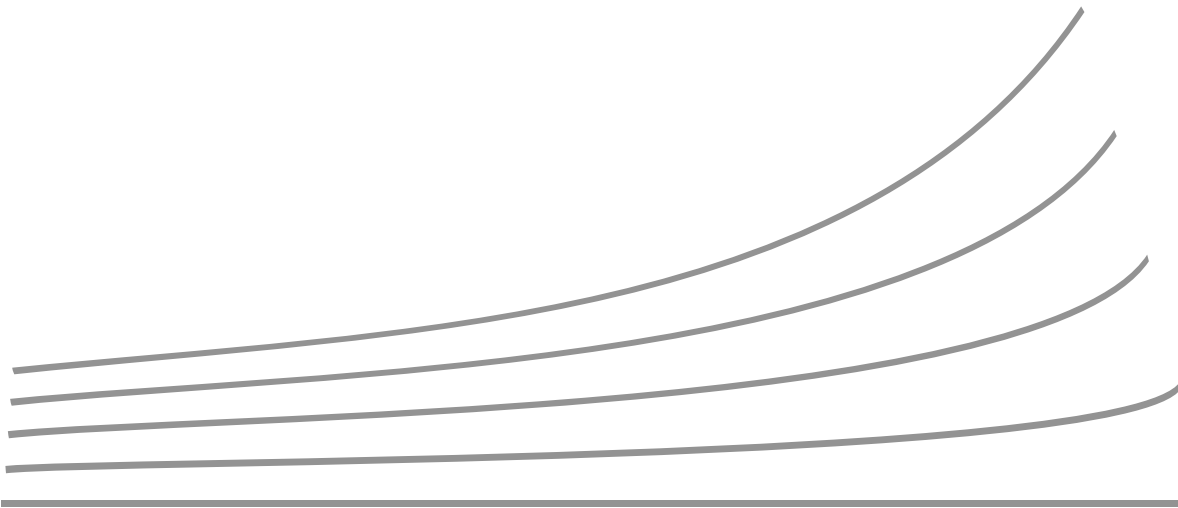
En el tercer capítulo se examinan las dimensiones socioeconómicas del envejecimiento y las relaciones intergeneracionales, adentrándose en el análisis de las estrechas vinculaciones entre las transferencias intergeneracionales y el crecimiento económico en la región desde el enfoque de las cuentas nacionales de transferencias.

El cuarto capítulo se centra en los aspectos que atañen a la calidad de vida durante la vejez abordando las diferentes dimensiones de la protección social expresadas en la integración de sus tres pilares básicos, a saber, las pensiones, la atención básica de salud y los servicios sociales para la autonomía, que actúan en conjunto para cerrar las brechas de protección.

El quinto capítulo pone el foco en el envejecimiento y sus vinculaciones con la protección social y los derechos humanos de las personas mayores en el Caribe, en el marco del cambio demográfico experimentado en dicha subregión y de los desafíos socioeconómicos que este entraña.

El sexto y último capítulo está dedicado a la institucionalidad y las políticas para la vejez en la región, incluidos los instrumentos multilaterales y regionales de protección de los derechos humanos de las personas mayores, con especial énfasis en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Por último, al final del volumen se pone a disposición de los lectores un listado de bibliografía relevante del vasto acervo de trabajos de la CEPAL sobre las diferentes dimensiones del envejecimiento, en los cuales se entretajan distintas miradas —también del sector académico, de la sociedad civil y de los Gobiernos de la región— que fueron documentadas en el período abarcado por esta selección.



Capítulo I

Los derechos humanos de las personas mayores

Fuente:

- A.** CEPAL (2017), *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía*
<https://bit.ly/2Hra58Y>
- B.** S. Huenchuan y A. Rovira (editoras) (2019), *Medidas clave sobre vejez y envejecimiento para la implementación y Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe*
<https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44806/LCMEXSEM2501.pdf>
- C.** S. Huenchuan (2018), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*
<https://bit.ly/3koeV4Z>
- D.** S. Huenchuan (2013), *Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013*
<https://bit.ly/3ojVMUm>
- E.** S. Huenchuan y L. Rodríguez-Piñero (editores) (2010), *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*
<https://bit.ly/34lnmse>
- F.** L. Rodríguez-Piñero (2010), *Los desafíos de la protección internacional de los derechos humanos de las personas de edad*
<https://bit.ly/31yffac>
- G.** CEPAL (2020), *COVID-19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos*
<https://bit.ly/3krtchn>
- H.** CEPAL México (2020), *COVID-19 y sus impactos en los derechos y la protección social de las personas mayores en la subregión*
<https://bit.ly/2YpG6mQ>
- I.** CEPAL (2020), *Desafíos para la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19*
<https://bit.ly/2NLP7Jy>

Introducción

El capítulo I aborda una dimensión central de los trabajos de la CEPAL en materia de envejecimiento como es la protección de los derechos humanos de las personas mayores. En el primer documento seleccionado se analizan aspectos como la construcción social de la vejez —como base de la diferencia y la falta de autonomía—, el fundamento y la estandarización de los derechos humanos de las personas mayores, y las disposiciones necesarias para la realización de los derechos humanos de las personas mayores.

La propuesta de la CEPAL sobre la igualdad, tanto en términos de igualdad de oportunidades como de reducción de las brechas en materia de logros efectivos, se explicita de manera concisa en el segundo de los documentos incluidos en el capítulo. En tanto que, en el tercer texto, se sintetizan los principales problemas y limitaciones que enfrentan las personas mayores para llevar a la práctica sus derechos humanos.

Los factores que limitan la igualdad formal y real de las personas mayores, así como las discusiones en torno a sus derechos, se abordan en el cuarto texto del capítulo. En el quinto, se realiza una aproximación a las distintas conceptualizaciones y modelos sobre el envejecimiento en el marco del cambio de paradigma que significó la consideración del envejecimiento como un asunto de derechos humanos. El sexto texto, en tanto, explica el proceso de adopción de derechos específicos de las personas mayores.

Por último, y a través de tres textos de reciente publicación, el capítulo incorpora el análisis de los desafíos que plantea la pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) para la protección de los derechos de las personas mayores, como imperativo y oportunidad de fortalecer la protección de sus derechos. Entre otros aspectos, se plantea un diagnóstico de la situación de las personas mayores frente a los posibles impactos de la pandemia, tomando en consideración factores como el envejecimiento poblacional, las condiciones de salud, los arreglos domiciliarios y la coresidencia, y el acceso a infraestructura básica —como agua y saneamiento— y a los sistemas de protección social.

Fuente CEPAL (2017), *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía*; A, B, pp. 60-64, D, pp. 69-75.

A. La construcción social de la vejez como base de la diferencia y la falta de autonomía

Un primer asunto que debe plantearse en relación con la protección de los derechos humanos de las personas mayores es qué es lo que las hace distintas del resto. John Williams (2011) plantea que las personas mayores son adultos y, como tales, tienen derecho a la autonomía; por lo tanto, el desafío es garantizar que esta sea respetada de la misma forma que ocurre en el caso de otros adultos.

El autor establece una comparación entre dos grupos que, sobre la base de una condición común —su edad extrema—, son diferentes al resto: los niños y las personas mayores. La edad cronológica es la que determinaría la dependencia en ambos casos, pero expresada de manera distinta: durante la infancia, en la falta de capacidad para decidir de manera independiente y durante la vejez, en la pérdida de la autonomía o la limitación para ejercerla.

La diferencia fundamental entre ambos grupos radica, sin embargo, en la transitoriedad perdurabilidad de la dependencia que tienen en común. Mientras que en la infancia las personas son protegidas para que logren desarrollar la capacidad de ser autónomas, en la vejez, por el contrario, son despojadas de la posibilidad de decidir por sí mismas a medida que su edad avanza.

La edad es una dimensión fundamental de la organización social; sin embargo, no se establece una relación con los derechos y las responsabilidades que emanan de su construcción social durante cada uno de los períodos del ciclo vital (Neugarten y Neugarten, 1987). En el caso de la vejez, desde hace varias décadas se ha documentado la forma en que, de una u otra manera, la edad avanzada condiciona la posición disminuida que tienen las personas mayores en las sociedades occidentales, lo que con frecuencia restringe su autonomía.

Esta constatación, indiscutible para los activistas en materia de derechos humanos, académicos e incluso responsables del diseño y la implementación de políticas sobre la vejez, parece no ser suficiente todavía para la comunidad internacional. Así como fue necesario realizar distinciones entre deficiencia y discapacidad cuando se hacía referencia a las personas con discapacidad, y entre sexo y género cuando se trataba de las mujeres, hay que hacer ahora el mismo ejercicio respecto de las personas mayores, distinguiendo en este caso entre la vejez y el edadismo.

La edad cronológica o de calendario marca el inicio de una nueva etapa de la vida. En general, este límite etario en la vejez suele estar asociado al momento de la jubilación como un fenómeno “connatural” para todas las personas, aunque en la práctica tiene una relación más estrecha con la edad fisiológica. Ambos cambios —los que marca el calendario y los que evidencia el cuerpo— traen consigo una serie de alteraciones para las personas mayores y quienes las rodean, debido a que existe una visión estereotipada y negativa de la vejez, que subordina a quienes la experimentan.

Surge así, tal como en el caso de las mujeres y de las personas con discapacidad, una relación opresiva entre la sociedad y las personas mayores, aunque basada en causas diferentes: la anatomía impone el destino en el caso de las primeras, la deficiencia hace lo propio con las segundas (Palacios y Bariffi, 2007) y la edad de la vejez repite el mismo patrón con las personas mayores.

No obstante, en la causa que está en la base de la discriminación de las personas mayores radica la complejidad de distinguirla de manera específica y reconocer la particularidad

de sus derechos. En efecto, la clasificación por edad se caracteriza por el continuo cambio. Además, como afirma Williams (2011), en la práctica las personas mayores son adultos y, como tales, deberían disfrutar de una igualdad real y formal. Por otra parte, a menos que ocurra una muerte temprana, todos llegarán a la edad de la vejez y corren el riesgo de ser discriminados por ser mayores, con independencia del estatus que hayan logrado en otras etapas de la vida. Si esto es una realidad ineludible, ¿por qué y cómo se alientan los prejuicios negativos hacia las personas mayores?, ¿por qué la autonomía que se adquiere con la adultez se pierde en la etapa del ciclo vital previa a la muerte?

Traxler (1980) definió a las personas mayores como un grupo subordinado a causa de su edad, que ve conculcados sus derechos por la percepción estereotipada y negativa que se tiene de él. A su vez, identificó cuatro factores que intervienen en las actitudes y conductas negativas hacia las personas mayores en la sociedad occidental: el miedo a la muerte, el énfasis en un ideal joven, la productividad medida estrictamente en términos de potencial económico y la concentración en la institucionalización de las personas mayores.

El miedo a la muerte influye en el temor a la vejez. La civilización occidental concibe la muerte como algo que está fuera del ciclo de la vida humana y como una afrenta hacia la propia existencia (Butler y Lewis, 1977). Es por ello que el edadismo reflejaría el profundo malestar de los jóvenes y adultos de mediana edad frente a la inutilidad, impotencia y finitud de la vida que la vejez pone de manifiesto en el imaginario, lo que se expresa a la larga en un rechazo personal y una aversión colectiva hacia las personas mayores. Como el temor a la muerte es algo cultural, mientras no lo han aprendido los niños suelen ser más condescendientes con los mayores.

El énfasis en un ideal joven y un imaginario asentado en la productividad van unidos. La belleza, la lozanía y la sexualidad como atributos de una inacabable juventud constituyen rasgos sobrestimados en la sociedad (Northcott, 1975). Lo mismo ocurre con la acumulación de bienes materiales y la primacía de los proyectos personales, asociados al éxito y al poder. En la vejez, las personas pierden ambos atributos —la juventud y la productividad basada en el empleo— y constituirían, por lo tanto, una carga para la sociedad, a diferencia de los niños, que cuentan con todo el potencial para desarrollarlos (Butler, 1969).

Por último, la vejez suele ser sinónimo de institucionalización, aunque ahora menos que antes. Esta asociación se basa en que una de las formas más antiguas de atención de las personas mayores ha sido su internación en instituciones denominadas hospicios asilos, cuyas prácticas moralizantes y segregadoras siguen marcando en la actualidad la representación colectiva de la edad avanzada (Guillemard, 1992).

Para tener derechos, las personas, por una parte, deben ser percibidas como individuos diferentes unos de otros y ser capaces de formular juicios morales independientes y, por otra, deben formar parte de la comunidad política y ser competentes para establecer lazos de empatía con los demás (Hunt, 2009), atributos que resulta difícil cumplir cuando se asimila el deterioro fisiológico a la falta de capacidad.

En este sentido, hay que aclarar que no todas las personas mayores se perciben a sí mismas como discriminadas en razón de su edad. Este es un argumento que se suele utilizar para fundamentar que, por lo mismo, no son un grupo social diferenciado, ya que no comparten la experiencia de discriminación como algo común. No obstante, la heterogeneidad intrínseca de todos los grupos sociales no fue obstáculo para alcanzar consensos dirigidos a eliminar la discriminación en el caso de las mujeres, de las personas con discapacidad o por motivos raciales. No deja de ser paradójico que a las personas mayores se les exijan más atributos comunes que a otros colectivos para reconocerles derechos.

1. El fundamento y estandarización de los derechos humanos de las personas mayores

Los derechos humanos precisan de tres cualidades entrelazadas: deben ser naturales, vale decir, inherentes a todos los seres humanos; iguales, esto es, los mismos para todos, y universales, lo que significa que sean válidos en todas partes (Hunt, 2009).

La literatura sobre el tema muestra que fue más fácil aceptar el carácter natural de los derechos humanos, en contraposición a lo divino y lo animal, que su universalidad e igualdad (Hunt, 2009). Prueba de ello han sido las constantes luchas de los grupos discriminados por alcanzar un reconocimiento particular. En todos los casos, el argumento principal es que sus características o necesidades específicas los ponen en una situación de inferioridad o marginación estructurales con respecto a la sociedad en su conjunto (Rodríguez-Piñero, 2010).

Esta desventaja sería el resultado de una modernidad incapaz de aceptar la diversidad social y proporcionar un trato igualitario a todos los ciudadanos. Desde esta perspectiva, distintos autores han afirmado que la concepción de una igualdad ciega a las diferencias sociales, la neutralidad del Estado respecto de las concepciones del bien y la buena vida, y la falta de tolerancia para garantizar el pluralismo han impuesto una homogeneidad social lacerante que discrimina a los diferentes y oprime a los grupos desaventajados. Por el contrario, el reconocimiento de un conjunto de derechos para estos grupos sociales podría evitar estos males y remediar ese olvido (Rodríguez Abascal, 2002).

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) señala que “el principio de la universalidad de los derechos humanos es la piedra angular del derecho internacional de los derechos humanos. Este principio, tal como se destacara inicialmente en la Declaración Universal de Derechos Humanos, se ha reiterado en numerosos convenios, declaraciones y resoluciones internacionales”¹.

En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, por ejemplo, se dispuso que todos los Estados tenían el deber, independientemente de sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales (Naciones Unidas, 2008). Pese a este amplio reconocimiento, no siempre hay acuerdo sustancial respecto del significado y los alcances de la universalidad, por lo que algunos autores afirman que esta noción se ha constituido en un lugar común, del que muchos hablan pero que en realidad pocos manejan con propiedad (Gutiérrez, 2011).

El debate sobre los derechos humanos de las personas mayores no está ajeno a ello. Son usuales las referencias a la universalidad de los derechos hechas tanto por aquellos que opinan que su protección jurídica debería ser más enérgica por parte de la comunidad internacional como por quienes declaran que lo que falta es concentrarse en la implementación efectiva de los instrumentos existentes para cautelarlos. Al margen de ello, el rasgo de la universalidad reclama que los derechos humanos constituyen un mínimo ético asumible por toda la humanidad en el presente, por lo que una vez superada la discusión sobre su fundamento, hay que concentrarse en su catálogo (Lema Añón, 2011).

Las personas mayores, en teoría, deben disfrutar de los mismos derechos que todos los seres humanos, pero antes de que lo logren es indispensable reforzar su constitución como titulares. En efecto, en los debates en curso sobre los derechos humanos de las personas mayores todos los involucrados concluyen que, desde su dimensión ética, la universalidad de los derechos también incluye a las personas mayores. No obstante, el estrecho vínculo que existió entre el envejecimiento y

¹ Véase [en línea] <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>.

la beneficiencia llevó a la fácil conclusión de que las personas mayores solo necesitaban de atención sociosanitaria para vivir con dignidad².

Por otra parte, si los derechos humanos de las personas mayores se refirieran únicamente a un ideal de conducta —como ocurre de hecho con los actuales Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, aprobados en virtud de la resolución 46/91 de la Asamblea General—, no sería tan complejo su reconocimiento por parte de la comunidad internacional. El disenso surge por la necesidad de que los derechos humanos estén reconocidos en un instrumento jurídico vinculante como un requisito *sine qua non* para que la conducta en relación con ellos sea exigible (Gutiérrez, 2011).

El debate actual en el ámbito internacional se concentra en este ámbito. Se trata de establecer si el actual catálogo de derechos humanos de las Naciones Unidas es realmente útil o no para proteger los derechos de las personas mayores. Varios países latinoamericanos, africanos e incluso algunos europeos han manifestado que no es suficiente y, sin impugnar la concepción universal de los derechos humanos, proponen su interpretación por medio de un instrumento particular³.

Lo anterior significa que los estándares de derechos humanos no deben entenderse de manera dogmática, como si la moralidad que les dio origen fuera estática. La insistencia en la especificación de los derechos humanos en contexto de envejecimiento quiere decir que los instrumentos vigentes y creados en décadas pasadas no son infalibles ni inalterables (Hunt, 2009).

El mismo Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ya lo entendió así a propósito de su Observación general núm. 6 de 1995, cuando afirmó que “ni en el Pacto ni en la Declaración Universal de Derechos Humanos se hace explícitamente referencia a la edad como uno de los factores prohibidos. En vez de considerar que se trata de una exclusión intencional, esta omisión se explica probablemente por el hecho de que, cuando se adoptaron estos instrumentos, el problema del envejecimiento de la población no era tan evidente o tan urgente como en la actualidad” (Naciones Unidas, 1995).

2. Disposiciones de especial interés en relación con los derechos humanos de las personas mayores

Existen algunas disposiciones generales sobre derechos humanos que son particularmente relevantes para las personas mayores y hay medidas específicas que deben ponerse en práctica para remover los obstáculos que les impiden su pleno goce (CDDH, 2013b). A partir del debate en curso en distintas partes del mundo, así como de las respuestas que los países brindaron a la consulta planteada en 2013 por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la promoción y la protección de los derechos humanos de las personas mayores, es posible identificar aquellas áreas en las que se necesita reforzar la protección de este grupo social y aquellas en las que es preciso implementar medidas para que se respete su autonomía.

² El Comité Director de Derechos Humanos del Consejo de Europa ha llamado la atención sobre este punto al afirmar que, aunque la preocupación por las personas mayores no es algo nuevo para el Consejo de Europa —y ello se demuestra en la amplitud de temas abordados en decisiones y resoluciones del Consejo de Ministros y el Parlamento—, generalmente ellas fueron tratadas como un grupo que requería protección, pero no como titulares de derechos.

³ Un ejemplo de la adaptación de los principios de los derechos humanos a contextos específicos ocurrió en momentos previos a la aprobación de una convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, cuando los expertos y la sociedad civil advirtieron que, si bien los valores básicos que sustentan los derechos humanos constituían los cimientos de un sistema de libertades fundamentales que protege contra el abuso de poder y crea un espacio para el desarrollo del espíritu humano, para que estos fueran útiles debían ser pensados concretamente en contexto de discapacidad (Quinn y Deneger, 2002).

i. Identificación y definición de los titulares de derechos

Para la especificación de las personas mayores como titulares de derechos se podría precisar de una definición acerca de quiénes componen este grupo social, aunque hay que dejar sentado que ello no es indispensable.

Una definición de las personas mayores como sujeto al que se protege en un instrumento internacional implicaría necesariamente circunscribir las definiciones de vejez —ya sea cronológica, fisiológica o social—. La tarea es extremadamente compleja, puesto que una característica propia de este grupo social, como de toda la humanidad, es su marcada heterogeneidad.

Estas distinciones no están ausentes del ámbito regional. Aunque se aplique únicamente un criterio cronológico, suelen existir diferencias con respecto a la frontera que marca el inicio de la vejez. Solo en América Latina, por ejemplo, la definición en términos cronológicos del comienzo de esta etapa vital establecida legalmente difiere entre un país y otro.

La frontera cronológica no es la única que puede demarcar la vejez respecto de las etapas anteriores de la vida; también se puede trazar una distinción basada en el nivel de funcionalidad. Sin embargo, no se sabe con certeza cuándo comenzará la pérdida de funcionalidad y menos aún se puede afirmar que ese inicio sea el mismo para hombres y mujeres, para personas de distinto origen étnico o para grupos definidos según otra base de diferenciación social. Por otra parte, sentar un límite funcional como base de una definición de la persona mayor sería el equivalente a decir que el sexo es el que define la posición discriminada de las mujeres o que la deficiencia lo hace en el caso de las personas con discapacidad.

Lo óptimo pareciera ser aplicar una forma de definir la vejez que tenga como base la discriminación de la que son objeto las personas mayores. El Grupo de redacción sobre los derechos humanos de las personas mayores del Comité Director de Derechos Humanos del Consejo de Europa (2013) señala al respecto que una definición de persona mayor debería referirse a la condición de vulnerabilidad que el envejecimiento conlleva para todos los seres humanos, la que deriva de las actitudes, percepciones sociales negativas u otros factores que originan barreras que se expresan en la forma de discriminación, limitación o impugnación del ejercicio de los derechos humanos.

Más allá de discutir acerca del uso del concepto de vulnerabilidad en esta definición⁴, aceptar una definición de este tipo permitiría poner en el centro de la discusión la discriminación que afecta a este colectivo humano en razón de la etapa de la vida en que se encuentra. Junto con ello, ayudaría a desplazar el problema desde el individuo de edad avanzada hacia la sociedad, lo que supondría concentrarse en los obstáculos sociales y no en el funcionamiento de la persona, criterio que ya se utilizó en el caso de las personas con discapacidad (Etxeberría, 2008).

En ese caso, se trata de reconocer que la sociedad, que está conformada de tal modo y que desarrolla tales dinámicas, margina a quienes tienen determinadas características, impidiendo la realización plena de sus capacidades. Vale decir que no es la vejez la que dificulta el ejercicio de los derechos humanos: es la concepción de la vejez la que niega el goce de esos derechos (Megret, 2011).

A pesar de lo conveniente de adoptar esta definición, cabe mencionar que solo ha sido utilizada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa en su recomendación CM/Rec(2014)2. En la Organización de los Estados Americanos (OEA), para circunscribir el ámbito de aplicación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, se definió a la persona mayor como aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna del

⁴ Robin Allen (2012) realiza un análisis detallado del tema y propone una definición según la cual entre las personas mayores se incluyen aquellas que, porque tienen o se percibe que tienen una edad avanzada, encuentran barreras para participar plena y efectivamente en la sociedad en una base de igualdad con los demás.

país determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años⁵, y en el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de las Personas de Edad en África se definió a la persona mayor como aquella de 60 años o más.

ii. El carácter multifacético de los derechos humanos en la vejez

La CEPAL (2010) afirmó que debido a la multiplicidad de las fuentes normativas existentes y a la diversidad de su categoría jurídica, su alcance regional o su contenido, existe una amplia variedad en lo referente a la definición de los derechos mínimos de las personas mayores en los instrumentos internacionales de derechos humanos. Esta divergencia implica una serie de dificultades prácticas relevantes para los titulares de deberes, y en particular para los Estados, que son los responsables últimos de la adopción de medidas legislativas y normativas para promover los derechos de las personas mayores. Esa situación también afecta a los titulares de derechos y a otras partes interesadas, que desempeñan un papel fundamental en su protección y en la promoción de su respeto.

En la actualidad, a pesar de la existencia del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de las Personas de Edad en África y de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, todavía no hay acuerdo acerca de cuáles son los contenidos mínimos de un estándar internacional de derechos de las personas mayores en el ámbito de las Naciones Unidas.

Persisten distintos puntos de vista, lo que por cierto tiene consecuencias sobre las obligaciones que derivarían de la posible expresión de tales derechos en una norma positiva. En algunos casos, lo que se busca es repetir el catálogo de derechos humanos de los pactos internacionales, haciendo explícita la referencia a la situación particular de las personas mayores en cada uno de ellos. En ocasiones, este ejercicio suele asemejarse mucho a la elaboración de un plan de acción pormenorizado y en la práctica se pierde el objetivo de identificar la esencia y el fundamento de los derechos humanos en contexto de envejecimiento.

En otros casos, se afirma que hay que avanzar en la identificación de medidas dirigidas a eliminar la discriminación de la que es objeto este colectivo. Se señala que el principio de igualdad y no discriminación es la justificación principal de la necesidad de contar con instrumentos internacionales específicos sobre los derechos de este grupo de la población. En ese caso, cabría pensar que más que un instrumento sobre los derechos de las personas mayores, lo que se requiere es un instrumento internacional para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas mayores (Rodríguez-Piñero, 2012).

Por último, una tercera posición parte de la base de que las violaciones de los derechos humanos que sufren las personas mayores son, de alguna forma, de naturaleza diferente a las que afectan a otras personas y que su falta de consideración es la que torna inadecuados los instrumentos de derechos humanos destinados a garantizar su plena protección. En este marco, como ocurrió en el caso de las personas con discapacidad, pareciera que lo que se necesita es, por una parte, profundizar el significado que los derechos humanos existentes tienen para las personas mayores y, por la otra, aclarar las obligaciones de los Estados con respecto a la promoción y protección de esos derechos en contexto de envejecimiento. De esta manera, un estándar de derechos humanos serviría para desnaturalizar algunas prácticas y dar contenido político a otras (Megret, 2011).

⁵ OEA, Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, aprobada el 15 de junio de 2015 [en línea] http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf.

En efecto, junto con las medidas para proteger a las personas mayores frente a la discriminación, se deben favorecer las condiciones para que puedan ser autónomas e independientes. Algunos problemas se relacionan con prácticas discriminatorias, pero muchos otros se vinculan con un nivel de vida adecuado⁶.

En definitiva, el principio de igualdad y de no discriminación es sin duda una justificación para la adopción de un instrumento internacional, pero no es el único. Otros valores de derechos humanos como la dignidad y la solidaridad son igualmente esenciales; por lo tanto, cualquier iniciativa destinada a proteger los derechos de las personas mayores debe estar destinada a garantizar los derechos económicos, sociales y culturales, así como su autonomía y participación⁷.

iii. Asuntos específicos relacionados con la protección de los derechos humanos de las personas mayores

a) La realización de la dignidad en la vejez

La dignidad es un valor básico de los derechos humanos. Todas y cada una de las personas tienen un valor inestimable, nadie es insignificante y todas las personas son fines en sí mismas. Esto significa que deben ser valoradas con independencia de su capacidad económica o de cualquier otro atributo que sea ajeno a su condición de ser humano (Quinn y Deneger, 2002).

En la resolución 67/139 “Hacia un instrumento jurídico internacional amplio e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad”, aprobada por la Asamblea General en diciembre de 2012, se incorpora la dignidad como un elemento central de un instrumento internacional sobre los derechos de las personas mayores. Lo mismo se hizo en su momento en relación con los derechos de las personas con discapacidad. Este hecho no es una mera coincidencia; lamentablemente ambos grupos de personas comparten el menoscabo de su dignidad por medio de prácticas que minan el respeto de su condición humana, como la compasión o la invisibilización.

Tal como está organizada la sociedad, no todas las personas pueden desarrollarse plenamente hasta el final de sus vidas. Hay obstáculos que favorecen las ofensas y humillaciones en contra de las personas de edad, que les impiden vivir con libertad y autonomía. De ahí se desprende la necesidad de que en un instrumento internacional de derechos humanos, cualquiera sea su naturaleza, se establezca que el Estado tiene una responsabilidad con respecto a la dignidad de las personas mayores y debe considerar, por una parte, las condiciones personales existentes, para construir a partir de ellas y, por la otra, los obstáculos del medio social y físico, para eliminarlos (Etxeberria, 2008).

⁶ Es probable que en la discusión sobre los derechos de las personas mayores se repita lo que ocurrió en el debate respecto de las personas con discapacidad, cuando algunos Estados solicitaron un instrumento mucho más restrictivo que el que finalmente fue aprobado, concentrándose en su carácter antidiscriminatorio y débil en cuanto a las obligaciones de los Estados.

⁷ Por otra parte, urge superar el enfoque de la vulnerabilidad al abordar los asuntos de las personas mayores. En derecho, el adjetivo “vulnerable” se utiliza para referirse a aquellas personas que necesitan ser protegidas porque tienen características propias que les impiden ser autónomas. El ejemplo más claro lo constituyen los niños, que en razón de su edad —vale decir, una característica personal— no disfrutan de la misma autonomía que los adultos y, en consecuencia, no se les reconoce su capacidad legal, aunque sí son protegidos por el principio del interés superior del niño. Entender a las personas mayores como un grupo vulnerable lleva implícita la idea de que siempre lo serán y requerirán protección, con independencia de las circunstancias que las rodeen. La definición de un instrumento sobre los derechos de las personas de edad debe hacerse desde otra perspectiva. Ante todo, se deben identificar las condiciones exógenas como consecuencia de las cuales ellas requieren medidas especiales en su favor, e intervenir de manera particular sobre esas condiciones con la finalidad de que logren su autonomía. En las discusiones en curso sobre los derechos de las personas mayores es evidente que el enfoque de la vulnerabilidad sigue presente. Pero tales derechos deben protegerse, promoverse y respetarse por la dignidad inherente de las personas mayores. Esos derechos no son un instrumento para integrarlas al resto de la sociedad, asumiendo implícitamente que el problema de la falta de inclusión es de las propias personas de edad, porque no ejercen sus derechos. Muy por el contrario, son fines en sí mismos y su valor debe reconocerse como tal.

b) El reconocimiento de la autonomía de las personas mayores

En los últimos 20 años, muchos países han reformado las normas sobre capacidad jurídica y las leyes de custodia para pasar de un modelo médico, que se centraba solo en un diagnóstico de incapacidad, a otro en que se trata de evaluar la capacidad de los individuos funcionales (ACNUDH, 2012). Sin embargo, por medio de medidas de tutela, las personas mayores a menudo siguen siendo despojadas de manera arbitraria de su capacidad de responder a sus propias necesidades, expresar sus deseos, tomar decisiones, hacer elecciones y lograr sus metas, lo que limita cualquier posibilidad de que autocontrolen sus vidas (CDDH, 2013b).

Con frecuencia no se hace una distinción entre la autonomía moral y la autonomía fáctica⁸. De este modo, frente a una ausencia de esta última, se restringe de inmediato la capacidad de las personas mayores para tomar sus decisiones. Se hace caso omiso de que, de acuerdo con lo que dicta el derecho internacional, cualquiera sea la limitación, nunca debe considerarse como absoluta de una vez y para siempre⁹.

En el caso de las personas mayores, su capacidad debe ser juzgada permanentemente en relación con la tarea o las circunstancias específicas en que se ejerce (CDDH, 2013a). El acento debe ponerse entonces en fortalecer los mecanismos que favorezcan que la persona continúe ejerciendo su autonomía por el mayor tiempo posible, antes que recurrir a figuras que la reemplacen en sus decisiones.

Esto significa que cualquier instrumento sobre los derechos de las personas mayores debe, en primer lugar, garantizarles la posibilidad de ser autónomas para gestionar sus proyectos vitales en su dimensión privada o civil, de modo que puedan llevar una vida independiente en su entorno familiar durante el tiempo que quieran y puedan, así como para participar activamente en la dimensión pública y política de la organización de la sociedad (Etxebarria, 2008; CDDH, 2013b).

c) Medidas especiales de protección de grupos específicos

En los “Lineamientos para una convención sobre los derechos de las personas mayores”¹⁰, elaborados por los países de América Latina y el Caribe que participaron en la Tercera Reunión de Seguimiento de la Declaración de Brasilia, realizada en Santiago en octubre de 2009, se identificó, como grupos que requieren medidas especiales de protección, a las mujeres mayores, las personas mayores indígenas, las personas mayores pertenecientes a minorías étnicas o nacionales, lingüísticas o religiosas, y las personas de edad en situaciones de riesgo y emergencia humanitaria. El Uruguay quiso incorporar además a las personas mayores en situación de cárcel, pero no contó con el respaldo suficiente para hacerlo.

En la base de la identificación de estos grupos específicos como resultado del consenso entre 26 países que participaron en esta Reunión se hallaba la necesidad de proteger de manera particular a aquellos individuos que forman parte de grupos en los que la edad se suma a otras causas de discriminación, o que suelen estar expuestos con mayor frecuencia al riesgo de invisibilidad o conculcación de sus derechos. No fueron grupos establecidos de forma somera, sino que se definieron como resultado de una respetuosa negociación que se inició en la Segunda Reunión

⁸ La primera relativa a la capacidad racional para tomar decisiones de las que se puede ser responsable y la segunda concerniente a la posibilidad de llevar a cabo las decisiones (Etxebarria, 2008).

⁹ En la doctrina internacional de derechos humanos, las disposiciones fundamentales del derecho relacionado con la capacidad legal y la toma de decisiones en pie de igualdad de las personas con discapacidad con las demás personas se definen en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En el artículo 12 se establece la obligación del Estado de “reconocer que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida” y de “adoptar las medidas apropiadas para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica”, mientras que en el artículo 17 se dispone que “toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental”. Estas protecciones han generado un viraje hacia la adopción de decisiones con apoyo como alternativa a la tutela, haciendo hincapié en la autonomía e independencia de la persona en lugar de en su dependencia e incapacidades.

¹⁰ Véase [en línea] scm.oas.org/pdfs/2012/CP27862S.doc.

de Seguimiento de la Declaración de Brasilia, efectuada en Buenos Aires en mayo de 2009. Los Lineamientos sirvieron como base para la elaboración de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Esta decisión fue coherente con los procesos llevados a cabo en África y Europa. En el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de las Personas de Edad en África se incluye la protección especial de grupos específicos de personas mayores y se establecen las obligaciones de los Estados al respecto. Entre ellos se encuentran las mujeres mayores, las personas de edad que tienen a su cuidado huérfanos y niños vulnerables, aquellas con discapacidad y las personas en situaciones de conflicto o desastres (Misión Permanente de Sudáfrica ante las Naciones Unidas, 2013). En el caso de la recomendación CM/Rec(2014)2 sobre la promoción de los derechos humanos de las personas de edad adoptada por el Comité de Ministros de los Estados miembros del Consejo de Europa, se incluye a las personas mayores en situación de cárcel, y en su informe explicativo se llama la atención acerca de la situación específica de las mujeres mayores, de los inmigrantes de edad avanzada y de las personas mayores con discapacidad (CE, 2014).

Los criterios tanto de la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos como del Comité Director de Derechos Humanos del Consejo de Europa se condicen con los aplicados por las Naciones Unidas en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en que se incluyen medidas de protección específicas para las mujeres con discapacidad (artículo 6) y los niños y niñas con discapacidad (artículo 7), y en la Convención sobre los Derechos del Niño, en que se establecen medidas especiales para los niños privados de su medio familiar (artículo 20), refugiados (artículo 22), impedidos (artículo 23) y de minorías o de pueblos indígenas (artículo 30). En el mismo sentido, en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas se establece (artículo 22) que en su aplicación se prestará particular atención a los derechos y necesidades especiales de “los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidad indígenas”¹¹.

En la discusión internacional sobre la protección de los derechos de las personas mayores hay que considerar todos los puntos de vista y los argumentos a favor y en contra de la adopción de medidas especiales de protección. Sin embargo, nuevamente hay que velar para que la protección sea de amplio alcance e incorpore los requerimientos particulares de ciertos grupos de personas mayores que en razón de la combinación de la edad con otras causas de discriminación sufren de forma extrema la violación de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

¹¹ No ocurrió lo mismo en el caso del proyecto de convención interamericana sobre los derechos de las personas mayores. En febrero de 2013, en el marco de la labor del Grupo de Trabajo sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores de la OEA, a sugerencia de la Presidencia, se suprimió el capítulo sobre grupos específicos con la siguiente exposición de motivos: “Se sugiere eliminar este capítulo relativo a los derechos de grupos específicos ya que al identificar a determinados grupos como víctimas de situaciones de desigualdad estructural o de alta vulnerabilidad como se los llama en el proyecto, se corre el riesgo de dejar por fuera a otros grupos poblacionales que también requieren de una protección especial por parte del Estado. Igualmente, cabe señalar que existen diferencias al interior de cada Estado sobre cuáles son los grupos que requieren de medidas de acción positiva, por lo cual es una tarea de identificación que debe realizarse a nivel interno. Por último, resta señalar que de la revisión de los distintos instrumentos de protección de derechos humanos no surge que se hayan identificado explícitamente los grupos que requieren de medidas especiales de los Estados Partes. Por lo expuesto, sugerimos incluir solamente el artículo 26 sobre medidas afirmativas que es un artículo que reconoce de manera genérica, sin hacer identificaciones, a los grupos que se encuentran en una situación de desventaja y que requieren de una protección específica al interior de cada Estado Parte” (OEA, 2013). En un comienzo, la eliminación de las medidas especiales para grupos específicos fue objetada por el Brasil, apoyado por otras delegaciones, pero primó la sugerencia de la Presidencia y en el proyecto de convención no se incluyó un capítulo dedicado exclusivamente a estos grupos. Debido a la intervención de la República Dominicana, apoyada por otras delegaciones, solo se incluyó la mención de las situaciones de emergencia.

Fuente

S. Huenchuan y A. Rovira (editoras) (2019), *Medidas clave sobre vejez y envejecimiento para la implementación y Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe*; B, pp. 57-58.

B. La agenda de la igualdad y las personas de edad

La propuesta de la CEPAL, denominada “Pentalogía de la igualdad”, afirma que esta es un valor intrínseco del desarrollo que busca la región. Esta propuesta brinda el marco normativo y sirve de base para los pactos sociales que se traducen en más oportunidades para quienes tienen menos. En otras palabras, 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).

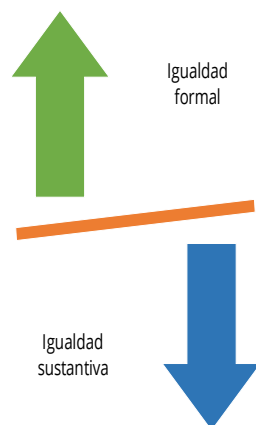
Desde esta perspectiva, el Estado debe ser capaz de asumir una gestión estratégica, con una mirada de largo plazo del desarrollo. Tiene que ocuparse de incrementar la participación en los beneficios económicos de los sectores excluidos y vulnerables, desarrollar políticas públicas que suministren bienes 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).

La igualdad, junto con el principio de universalidad y no discriminación, 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 sustantiva (Huenchuan y Rodríguez-Piñero, 2010).

El Estado interviene en el cierre de las brechas que existen entre igualdad formal y sustantiva para igualar potenciando el desarrollo de las capacidades que permitan acceder y disfrutar del bienestar, y movilizando las instituciones, el crecimiento y las políticas públicas a fin de brindar protección social con una clara vocación universalista y redistributiva.

■ Diagrama I.1

Igualdad sustantiva frente a la igualdad formal



La igualdad es un principio consagrado en los instrumentos internacionales de derechos humanos y es el horizonte del desarrollo que propone la CEPAL.

- **Igualdad formal:** 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).
- **Igualdad sustantiva:** un enfoque jurídico o programático puramente formal no es suficiente para lograr la igualdad de facto. Se requiere que las personas tengan las mismas oportunidades desde un primer momento y que dispongan de un entorno que les permita conseguir la igualdad de resultados.

En definitiva, garantizar un trato idéntico para todos es insuficiente. En ciertas circunstancias será necesario que haya un trato no idéntico para equilibrar diferencias por medio de los ajustes razonables.

Fuente S. Huenchuan (2018), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*; Recuadro III.1, pp. 93-95.

C. Los derechos humanos en un contexto de envejecimiento y la protección de los derechos de las personas mayores

• Problemas contemporáneos de las personas mayores y sus derechos humanos

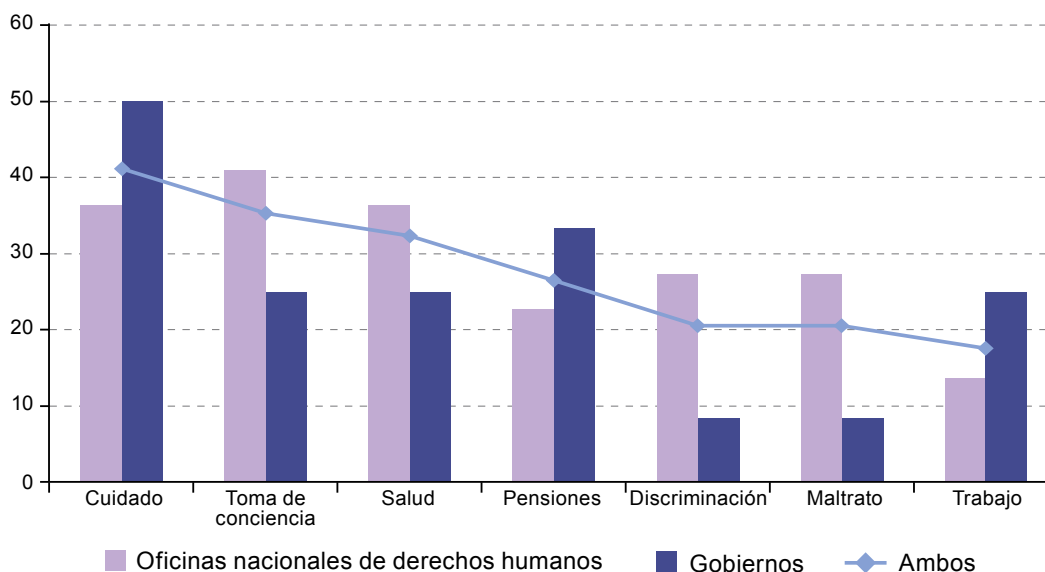
En los últimos años, los informes del Secretario General de las Naciones Unidas y de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos han hecho sendas contribuciones para visibilizar los problemas y limitaciones que enfrentan las personas mayores para llevar a la práctica sus derechos. En 2013, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos realizó una amplia consulta sobre la promoción y la protección de los derechos de las personas de edad. Se obtuvieron respuestas de Estados Miembros de las Naciones Unidas de todo el mundo, incluidos Gobiernos, instituciones nacionales de derechos humanos y académicas y organizaciones de la sociedad civil.

El análisis de la información disponible sobre 34 países^a pone de manifiesto los principales asuntos que preocupan a los Gobiernos y las oficinas nacionales de derechos humanos en relación con este tema. Del total de respuestas analizadas de ambos estamentos, en el 41,2% se identificó como una de las principales problemáticas el cuidado, en el 35,3% se señaló la falta de toma de conciencia sobre la situación y los derechos de las personas mayores, en el 32,4% la salud, en el 26,5% las pensiones, en el 21% la discriminación y el maltrato, y en el 17,6% el trabajo.

■ Gráfico I.1

Ámbitos en que se presentan los principales problemas relacionados con los derechos de las personas mayores según los Gobiernos y oficinas nacionales de derechos humanos de 34 países, 2013

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), “Public consultation on the human rights of older persons”, 2013 [en línea] <http://www.ohchr.org/EN/Issues/OlderPersons/Pages/Consultation15April2013Submissions.aspx>.

^a Aunque en total respondieron 37 Estados, en este análisis no se incluye a aquellos cuyo informe no estuvo disponible en ninguno de los idiomas oficiales de las Naciones Unidas.

Cuidado: la mención del tema del cuidado fue independiente del hecho de que fuese un país desarrollado o en desarrollo el que estaba respondiendo la consulta de la Oficina del Alto Comisionado. La oficina nacional de derechos humanos del Reino Unido, por ejemplo, puso de manifiesto que las personas mayores que reciben cuidados de largo plazo experimentan dificultades para ejercer sus derechos. Apoyándose en un estudio reciente, el organismo sostuvo que la opinión de este grupo sobre la forma en que quería vivir era ignorada y que a menudo estas personas confundían las opciones de las que disponían. En el informe de Serbia se mencionaron las debilidades que tiene el Estado para facilitar el acceso a los servicios de cuidado de largo plazo, sobre todo en las zonas rurales.

Toma de conciencia: la necesidad de toma de conciencia fue un tema recurrente en las respuestas de los países. La mayoría insistió en la necesidad de fomentar actitudes positivas hacia las personas de edad y una mayor concienciación sobre sus derechos humanos. En el informe de Costa Rica se mencionó que era evidente la falta de mecanismos apropiados para promover que las personas mayores conozcan los derechos que les asisten y exijan su efectividad, y para que las instituciones responsables hagan efectivo su cumplimiento, una conclusión similar a la de Irlanda. En la respuesta de Chipre se aludió a la necesidad de luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas de edad. La República Dominicana puso énfasis en la necesidad de tomar conciencia de las capacidades de las personas mayores y el aporte que ellas hacen a la sociedad, lo mismo que los Gobiernos de Haití y Rumania, entre otros.

Salud: este fue otro tema frecuentemente resaltado. Algunos países se concentraron en la salud mental, otros en la prevención de enfermedades infectocontagiosas y crónicas. En el informe de la oficina nacional de derechos humanos de Australia se aludió a la creciente demanda de recursos para atender las necesidades de salud de las personas de edad. La oficina nacional de derechos humanos de Malasia hizo referencia a la escasez de profesionales de la salud, en particular en el área de geriatría. La oficina correspondiente de Marruecos señaló que gran parte de las personas de edad no cuentan con un seguro de salud.

Seguridad social: la seguridad social fue otro de los temas mencionados en las respuestas de varios países. En el informe de Francia se lo abordó desde el punto de vista de la sostenibilidad del sistema de pensiones, tal como lo hizo Rumania. La oficina nacional de derechos humanos del Afganistán sostuvo que, de acuerdo con la Constitución del país, el Estado tiene la obligación de proporcionar pensiones a sus ciudadanos, pero debido a la muy mala situación económica estas solo se brindan a los empleados gubernamentales. La oficina nacional de derechos humanos de Australia informó que las personas de edad avanzada de ese país son muy vulnerables a la pobreza. Detalló que las pensiones son su fuente más común de ingreso, pero que muchas personas atraviesan un largo período de desempleo antes de alcanzar la edad de jubilación.

Discriminación: en el informe de Chipre se indicó que persisten los estereotipos y prejuicios en relación con las características y competencias de las personas mayores, así como aquellos que dificultan el logro de una verdadera igualdad en el lugar de trabajo. En la República de Moldova también existen dificultades para acceder al mercado laboral y persiste el riesgo de perder el empleo por razones de edad. Suiza manifestó asimismo que la discriminación por este motivo era un problema frecuente en el país. La oficina nacional de derechos humanos de Australia añadió que la discriminación por edad era un obstáculo importante para que las personas mayores desarrollaran plenamente su potencial. La oficina nacional de derechos humanos de Malasia explicó que el imaginario cultural adverso y las representaciones sociales discriminatorias sobre el envejecimiento y la vejez son un problema significativo en el país.

Maltrato: el maltrato también fue señalado en varias ocasiones como un tema de preocupación. La oficina nacional de derechos humanos del Reino Unido, por ejemplo, puso de manifiesto su

inquietud por la incidencia del maltrato en los servicios de cuidado de largo plazo. Dentro de estas instituciones se detectaron graves dificultades para que las personas mayores se alimentaran o para que recibieran los medicamentos que les habían sido prescritos. La oficina nacional de derechos humanos de Uganda hizo referencia a que los sistemas de apoyo tradicionales de la comunidad no funcionan, lo que ha llevado a las personas mayores al aislamiento, el abuso, el estrés, la pobreza crónica y al abandono. En el informe de Francia se indicó que, a pesar de las dificultades para medir la incidencia del maltrato, se trata de una realidad que afecta a un vasto sector de la población de personas mayores. En el informe de Haití se manifestó la preocupación por el abuso físico que los cuidadores cometen contra las personas mayores. Además, se señaló que a menudo se las infantiliza y no se les permite tomar ninguna decisión sobre sus necesidades.

Trabajo: si bien la discriminación por razones de edad es uno de los factores que más fuertemente afectan el trabajo de las personas mayores, también se enfrentan a otras situaciones negativas en el ámbito laboral. La oficina nacional de derechos humanos de Uganda indicó que la carga económica de las personas mayores se ve agravada por la necesidad de cuidar a los huérfanos y otros niños vulnerables que dejan los jóvenes que han fallecido por el VIH/SIDA. La oficina nacional de derechos humanos de Australia señaló que la falta de flexibilidad en el lugar de trabajo constituye un problema para muchos trabajadores mayores. En la República de Moldova, las personas de edad tienen dificultades para acceder al mercado laboral. Al mismo tiempo, sus necesidades financieras se incrementan debido al deterioro de su salud.

Fuente S. Huenchuan (2013), *Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013*; C, pp. 18-20, D, pp. 20-21.

D. Aspectos teórico-conceptuales sobre los derechos humanos de las personas mayores

1. Factores que limitan la igualdad formal y real de las personas mayores

El reconocimiento de la especificidad de las personas mayores como titulares de derechos no es una tarea fácil. Varios factores intervienen en esa situación, pero sin duda los más relevantes que se pueden identificar son:

- La irrupción reciente del colectivo de personas mayores como sujetos diferenciados.
- El conflicto al que se ven sometidas las personas mayores, al identificarse con rasgos que simbolizan marginación.
- La carencia de un modelo social de atención que favorezca su autonomía.
- Las reacciones adversas frente a los supuestos privilegios de los que ellas gozarían.

Desde una perspectiva histórica, las personas mayores han sido las últimas en irrumpir como un grupo diferenciado, con intereses propios, rasgos culturales específicos y exigencias sociales definidas (Megret, 2011). La industrialización trajo consigo una estructuración social que a grandes rasgos se dividía en estamentos, clases sociales, etnias, pero no por grupos etarios. Antes de 1968, nunca en la historia un grupo de edad —en ese momento los jóvenes— se habían enfrentado a la sociedad como un colectivo diferenciado del resto (Fericgla, 1992). De manera simultánea, o más tarde aún —como ocurrió con las personas con discapacidad—, surgieron otros colectivos que demandaron un reconocimiento particular.

La reciente irrupción de las personas mayores tiene un fundamento demográfico, pero sobre todo social. Por mucho tiempo se consideró que los problemas del envejecimiento y de las personas mayores formaban parte de la vida natural y había que resolverlos en el ámbito individual y privado. Se convirtieron en problemas públicos cuando empezaron a comportarse como un grupo distinto al resto, a exigir programas especiales en su favor, y a invocar la edad y no la necesidad como criterio de asignación de recursos (Elder y Cobb, 1993). Aunque todavía hay muchas reservas con respecto a esto último, y en relación a las obligaciones que la sociedad tiene para con este colectivo, es un hecho que las personas mayores cada vez con mayor frecuencia buscan el apoyo político invocando el derecho antes que la carencia.

Sin embargo, la evidente heterogeneidad de los intereses de las personas mayores ha limitado el surgimiento de organizaciones masivas con autoridad para hablar por ellas y exigir sus derechos en pie de igualdad (Elder y Cobb, 1993). Ello constituye un verdadero obstáculo para plantear demandas sobre la base de una plataforma común. Las razones de esta desestructuración son elocuentes y sus consecuencias innegables.

Para cualquier ser humano es complicado identificarse o sentirse parte de un colectivo que es sinónimo de estigmatización, miseria material, enfermedades indeseables, soledad cotidiana y otras realidades igualmente complejas, como ocurre con la vejez en las sociedades modernas (Fericgla, 1992). Distintos autores han afirmado que el carácter desestructurante que deriva de esta falta de identificación convirtió a las personas mayores en espectadores pasivos del abandono y el maltrato de los que son objeto, y en un colectivo altamente manipulado y dependiente de los valores del grupo productor. Desde hace muy poco tiempo, sin embargo, han empezado a organizarse de acuerdo a sus propias expectativas y a exigir un trato no discriminatorio.

Por otra parte, el modelo social que se implementó en las décadas de 1960 y 1970 para atender a las personas mayores no siempre facilitó su constitución como sujetos valorados, diferenciados y autónomos. Muy por el contrario, frente a la falta de un modelo de intervención definido para trabajar con ellas que se distinguiera del biomédico, las prácticas gerontológicas se construyeron a partir de retazos de formas de trabajo adaptadas de las necesidades y expectativas de otros grupos sociales, principalmente los niños y los jóvenes. De este modo, las intervenciones con frecuencia infantilizaron a las personas de edad en vez de empoderarlas. Incluso, las modalidades institucionales de atención se asemejaron en sus nombres y métodos.

Como corolario, las personas mayores no tuvieron o no tienen otra alternativa que ocultar lo que las hace diferentes del resto: la edad de la vejez. La forma de rehuirla es negando cualquier rasgo propio de ella y disimulando las evidencias externas. En la práctica, mucha gente mayor procura no exhibir sus características peculiares porque son signos de marginación, y ningún grupo realmente marginado quiere aceptar esta condición si no le reporta algún beneficio (Fericgla, 1992). Cuando en una sociedad emerge la solidaridad como respuesta pública frente a los problemas de las personas mayores, como suele ocurrir en algunos países latinoamericanos, se comienza a valorar su distinción como un grupo diferenciado a partir de su edad y a identificarse crecientemente con él.

La igualdad de los derechos humanos, por lo tanto, es un requisito todavía muy difícil de alcanzar cuando se trata de las personas mayores. Los obstáculos que deben enfrentar para dar legitimidad a su diferencia y a la necesidad de un trato distinto son enormes, e incluso siguen siendo un motivo de abierta discusión. Cuanto más se reflexiona sobre los derechos humanos de las personas mayores, surgen posiciones más encontradas. Sin embargo, hay que reconocer que en ningún caso son nuevas, y que actualmente irrumpen viejas posiciones ya documentadas por distintos autores en la década de 1980.

Ejemplo de ello son las posturas de ciertos segmentos de la sociedad por la supuesta posición privilegiada que pueden llegar a tener las personas mayores, sobre todo en los países desarrollados, o bien la preocupación, especialmente en un momento de crisis como el actual, acerca de que los beneficios que conlleva el reconocimiento de sus derechos —en particular los de orden económico, social y cultural— se hagan a costa de otros grupos más necesitados. Inclusive a aquellos que suelen tener actitudes más favorables hacia las personas mayores les preocupa que un tratamiento diferenciado pueda aislarlas y estigmatizarlas todavía más (Elder y Cobb, 1993).

Estas y otras consideraciones son solo una muestra de cuánto cuesta que la comunidad en general reconozca que las personas mayores tienen una especificidad que debe ser tomada en cuenta para que disfruten de la igualdad real. Mientras no haya progresos en este sentido, seguirán siendo un grupo discriminado, en una situación de desigualdad sustantiva respecto del goce de los derechos humanos generalmente reconocidos.

2. La discusión internacional sobre los derechos de las personas de edad: tensiones y controversias

Lynn Hunt (2009) escribe que es difícil precisar qué son los derechos humanos porque su definición, su misma existencia, depende tanto de las emociones como de la razón. La pretensión de evidencia se basa en última instancia en una cualidad emocional: es convincente si toca la fibra sensible de toda persona. Además, casi siempre hay seguridad de que se trata de un derecho humano cuando se siente horror ante su violación. En la práctica —agrega citando a Denis Diderot—, el uso del término “derecho” es tan frecuente que casi no hay nadie que no esté convencido en su fuero interno de que la cosa le es obviamente conocida. Hunt concluye que los derechos humanos no son simplemente

una doctrina formulada en documentos, sino que descansan sobre una determinada disposición hacia los demás, sobre un conjunto de convicciones acerca de cómo somos las personas y cómo distinguir el bien del mal en el mundo secular.

Cuando se abordan los derechos de las personas mayores sucede exactamente lo que describe esta autora. En ocasiones, más allá de las evidencias expresadas en cifras o experiencias, lo que realmente es útil para convencer a los encargados de adoptar decisiones es exhibir, por medio de imágenes, los sufrimientos de este colectivo cuando ven vulnerados sus derechos. En estos casos, hay un sentimiento común que puede ser más efectivo que referir la ley o el mandato constitucional que impone obligaciones.

He aquí otra complejidad de los derechos humanos de las personas mayores: el hecho de ser percibidas como un grupo con una especial vulnerabilidad frente a la incertidumbre (Hurd, 1989) no se traduce de manera espontánea en que se les reconozca como titulares de derechos. En este sentido, en los países en los que sobreviven los sistemas de bienestar, si bien pueden disfrutar de las dimensiones más receptivas de la ciudadanía —que garantizan la satisfacción de necesidades básicas en terrenos como la seguridad social y la salud—, aquellas de orden más activo, ligadas a la autonomía y la participación, les están vedadas (Etxeberria, 2008).

Esta es una de las razones por la que la discusión sobre los derechos de las personas mayores suele ser tan intrincada. Lo que ocurre es que generalmente se está hablando de cuestiones distintas a partir de experiencias diferentes. En América Latina, las personas mayores no siempre cuentan con la predisposición y preferencia del sistema político para ampliar los recursos y programas destinados a incrementar sus niveles de protección social. Por ello es usual que las instituciones nacionales que trabajan con ellas tengan estrechas relaciones de colaboración con sus organizaciones, con la finalidad de lograr determinados objetivos, y existe a la vez una apertura significativa para que este grupo social participe en instancias que tienen incidencia en la adopción de decisiones. La actitud de estos funcionarios no se basa en la simple buena voluntad para con sus “beneficiarios”. Muy por el contrario, son alianzas decisivas para la existencia de las mismas instituciones y sus programas. La participación de las personas mayores en el proceso de desarrollo de la política pública las habilita, a su vez, para plantear nuevas exigencias y demandas que de lo contrario no serían tomadas en consideración sino pasando por las distintas y embrolladas etapas del ciclo de elaboración de las políticas.

Esta conjunción de intereses no siempre es equiparable a lo que ocurre en los países desarrollados. Elder y Cobb (1993), por ejemplo, analizan cómo la legitimidad especial que tienen las personas mayores en los Estados Unidos fue la base de la aprobación del programa de Atención Médica (Medicare) y el de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) en 1965. Advierten que la apertura del sistema político hacia las demandas de este grupo como merecedor de toda la atención tiene varios orígenes; el más evidente se encuentra en el hecho de que se trata de un segmento significativo y creciente de la población, que además tiene una tasa media de votación muy alta, lo que aumenta sustancialmente la probabilidad de que las autoridades presten atención a sus reclamos: “Es tan grande su fuerza electoral que sus problemas tienen muchos abogados en la arena política”, explican.

Una condición distinta es la que tienen las personas mayores en Europa. Allí, el refuerzo generalizado de la dependencia de los flujos protectores que provienen del Estado contribuyó, en opinión de algunos autores, a agravar el problema que plantea la gestión de la vejez en una sociedad envejecida. Anne Guillemard (1992) es tajante en sus afirmaciones al respecto: “Defenderemos la idea de que las políticas de jubilación y de la vejez desarrolladas en los distintos países europeos han procurado efectivamente el bienestar y también han generado costes. Ahora bien, han omitido la base de los recursos de sentido capaces de motivar a la acción y preparar a nuestras sociedades para el inevitable envejecimiento demográfico al que están abocadas. Han construido ampliamente

la vejez como si fuera un tiempo de vida definido por un estatuto de la dependencia, al margen de la sociedad, como un período de la existencia que la sociedad ya solo considera un coste y sin ninguna contrapartida”.

Frente a este amplio abanico de posicionamientos posibles en torno a los asuntos de las personas mayores y sus derechos, no es extraño que el mayor consenso en la arena internacional se produzca en el ámbito del maltrato. Es quizás ante esta problemática que la comunidad internacional ha logrado más acuerdo en relación a qué prácticas son justas o injustas, incluso más allá de las experiencias, creencias y valores de cada sociedad, y es una de las que más ha evolucionado en su reconocimiento durante el último período.

La cuestión de fondo, sin embargo, sigue pendiente y radica en cómo lograr una aprobación unánime en torno a los derechos de las personas mayores cuando estos oscilan en un orden tan heterogéneo. No cabe duda que la positivización de los derechos de las personas mayores desencadenará una tensión e incluso contradicciones entre la contingencia histórica en que se enmarca su elaboración y las demandas morales que se busca afirmar (López Caldera, 2000). Lo importante, en consecuencia, es avanzar y continuar insistiendo en que los derechos de las personas mayores requieren de una estandarización al más alto nivel, en vez de descansar en el sentimiento de compasión ante situaciones de injusticia.

Como todos los derechos humanos, los de las personas mayores requieren también una legitimación política y una expresión jurídica que incluya todos los aspectos de la ciudadanía: el pasivo, para vivir con tranquilidad y seguridad, y el activo, para poder controlar en última instancia el propio destino. En definitiva, por muy loable que sea, a las personas mayores no les basta la convicción moral de que tienen un derecho.

Fuente S. Huenchuan y L. Rodríguez-Piñero (editores) (2010), *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*; A, pp. 13-23.

E. El cambio de paradigma: la consideración del envejecimiento como un asunto de derechos humanos

1. Una aproximación a las distintas conceptualizaciones y modelos sobre el envejecimiento

La elaboración de una convención sobre los derechos humanos de las personas mayores requiere ciertas precisiones conceptuales con respecto a quiénes pueden acogerse a la protección de este instrumento. Por ello, antes de proponer los contenidos de un tratado jurídicamente vinculante, es necesario realizar estas puntualizaciones.

En primer lugar, no existe un único paradigma de la vejez y el envejecimiento, ambos procesos aluden a una realidad multifacética atravesada no solo por el paso del calendario, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales.

Hay que diferenciar entre los aspectos cronológicos de la definición de vejez y su construcción social. Según el criterio cronológico, establecido por la mayoría de los países de la región en sus respectivas legislaciones, la vejez se inicia a los 60 años, frontera que ha variado más en los últimos tiempos que en toda la historia occidental. A principios del siglo XIX se era viejo a los 40 años, mientras que hoy en día la edad a partir de la cual se considera mayor a una persona es difícil de determinar taxativamente.

La definición cronológica de la edad es un asunto sociocultural. Cada sociedad establece el límite a partir del cual una persona se considera mayor o de edad avanzada; aunque sin excepciones la frontera entre la etapa adulta y la vejez está muy relacionada con la edad fisiológica. En general, la edad establecida se correlaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia, lo que si bien es un asunto individual, tiene relación directa con las definiciones normativas que la cultura otorga a los cambios ocurridos en el cuerpo, es decir, la edad social.

En este contexto, la vejez puede ser tanto una etapa de pérdidas como de plenitud, todo depende de la combinación de recursos y la estructura de oportunidades individuales y generacionales a la que están expuestas las personas en el transcurso de su vida, de acuerdo a su condición y posición al interior de la sociedad. Esto remite a la conjugación de la edad con otras diferencias sociales —tales como el género, la clase social o el origen étnico— que condicionan el acceso y disfrute de esos recursos y oportunidades.

En segundo lugar, hay que diferenciar los enfoques que guían las interpretaciones de los temas que abordan las leyes, las políticas y los programas dirigidos a las personas mayores. Los problemas que tratan ese tipo de instrumentos son construcciones sociales que reflejan concepciones específicas de la realidad (Elder y Cobb, 1993) y que, en el caso de las personas mayores, se relacionan directamente con la concepción de la vejez a partir de la cual se delinean propuestas para lograr ciertos objetivos.

Tradicionalmente, la concepción predominante a nivel programático ha sido la construcción de la vejez como una etapa de carencias de todo tipo: económicas, físicas y sociales, las primeras expresadas en problemas de ingresos, las segundas en falta de autonomía y las terceras en ausencia de roles sociales. El enfoque de los derechos conlleva un cambio paradigmático en este sentido, puesto que promueve el empoderamiento de las personas mayores y una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad. Esto implica que las personas mayores son sujetos de derecho, no

solamente beneficiarios, y que, por lo tanto, disfrutaran de ciertas garantías y tienen determinadas responsabilidades respecto de sí mismos, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones.

Estas consideraciones forman parte del debate en el que se construyen los asuntos de la vejez y el envejecimiento como una cuestión pública y de derechos humanos en la agenda política actual, tanto internacional como regional.

a) Conceptos de vejez: edad cronológica, social y fisiológica

La edad de la vejez puede ser conceptualizada al menos en base a tres sentidos diferentes: cronológico, fisiológico y social.

La edad cronológica o de calendario es esencialmente biológica y se manifiesta en niveles de trastorno funcional. Se refiere a la edad en años. Según este criterio, la vejez se define a partir de los 60 o 65 años, y a menudo es fijada por ley bajo denominaciones como “adulto mayor” o “persona adulta mayor”. Desde esta perspectiva, el envejecimiento lleva consigo cambios en la posición del sujeto en la sociedad, debido a que muchas responsabilidades y privilegios —sobre todo aquellos asociados al empleo— dependen de la edad cronológica (Arber y Ginn, 1995).

La edad fisiológica se refiere al proceso de envejecimiento físico que, aunque vinculado con la edad cronológica, no puede interpretarse simplemente como la edad expresada en años. Se relaciona más bien con la pérdida de las capacidades funcionales y con la gradual disminución de la densidad ósea, el tono muscular y la fuerza que se produce con el paso de los años (Arber y Ginn, 1995).

Un término asociado a la edad fisiológica es el de senilidad, es decir, el proceso que se manifiesta en aquellos sujetos que sufren un nivel de deterioro físico o mental —o ambos— que les impide desarrollar con normalidad su vida social e íntima (Fericgla, 1992). Otros términos relacionados son los de “viejos-viejos” —correspondiente a una minoría débil y enfermiza— y los “viejos-jóvenes” —que incluye a las personas mayores que, a pesar de la edad cronológica, son vitales, vigorosas y activas (Papalia y Wendkos, 1988).

Por último, la edad social alude a las actitudes y conductas que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica (Arber y Ginn, 1995). Esto significa que la edad de la vejez —al igual que el género— es una construcción social e histórica que posee el significado que el modelo cultural da a los procesos biológicos que la caracterizan. Se trata de una categoría social con un fundamento biológico, relacionada tanto con las percepciones subjetivas —lo mayor que la persona se siente— como con la edad imputada —los años que los demás le atribuyen al sujeto— (Arber y Ginn, 1995). Desde este punto de vista, el concepto de vejez, al margen de la relación directa con la edad cronológica o natural de cada persona, está intrínsecamente determinada por el proceso de producción, ciertas tendencias del consumo y los ritmos vitales impuestos por cada sociedad (Fericgla, 1992).

Una expresión ligada a la edad social es la de “tercera edad”, considerada como una manera amable de referirse a la vejez. Para Ham Chande (1996), este término ha generado históricamente la idea de una edad avanzada, pero dentro del marco de la funcionalidad y autonomía que permite llevar una vida independiente, llena de satisfacción, y que constituye un estereotipo que se acerca mucho al de la “edad dorada”, luego del retiro de la actividad laboral, que supone que las personas mayores tienen un tiempo de ocio para dedicarlo al placer y la diversión. Para otros autores (Romieux, 1998 y Fericgla, 1992) no es más que un eufemismo para disimular la realidad de la vejez, que es considerada un estigma y que se emplea para alejar la idea de la muerte que se le asocia.

Como se aprecia, aunque la edad de la vejez posee un componente biológico y cronológico insoslayable, desde el punto de vista de los derechos humanos lo más importante es su construcción

social. En la sociedad occidental, la concepción predominante sobre las personas de edad y sus problemas parte de la construcción de la vejez como una etapa de carencias económicas, físicas y sociales (Huenchuan, 1999, 2004 y 2009). De ahí que gran parte de las intervenciones se concentren en lo que las personas mayores no poseen en comparación con otros grupos, de acuerdo a un modelo androcéntrico de la organización y el funcionamiento de la sociedad.

Por antonomasia, los instrumentos de política más comunes ofrecen paliativos para superar esas pérdidas o carencias, y muchas veces se enfocan solo en aquellos individuos y sectores que dependen estrictamente del Estado para lograr niveles mínimos de subsistencia. Excepcionalmente la acción pública está destinada a ofrecer los mayores estándares de vida posibles a las personas de edad por su sola condición de miembros de la sociedad y sus legítimas aspiraciones de ciudadanía.

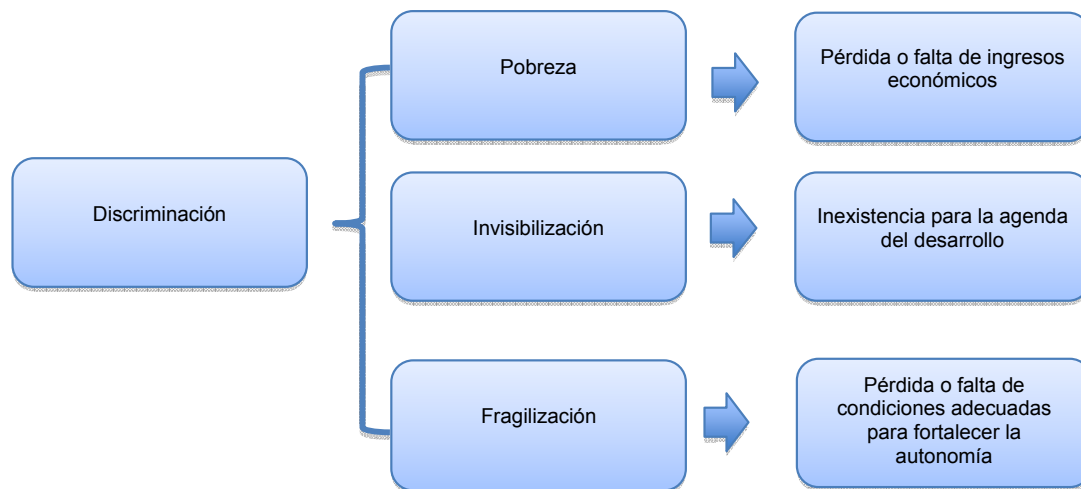
El origen de esta situación reside en el hecho que las instituciones aún no se han adaptado a la nueva composición por edades de la población, ni en términos estructurales ni ideológicos, y continúan funcionando en base a un imaginario asentado en la juventud, en el que la vejez indefectiblemente está asociada con las pérdidas (Huenchuan, 2003). De este modo, las personas mayores se acercan o se desvían de un supuesto estándar de normalidad, el que en ningún caso es neutro, sino que se encuentra sesgado en favor de parámetros físicos y psíquicos que constituyen el estereotipo de la cultura dominante (Courtis, 2004). La situación es más compleja aún para las mujeres mayores, a quienes se suele interpretar a partir de los paradigmas ya establecidos, muchos de los cuales pasan por alto las relaciones de edad. Con ello se insiste en la distancia que separa a las mujeres mayores del arquetipo dominante, sea que este se refiera al varón en edad productiva o a las mujeres en edad reproductiva. Esto se aprecia claramente en la teoría de la economía política del envejecimiento, que incluye a las mujeres pero no modifica el modelo vigente, y en las teorías feministas, que no logran conceptualizar claramente el ciclo de vida como un componente intrínseco de su análisis (Huenchuan, 2010).

En este contexto, se podría asegurar que el principal problema de las personas mayores es la discriminación en razón de su edad, la que tiene por consecuencia obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Como corolario, las personas mayores están expuestas a sufrir la pobreza, la invisibilización o la fragilización, con sus particulares expresiones en esta etapa de la vida (véase el diagrama I.2).

Desde esta perspectiva, es evidente que el mero reconocimiento formal de la igualdad de derechos sin distinción alguna, como ocurre en los actuales instrumentos internacionales de derechos humanos o en las mismas legislaciones nacionales, no es suficiente para cambiar la situación de desventaja de las personas mayores, puesto que la estructura e ideología dominante impiden su realización práctica. Aunque en algunos países existan normas que promuevan la participación plena de las personas mayores en la sociedad, hoy en día estas suelen resultar insuficientes, porque no hay un contexto propicio que les facilite el ejercicio pleno de la ciudadanía. La sociedad las segrega en razón de su edad y las personas mayores actúan a su vez como un grupo limitado en las relaciones de poder, ubicándose más frecuentemente entre los excluidos de las relaciones de influencia, lo que perpetúa su posición asimétrica en la distribución de los recursos y beneficios que genera el desarrollo.

■ **Diagrama 1.2**

Los riesgos asociados a la vejez y sus expresiones



Fuente: S. Huenchuan, “Envejecimiento y género: acercamiento a la situación específica de las mujeres mayores en América Latina y de las recomendaciones internacionales”, ponencia presentada en el Coloquio Regional de Expertos en Envejecimiento, Género y Políticas Públicas, organizado por el Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento de la Universidad de la República con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas, Montevideo, 9 y 10 de septiembre de 2010.

Indefectiblemente, la vejez se asocia a un déficit de capacidad. Así, las personas mayores pueden ser concebidas como perpetuos niños, carentes de independencia por su condición de edad. No se las piensa como ciudadanos, o al menos no de carácter activo, sino que en el mejor de los casos son meramente co-protegidos, y aunque se emprendan actividades destinadas a mejorar determinadas capacidades individuales —de liderazgo o de participación—, en raras ocasiones se piensa realmente en incluirlas plenamente (Etxeberría, 2008). Como resultado, las personas mayores experimentan un ejercicio limitado de la igualdad y la libertad, debido a desigualdades explícitas —en cuanto a situación y a derecho— y a que las políticas públicas muchas veces no han tomado en cuenta sus necesidades (Naciones Unidas, 1995a).

Hay que reconocer, sin embargo, que este problema no es privativo de las personas mayores, puesto que en su momento otros grupos sociales han levantado la voz con las mismas preocupaciones. En el caso de las mujeres, los niños y las personas con discapacidad ello ha derivado en la adopción de convenciones específicas de derechos humanos, con el fin de reafirmar la aplicación de aquellos derechos ya reconocidos en general en otros instrumentos internacionales; tal es el caso de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra de la Mujer (1979), la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2007).

2. Modelos de análisis sobre el envejecimiento y la vejez

Es difícil encontrar una teoría o enfoque autosuficiente que permita comprender la vejez y el envejecimiento, debido a que, como se verá más adelante, se elaboran teorías sustantivas para la interpretación de una determinada realidad, que dan respuesta a problemas específicos, los que son insuficientes para resolver en forma satisfactoria preguntas sobre la vida personal y social de las personas mayores (Huenchuan, 1999).

Una primera aproximación al proceso de envejecimiento permite distinguir dos dimensiones: el envejecimiento que experimenta la población y aquel que viven las personas.

El envejecimiento de la población se define como el aumento de la proporción de personas de edad avanzada (60 años y más) con respecto a la población total (Chesnais, 1990), aunque es preferible definirlo como la inversión de la pirámide de edades.

Este proceso proviene de la acción combinada de dos connotadas transiciones, con fuerte relación entre sí: la demográfica y la epidemiológica. Definidas brevemente, la primera se refiere a los cambios en la estructura de la población, principalmente a causa de la disminución de la fecundidad y la mortalidad. La transición epidemiológica alude al cambio hacia una menor incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento de la incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes (Ham Chande, 1996).

El tránsito de una sociedad hacia la madurez demográfica es consecuencia lógica de factores altamente positivos, por lo que debería considerarse un dato más de la evolución de las sociedades (Castells, 1992), sin embargo, implica una serie de dificultades si no se han previsto con anticipación las reformas de protección social que han de ponerse en práctica para enfrentar este fenómeno demográfico.

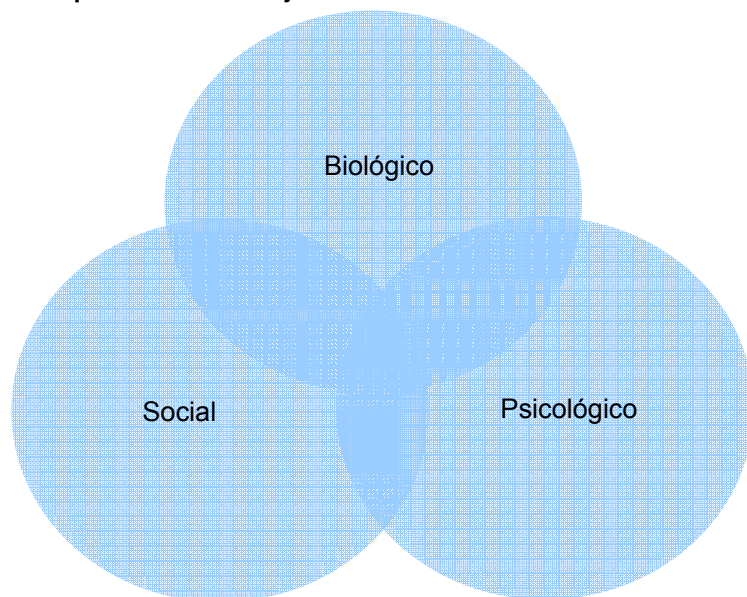
Por este motivo, las estrategias de desarrollo en países envejecidos o que están envejeciendo se debaten entre valoraciones positivas o negativas de este proceso, y hasta ahora se han centrado en cuatro diferentes formas de establecer la relación entre envejecimiento y desarrollo. Cada una de ellas remite a una interpretación de la realidad, significados y concepciones sobre la vejez individual, los que pueden ser incluso conflictivos entre sí:

- Las personas mayores son una prioridad débil en el esfuerzo de desarrollo de la sociedad. Si bien no son capaces de contribuir a este, tampoco pueden beneficiarse del mismo. De esta forma, son vistas como meritorias de iniciativas especiales en el contexto de la escasez de recursos.
- Las personas mayores son un impedimento para el desarrollo, por su condición de dependencia económica. Son percibidas como una fuga ante la escasez de recursos, precisamente por ser portadoras de creencias y valores tradicionales considerados resistentes a los cambios compatibles con la modernización y el crecimiento económico.
- Las personas mayores son concebidas como un recurso en el proceso de desarrollo y como una fuerza de trabajo de reserva.
- Las personas mayores son vistas como víctimas potenciales de la modernización, ya que su estatus desciende con el desarrollo (Montes de Oca, 1994).

El envejecimiento, como proceso que experimentan las personas, puede ser tratado desde diferentes enfoques, que a su vez se sustentan en distintas teorías (véase el diagrama 1.3).

■ **Diagrama I.3**

Enfoques sobre el envejecimiento individual



Fuente: S. Huenchuan, *Adultos mayores, diversidad y políticas públicas*, publicación conjunta del Fondo para el Estudio de las Políticas Públicas de la Universidad de Chile e Instituto de Normalización Previsional, Santiago de Chile, 1999.

a) El enfoque biologicista

El enfoque biológico se basa en dos teorías: la del envejecimiento programado, que sostiene que los cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal establecido en cada organismo y que este programa, preestablecido para cada especie, está sujeto solamente a modificaciones menores, y la teoría del desgaste natural del envejecimiento, que asegura que los cuerpos envejecen debido al uso continuo, es decir, que la vejez es el resultado de agravios acumulados en el cuerpo (Papalia y Wendkos, 1998).

Los impulsores de la teoría del envejecimiento programado argumentan que, puesto que cada especie tiene sus propios patrones de envejecimiento y expectativa de vida, este patrón es determinado e innato, mientras que los que adhieren a la teoría del desgaste natural comparan el cuerpo con una máquina cuyas partes finalmente se gastan debido al uso prolongado (Papalia y Wendkos, 1998).

La diferencia entre ambas teorías tiene consecuencias prácticas. Si las personas están programadas para envejecer de determinada manera, poco puede hacerse para retardar el proceso y prevenir la dependencia. En consecuencia, todas las personas mayores son dependientes. En cambio, si envejecen debido al desgaste del cuerpo, hay un espacio para la acción y se puede prevenir el estrés fisiológico, aumentar la esperanza de vida y su calidad.

En los mismos términos, algunos gerontólogos distinguen entre envejecimiento primario —entendido como el proceso gradual de deterioro corporal que comienza a una temprana edad y que continúa inexorablemente a través de los años— y el envejecimiento secundario, que es el resultado de la enfermedad, el abuso y factores que menudo están bajo el control de la persona (Papalia y Wendkos, 1998).

b) El enfoque psicológico

Esta perspectiva tiene como unidad de análisis el individuo y la forma de encarar el paso del tiempo. Envejecer se conceptualiza, desde este enfoque, como un proceso personal de adaptación a los cambios, tanto en el propio organismo como en el entorno social, que ocurren al envejecer. El énfasis analítico se pone en la forma en que los individuos enfrentan y responden a las condiciones personales que les toca vivir, buscando solución a los problemas que tienen, aceptando y asumiendo las pérdidas inevitables, de modo de poder seguir sintiéndose satisfechos e interesados en su existencia (Comisión Nacional para el Adulto Mayor, 1995).

Este enfoque es criticado porque pone énfasis en la búsqueda de generalizaciones a partir de ciertas características, que se supone son propias de todas las personas que pasan por determinados estadios de su ciclo vital (Redondo, 1990), y porque, al no tomar en cuenta debidamente las dimensiones sociales del envejecimiento, desarrolla una perspectiva que conceptualiza a las personas mayores como un grupo homogéneo, con necesidades, habilidades y comportamientos comunes.

Dentro de este enfoque se encuentra la noción de envejecimiento satisfactorio, introducida por John Rowe en 1987, el que sería resultado del mantenimiento de las capacidades funcionales, físicas, cerebrales, afectivas y sociales, de un buen estado nutricional, un proyecto de vida motivante y el empleo de paliativos apropiados que permitan compensar las incapacidades, entre otros elementos (Vellas, 1996).

Según la teoría de la actividad, esto significa que cuanto más activa se mantenga la población de edad avanzada, podrá envejecer de manera más satisfactoria (Papalia y Wendkos, 1998). No obstante, cabe hacer notar que, tal como lo señalan Arber y Ginn (1995), la perspectiva que visualiza a las personas mayores dedicadas únicamente a su desarrollo personal, al consumo y a la práctica de estilos de vida juveniles constituye en esencia una opción fuera del alcance de una mayoría que dispone de rentas más bajas o padece de mala salud.

Una visión diferente al envejecimiento satisfactorio se encuentra en la teoría de la desvinculación. Según esta propuesta teórica, la vejez se caracteriza por un alejamiento mutuo. La persona mayor reduce voluntariamente sus actividades y compromisos, mientras que la sociedad estimula la segregación generacional presionando, entre otras cosas, para que la gente mayor se retire del mercado laboral y de la vida en sociedad. Algunos críticos de esta teoría sostienen que esta desvinculación parece estar menos asociada con la edad que con otros factores como la mala salud, la viudez, la jubilación o el empobrecimiento (Papalia y Wendkos, 1998).

Dentro de este enfoque se halla también la teoría de Ericsson (1985), que asocia a esta etapa de la vida la octava crisis en el desarrollo psicosocial del yo: "integridad versus desesperación". La primacía de la integridad permite la emergencia de la sabiduría, descrita por Ericsson como una especie de preocupación informada y desapegada por la vida frente a la muerte. En contrapartida aparece el desdén, como reacción ante el sentimiento de un creciente estado de acabamiento, confusión y desamparo.

Redondo (1990), tomando como base la teoría psicosocial de Ericsson, afirma que el estilo predominante de las sociedades industrializadas favorece el dominio de la desesperanza y su correlato, el desdén, antes que la integridad y la sabiduría. Huenchuan (1999) señala que en las sociedades rurales tradicionales la forma de resolver esta crisis resulta paradigmáticamente ilustrada por el rol desempeñado por los ancianos, el que se basa en la aplicación del conocimiento y las habilidades acumuladas, en el criterio acertado tanto en el proceder diario como en la toma de decisiones. En fin, se funda en la sabiduría —entendida también como pragmática de la inteligencia—, que les recuerda a las personas mayores sus capacidades y limitaciones, y que influye en una forma positiva de resolver esta última crisis por la vía de la integridad.

c) El enfoque social

Este abordaje se vincula con la sociología del envejecimiento, que ha desarrollado importantes áreas de trabajo para la interpretación de la realidad social de las personas mayores. Las aproximaciones teóricas que se han elaborado dentro de esta perspectiva de análisis son, principalmente, la teoría funcionalista sobre el envejecimiento, la economía política del envejecimiento y la teoría de la dependencia estructurada.

La teoría funcionalista del envejecimiento tuvo su auge en los años sesenta y setenta del siglo pasado. Considera a la vejez como una forma de ruptura social y, en términos de la teoría del rol, como una pérdida progresiva de funciones. Sus críticos apuntan, por una parte, a que esta forma de concebir el envejecimiento constituye una herramienta ideológica que justifica los argumentos sobre el carácter problemático de una población que envejece, y que considera a las personas mayores como improductivas o no comprometidas con el desarrollo de la sociedad, y por la otra, a la insistencia en la importancia de la adaptación personal del sujeto, con la que se corre el riesgo de que se desarrolle un egocentrismo y aislamiento progresivo en la vejez (Bury, 1995).

En la economía política de la vejez, la cuestión principal para comprender la situación de las personas mayores en las sociedades capitalistas modernas es que la calidad de vida durante esta etapa está directamente influenciada por la posición en el mercado de trabajo adulto al momento de la jubilación (Estes, 1986). Sus críticos sostienen que, aún cuando esta aproximación resulte útil, debe convenirse que la continuidad pre y post jubilatoria no existe, por lo menos no en la esfera económica —el nivel de ingreso— ni en el plano de las relaciones sociales —entendidas como relaciones de producción—, y que tampoco resulta satisfactoria la alternativa de considerar a las personas mayores como una categoría social única, caracterizada por la desvinculación del sistema productivo y la tributación a la seguridad social (Redondo, 1990).

La teoría de la dependencia estructurada intenta llamar la atención sobre el sistema social en general, en vez de dirigirla a las características de las personas. Propone que la estructura y la organización de la producción son el origen de las características de la dependencia, y contrapone una perspectiva que pone énfasis en la creación social (Mouzelis, 1991).

La posición de la dependencia estructurada ilumina cuestiones importantes, en especial las reglas y recursos que influyen y limitan la vida cotidiana de las personas mayores, a la vez que funciona como correctivo del individualismo de teorías anteriores sobre el envejecimiento (Bury, 1995). Sin embargo, tal como señala McMullin (1995), todas estas teorías no cuestionan los supuestos que subyacen a la corriente dominante, examinando la vida de las personas en el contexto de los marcos sociológicos establecidos, y el ideal respecto al que se juzga a las personas mayores es la vida productiva y reproductiva de las generaciones jóvenes, lo que resulta completamente insuficiente para entender la vejez.

En resumen, los modelos para comprender la situación y posición de las personas mayores en la sociedad se han basado en explicaciones biomédicas y sociales habitualmente ancladas en el pasado y que, en general, han construido a este grupo como un problema para sus familias y la sociedad, y al envejecimiento como un obstáculo para el desarrollo. Esta forma de entender la vejez y el envejecimiento se utiliza tanto para apartar a las personas mayores como para mantenerlas en dicho estado.

De esta manera, todos los puntos de acceso a las estructuras de la vida cotidiana —el mundo del trabajo, de la familia o de la interacción social— se establecen en gran medida en relación con la norma dominante, en este caso el de las personas en edad productiva. Como normalmente no se prevén adaptaciones para las diferencias respecto de la norma arbitrariamente elegida, esa diferencia sirve como base para la exclusión (Quinn y Deneger, 2002). Desde esta perspectiva, la edad cronológica constituye la principal fuente de los problemas físicos, del deterioro funcional, las

dificultades económicas o la falta de consideración de roles para la vejez. Por lo tanto, la débil integración de las personas mayores no es más que un problema radicado en el sujeto, y no en la sociedad.

Solo a partir de la década de 1980, gracias al impulso de las Naciones Unidas, el análisis de los problemas de las personas de edad y sus soluciones se empezaron a contextualizar necesariamente dentro del debate sobre el sector público y la naturaleza del Estado social. Evidencia de ello es que la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, de 1982, cambió su nombre —antes se denominaba Asamblea Mundial sobre las personas de edad— *“en vista de las interrelaciones existentes entre las cuestiones relativas al envejecimiento de los individuos y el envejecimiento de las poblaciones”*¹².

3. El envejecimiento y las personas mayores desde el enfoque de derechos

En su trigésimo primer período de sesiones, celebrado en marzo de 2006, la CEPAL planteó que: *“El principio de la titularidad de derechos debe guiar las políticas públicas. Se trata de orientar el desarrollo conforme al marco normativo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales plasmados en acuerdos vinculantes tanto nacionales como internacionales”*.

Desde esta perspectiva, se modifica la lógica de elaboración de leyes, políticas y programas, ya que el punto de partida no es la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino sujetos con derechos que obligan al Estado y al resto de la sociedad (Abramovich y Courtis, 2006; OACDH, 2004; CEPAL, 2006). La persona, por lo tanto, es el sujeto central del desarrollo, y las garantías consagradas en el régimen universal de protección de los derechos humanos constituyen el marco conceptual, aceptado por la comunidad internacional, capaz de ofrecer un sistema coherente de principios y reglas para guiarlo (Abramovich, 2004; CEPAL, 2006). Este enfoque también permite establecer las obligaciones de los Estados frente a los derechos —económicos, sociales, culturales, civiles y políticos— involucrados en una estrategia de largo plazo (véase el recuadro I.1).

■ Recuadro I.1

Obligaciones contraídas por los estados respecto de los derechos humanos

- **Obligación de respetar:** los Estados partes deben abstenerse de interferir en el goce de los derechos económicos, sociales y culturales consagrados en los instrumentos de derechos humanos.
- **Obligación de proteger:** los Estados partes deben impedir la violación de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) por parte de terceros, por ejemplo, promover la protección del medio ambiente por parte de las empresas o sancionar la discriminación en instituciones privadas.
- **Obligación de promover:** los Estados partes deben realizar prestaciones positivas, para que el ejercicio de los derechos no sea ilusorio. Esta obligación implica organizar todo el aparato gubernamental para que sea capaz de asegurar jurídicamente el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos (Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Velásquez Rodríguez, 29/7/1988).

Fuente: Sandra Huenchuan y Alejandro Morlachetti, “Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina”, Revista Notas de Población N° 85 (LC/G.2346-P), Santiago, 2007.

¹² Resolución 35/129, “Problemas de las personas de edad y de los ancianos”, 92ª sesión plenaria, 11 de diciembre de 1980.

En América Latina y el Caribe, el enfoque de los derechos humanos ha adquirido gran importancia como horizonte normativo y programático del desarrollo (CEPAL, 2006), por lo que es cada vez más frecuente la elaboración de leyes que especifican ciertos derechos o esfuerzos sociales e institucionales dirigidos a formular políticas públicas desde este ángulo (Guendel, 2000). En la región, además, todos los Estados ratificaron al menos tres de los siete principales tratados de derechos humanos vigentes al año 2006 y, como consecuencia de ello, tienen obligaciones jurídicas internacionales vinculantes (Huenchuan, 2009).

La integración de los derechos humanos en el desarrollo contribuye a que las medidas puestas en práctica consideren la situación específica de las personas y grupos vulnerables, marginales, desfavorecidos o socialmente excluidos (OACDH, 2004; CEPAL, 2006). Ello ha contribuido a superar la lógica de los marcos conceptuales y normativos a partir de los que se han construido las políticas públicas y las instituciones de desarrollo, las que tradicionalmente se han erigido desde concepciones estandarizadas de la humanidad donde algunos atributos —lo masculino, la adultez y determinado origen étnico— son los ejes que instauran la identidad, la constitución del sujeto y de la ciudadanía. En este contexto, las especificidades de mujeres, indígenas, personas con discapacidad o personas mayores, por ejemplo, no han sido contempladas de forma plena.

El enfoque de los derechos, en cambio, propicia la titularidad de derechos humanos de todos los grupos sociales y, de ese modo, contribuye a que aquellas y aquellos que en el pasado fueron excluidos, en el presente sean tratados sobre la base de la igualdad y el respeto de la dignidad humana, para favorecer la integración social y, con ello, la construcción de una “sociedad para todos” (Naciones Unidas, 1995b).

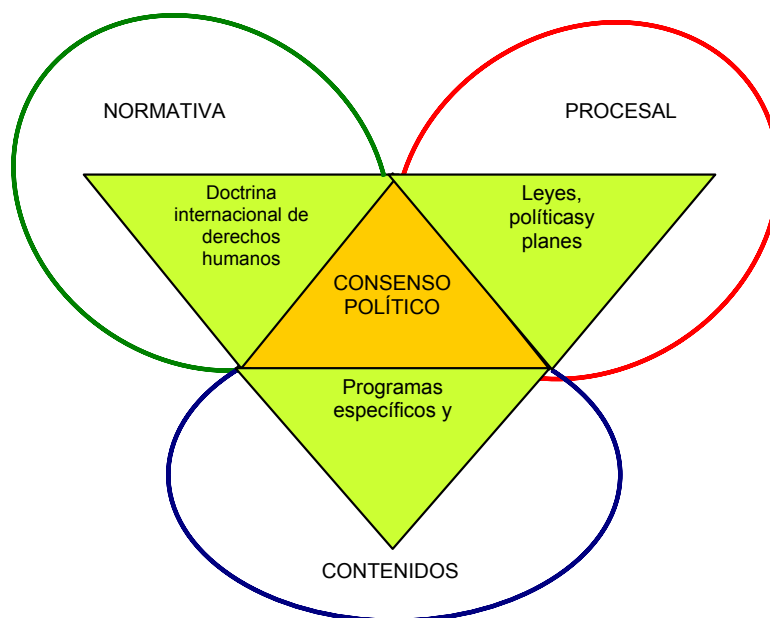
El proceso de envejecimiento de la población tiene profundas consecuencias para los derechos humanos (CEDAW, 2009), abriendo nuevas posibilidades para este enfoque y, como corolario, para la construcción de las ciudadanía del siglo XXI. Primero, alienta a conciliar las necesidades e intereses de todos los grupos de la sociedad para avanzar hacia una plena integración social, donde cada persona, con independencia de su edad, con sus propios derechos y responsabilidades, tenga una función activa que desempeñar (Naciones Unidas, 1995b). Segundo, irrumpe o se consolida un nuevo sujeto social, que reclama un tratamiento particular en razón de su edad e introduce nuevas vindicaciones para expandir, especificar y profundizar los derechos humanos.

Desde este ángulo, uno de los desafíos centrales de las políticas públicas basadas en los derechos es cómo contribuyen a la construcción de una sociedad con cabida para todas y todos, donde las personas, con independencia de su edad o de otras diferencias sociales, tengan las mismas oportunidades para hacer efectivo el pleno respeto y ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

Como ya se ha desarrollado en publicaciones anteriores (Huenchuan, 2009), la estrategia para promover el enfoque de los derechos humanos en el abordaje de los asuntos de las personas mayores debe incluir el desarrollo y la aplicación de conceptos y contenidos particulares en base a tres dimensiones: normativa, procesal y de contenidos (véase el diagrama I.4).

■ Diagrama I.4

Dimensiones del consenso basado en derechos



Fuente: S. Huenchuan, *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*, Libros de la CEPAL N° 100 (LC/G.2389-P), Santiago de Chile, CEPAL, 2009.

- **Dimensión normativa:** la aplicación del enfoque de los derechos humanos en los asuntos de las personas mayores implica que las acciones públicas y las instituciones encargadas de su atención deben basarse explícitamente en las normas internacionales sobre derechos humanos, puesto que, con independencia de que su situación no esté explícitamente incorporada, los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos de orden vinculante¹³ pueden brindar una protección jurídica de los derechos de las personas mayores si son usados de manera adecuada.

Junto con ello, hay que hacer uso de la jurisprudencia y doctrina de los comités de los tratados, los cuales, por medio de sus comentarios generales o sus recomendaciones a los Estados, han definido con mayor precisión las principales obligaciones en relación a los pactos de derechos humanos, así como el contenido de los derechos protegidos por estos instrumentos.

Así lo hizo el Comité del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1995 en su Observación general N° 6, donde aborda los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores, orientando a los Estados partes para que comprendan mejor sus obligaciones hacia las personas de edad cuando apliquen diversas disposiciones de este instrumento (Naciones Unidas, 1995a).

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer también hizo una notable contribución a través de su nota conceptual relativa al proyecto de recomendación general sobre la mujer de edad y la protección de sus derechos humanos, de agosto de 2009, en la que se examina la relación entre los artículos de la Convención sobre la eliminación de

¹³ Tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos y su Protocolo adicional en materia de derechos económicos, sociales y culturales (en adelante, Protocolo de San Salvador), entre otros.

todas las formas de discriminación contra la mujer y el envejecimiento (CEDAW, 2009). El 19 de octubre de 2010 adoptó finalmente la Recomendación general N° 27 sobre las mujeres mayores y la protección de sus derechos humanos, que identifica las múltiples formas de discriminación que las afectan, provee lineamientos acerca de las obligaciones de los Estados partes de la Convención y realiza recomendaciones de políticas.

- **Dimensión procesal:** incorporar el enfoque de derechos a los asuntos de las personas mayores supone que la legislación y las políticas sobre envejecimiento deben promover y proteger los derechos y libertades fundamentales en la vejez. Para que esto se concrete, se requiere que los poderes políticos establezcan los medios y los recursos con que se harán efectivos, como por ejemplo la constitucionalización de derechos, la creación de leyes especiales de protección y la puesta en marcha de las políticas o planes de acción para garantizar los derechos de las personas mayores. Asimismo, es necesario asignar presupuestos que financien la puesta en práctica de las disposiciones normativas y políticas a las que un Estado se obliga. Todo ello en base a tres criterios básicos: la no discriminación, la progresividad y la participación.
- **Dimensión de contenidos:** este abordaje del enfoque de derechos aplicado a los asuntos del envejecimiento tiene dos debates asociados. En primer lugar se ubican aquellas acciones concretas de aplicación y de responsabilidad que se ponen en práctica mediante programas sectoriales o específicos dirigidos exclusivamente a las personas mayores (targeting), considerando en especial que su orientación y sus prestaciones o servicios permitan avanzar en el cumplimiento de los derechos en la vejez. Como características básicas, estos programas deben ser universales y contar con mecanismos para hacer exigibles las prestaciones y servicios (CEPAL, 2006).

En segundo lugar está la aplicación transversal de una perspectiva amigable para el grupo de personas mayores en el marco de la corriente general de las políticas públicas (mastreaming), lo que conlleva la creación y desarrollo de mecanismos de cumplimiento de las obligaciones por parte del Estado dentro de su quehacer general.

Como se aprecia, el uso de la normativa internacional de derechos humanos es una herramienta esencial para promocionar y proteger positiva y ampliamente los derechos en la vejez. Fundamentalmente, permite traspasar la esfera individual, establecer responsabilidades para la sociedad en general y para los gobiernos, junto con concentrar los esfuerzos en habilitar a los sujetos para controlar de manera independiente sus vidas.

Fuente

L. Rodríguez-Piñero (2010), *Los desafíos de la protección internacional de los derechos humanos de las personas de edad*; Cap.II, pp. 23-28.

F. Las personas de edad y sus derechos específicos

1. La especificación de los derechos humanos

Si bien las normas internacionales de derechos humanos son en principio de aplicación universal, es decir, se extienden a todas las personas o grupos de personas, sin discriminación de ningún tipo, el régimen internacional de derechos humanos ha adoptado normas específicas para ciertos colectivos. Este proceso ha sido descrito por Norberto Bobbio como una fase de “especificación” de los derechos humanos de titularidad universal, una etapa que sigue a su “positivación”, “generalización” e “internacionalización” a lo largo de la primera mitad del siglo XX (Bobbio, 1991).

El proceso de especificación ha llevado a la adopción de una serie de tratados y otros instrumentos de carácter universal o regional, que concretizan la formulación de las normas generales de derechos humanos para determinados colectivos. Así, dentro del catálogo general, se encuentran normas puntuales relativas a los derechos de los trabajadores y trabajadoras, a la mujer, la infancia, los trabajadores migrantes y sus familias, las personas con discapacidad, los refugiados, las personas desplazadas internas, los pueblos indígenas o las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, lingüísticas o religiosas, entre otras. El de especificación es un proceso históricamente contingente, en el que gradualmente han ido entrando 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.

El fundamento de la especificación de las normas de derechos humanos de carácter universal radica, en último término, en un argumento basado en la igualdad. Junto con el de la universalidad, el de igualdad y no discriminación es uno de los principios fundantes 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 igual y a no ser objeto de discriminación ha sido interpretado evolutivamente, de forma que ha operado la distinción entre igualdad formal —el reconocimiento formal de derechos a todas las personas en pie de igualdad, propio de la fase de generalización— e igualdad real. A partir de la constatación histórica que la igualdad formal no conduce a la erradicación de las desigualdades reales, la comunidad internacional ha adoptado una serie de instrumentos específicos que diferencian a las personas en virtud de distintos criterios: i) la posición que ocupan dentro de la sociedad; ii) su posición en determinadas relaciones sociales o jurídicas; iii) los elementos diferenciales de la comunidad cultural a la que pertenecen, o iv) su condición física (Peces Barba, 2008).

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, que limitan su capacidad de gozar plenamente de los derechos generalmente reconocidos y que las hacen especialmente vulnerables a violaciones de tales derechos. La expresión “grupos vulnerables” pretende hacer referencia a esta situación de inferioridad o marginación en las estructuras y relaciones sociales, por más que haya sido justamente criticada tanto por sus connotaciones negativas (al implicar un estado de inferioridad inherente a los sujetos) como por sus inexactitud fáctica (al asumir que toda persona perteneciente a uno de estos grupos se encuentra en situación de vulnerabilidad permanente).

2. Los derechos de grupos específicos y el principio de igualdad y no discriminación

El reconocimiento de derechos específicos a determinadas categorías de personas ha sido objeto de controversia en algún momento histórico, con el argumento que suponen un trato preferencial o discriminatorio, en supuesta contravención del principio de igualdad formal. Sin embargo, este reconocimiento es ahora ampliamente aceptado y activamente promovido por el régimen internacional contemporáneo de derechos humanos, y es visto precisamente como un instrumento para alcanzar la igualdad de hecho y luchar contra la discriminación. Uno de los primeros pronunciamientos internacionales en este sentido fue el voto individual del Juez Tanaka en el segundo de los casos sobre el África Suroccidental ante la Corte Internacional de Justicia. Según el magistrado: “[e]l principio de igualdad ante la ley no significa... igualdad absoluta, es decir, el tratamiento idéntico de las personas con independencia de sus circunstancias individuales y concretas, sino que significa... una igualdad relativa, es decir, el principio del tratamiento igual de los que son iguales y desigual de aquellos que son desiguales... Tratar las cuestiones desiguales de forma diferente de acuerdo con su desigualdad no sólo está permitido, sino que es necesario” (CIJ, 1966, 293).

Este razonamiento normativo ha sido posteriormente asumido por diversos órganos y tribunales de derechos humanos. En su famosa sentencia “En torno a ciertos aspectos del régimen lingüístico de la enseñanza en Bélgica”, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos justificó la necesidad de medidas especiales en circunstancias específicas, elaborando un estándar para determinar en qué casos un trato diferencial no suponía un trato discriminatorio prohibido por el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales. Este estándar, asumido por la jurisprudencia del propio tribunal y por la legislación comunitaria, se basa en dos criterios fundamentales: i) que el tratamiento diferencial esté basado en una justificación objetiva y razonable; ii) que exista una relación de proporcionalidad entre los medios empleados y el fin que se busca obtener (TEDH, 1968, párr. 4).

La Corte Interamericana de Derechos Humanos también se ha pronunciado a favor de las medidas especiales o el trato diferencial como vías permitidas por el principio de igualdad y de no discriminación. Así, en su Opinión Consultiva 8/84, concluyó que la legislación costarricense sobre la naturalización, que establecía criterios especiales a favor de los ciudadanos centroamericanos, latinoamericanos y españoles, respondía a una justificación objetiva y razonable, dados los especiales vínculos históricos, culturales y espirituales con aquellas regiones (Corte IDH, 1984, párr. 60). Según la jurisprudencia establecida por la Corte en esa Opinión Consultiva: “No habrá, pues, discriminación si una distinción de tratamiento está orientada legítimamente, es decir, si no conduce a situaciones contrarias a la justicia, a la razón o a la naturaleza de las cosas. De ahí que no pueda afirmarse que exista discriminación en toda diferencia de tratamiento del Estado frente al individuo, siempre que esa distinción parta de supuestos de hecho sustancialmente diferentes y que expresen de modo proporcionado una fundamentada conexión entre esas diferencias y los objetivos de la norma, los cuales no pueden apartarse de la justicia o de la razón, vale decir, no pueden perseguir fines arbitrarios, caprichosos, despóticos o que de alguna manera repugnen a la esencial unidad y dignidad de la naturaleza humana” (Corte IDH, 1984, párr. 57).

La Corte Interamericana ha reforzado recientemente su jurisprudencia en materia de derechos de grupos específicos, reiterando que “el trato diferente... no es per se discriminatorio”. Sin embargo, “los Estados no pueden establecer diferenciaciones que carezcan de una justificación objetiva y razonable y no tengan como objeto último, en definitiva, el ejercicio de los derechos [humanos]” (Corte

IDH, 2002, párr. 55). En términos similares se ha pronunciado el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en su interpretación de los artículos 2(1) y 28 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativos a la igualdad y a la no discriminación. Así, en su Comentario General N° 18 sobre no discriminación, el Comité aclaró que *“el goce en igualdad de los derechos y libertades no significa identidad de trato en toda circunstancia”* (Comité de Derechos Humanos, 1989, párr. 8).

Hablar de derechos de grupos específicos no supone por lo tanto hablar de derechos *especiales*. Implica, por el contrario, la especificación de derechos humanos de predicación universal, para concretarlos en situaciones en las que las personas pertenecientes a tales grupos pueden ser particularmente vulnerables a la violación de esos derechos. El reconocimiento de derechos a grupos específicos a través de un instrumento internacional o de cualquier otra medida supone asimismo la posibilidad, o de hecho la necesidad, de adoptar medidas especiales de protección o de promoción (medidas afirmativas) a favor de estos grupos, con el objetivo de contribuir a la eliminación de las barreras sociales, jurídicas, institucionales o incluso físicas que les impiden gozar de una igualdad sustantiva en relación con otros sectores de la población. En la medida en que el objeto de esas disposiciones no atiende a las personas individualmente consideradas, sino a las características o necesidades específicas y objetivas de los grupos sociales a los que pertenecen, no se consideran discriminatorias (Blázquez, 2006).

La oportunidad y necesidad de 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 Humanos 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”* (Comité de Derechos Humanos, 1989, párr. 10).

Las medidas especiales o afirmativas son de hecho permitidas o demandadas por una serie de instrumentos de derechos humanos, como obligaciones requeridas a 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.

En el ámbito del derecho internacional del trabajo, las medidas especiales o afirmativas son también ampliamente aceptadas. Así, el Convenio N° 111 de la OIT, relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación, establece taxativamente que las *“medidas especiales de protección asistencia” previstas en los convenios y recomendaciones internacionales del trabajo “no se consideran como discriminatorias”*, permitiendo a los Estados la adopción de disposiciones adicionales a favor de grupos a los que *“se les reconozca la necesidad de protección o asistencia especial”* (OIT, 1958, art. 5.1-2). Otro de los instrumentos de referencia en este sentido es la Directiva sobre la igualdad de trato en el empleo y la ocupación de la Unión Europea, según la cual: *“[c]on el fin de garantizar la plena igualdad en la vida profesional, el principio de igualdad de trato no impedirá que un Estado*

miembro mantenga o adopte medidas específicas destinadas a prevenir o compensar las desventajas ocasionadas [por motivos de religión o convicciones, de discapacidad, de edad o de orientación]” (UE, 2000a, art. 7.1).

Las políticas de los organismos internacionales o regionales también han asumido explícitamente las medidas especiales o afirmativas dentro de sus métodos de acción. Por ejemplo, las políticas de la Unión Europea reconocen ahora la necesidad de su adopción, con el fin de *“prevenir o compensar las desventajas o la discriminación”, así como para “proveer la igualdad sustantiva al tener en cuenta la situación específica de grupos desaventajados y romper el ciclo de desventaja asociado con la pertenencia a un grupo específico” (CE, 2009, 24).*

Una categoría más reciente que la de “medidas afirmativas”, originalmente vinculada al ámbito del empleo y de la ocupación, es la de “ajustes razonables” (*reasonable accommodation*). Por lo general, el concepto se refiere, en el ámbito laboral, a toda modificación o acomodo de una práctica laboral o entorno de trabajo que permite a un individuo perteneciente a un grupo socialmente discriminado realizar las funciones esenciales y disfrutar de los beneficios correspondientes a un puesto específico. Esta noción fue ampliada 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, 2006a, art. 2.3).*

La convención va incluso más allá, al considerar a la denegación de ajustes razonables como una forma de *“discriminación por motivos de discapacidad” (art. 2.2)*. Otras disposiciones se refieren a la lucha contra los “estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas” basados en la edad (art. 8. 1.b); al acceso a la justicia en condiciones de igualdad (art. 13.1) y a la protección contra la explotación, la violencia y el abuso (art. 16.1).

Si bien conceptualmente próximas, en la medida en que tienden al objetivo común de lograr la igualdad sustantiva, las nociones de “medidas especiales o afirmativas” y de “ajustes razonables” no son idénticas. Mientras que las primeras suponen un trato diferenciado que implica una ventaja comparativa a favor de los integrantes de grupos específicos, los segundos responden más bien a una medida de no discriminación que ampara un trato diferencial dentro de un marco de razonabilidad que no comprometa los fines de la relación jurídica o del servicio público del que se trate.

3. La especificidad de los derechos de las personas de edad

a) El principio de no discriminación por la edad

Como se ha visto, la discriminación por la edad no aparecía en ninguna de las declaraciones o convenciones del régimen internacional de derechos humanos en su primera época. La inclusión de este tipo de discriminación como un ámbito prohibido ha sido el producto de una interpretación evolutiva de los instrumentos de derechos humanos de aplicación general. En su comentario general sobre la no discriminación, el Comité de Derechos Humanos dejó abierta expresamente esta posibilidad, interpretando que la protección contra la no discriminación no se limita a los motivos expresamente citados en el artículo 2 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos, ni a los derechos recogidos en él. Sobre la base de esta interpretación, la jurisprudencia del comité ha afirmado expresamente que toda distinción fundada en la edad que no esté basada en criterios objetivos y razonables puede ser constitutiva de discriminación, y por lo tanto de una violación del pacto (Comité de Derechos Humanos,

1989). En términos similares se ha pronunciado el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en una serie de casos relativos a la edad mínima de consentimiento para las relaciones sexuales, si bien el convenio europeo no recoge la edad como ámbito prohibido de discriminación. En estos casos, sin embargo, corresponde a los peticionarios probar que tal discriminación ha existido en la práctica.

A causa de esta interpretación evolutiva, el principio de no discriminación por la edad ha sido expresamente reconocido en una serie de instrumentos de derechos humanos, tanto de carácter universal como regional. En la esfera de las Naciones Unidas ha sido recogido, entre otros instrumentos, en la Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder (Naciones Unidas, 1985), en las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para las sanciones no privativas de la libertad o Reglas de Tokio (Naciones Unidas, 1990b), en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer y en la recientemente adoptada Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (Naciones Unidas, 2007).

b) Las personas de edad como un grupo que requiere protección especial

Junto con la prohibición de la discriminación por la edad dentro del régimen contemporáneo de derechos humanos, la comunidad internacional ha reconocido expresamente a las personas mayores como uno de los grupos que, en función de sus características o necesidades específicas, se encuentran en una posición social de desventaja o que enfrentan situaciones de vulnerabilidad en relación con el disfrute de sus derechos humanos, requiriendo por lo tanto una atención especial de los Estados, de los organismos internacionales y de la sociedad civil en su conjunto.

La evolución de las iniciativas llevadas a cabo en el marco de las Naciones Unidas a partir de la década de 1960, partiendo por la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social hasta llegar a las dos asambleas mundiales sobre el envejecimiento, pasando por los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad de 1991, no hacen sino evidenciar la emergencia y la consolidación de un estado de opinión dentro de la comunidad internacional en pro de la protección especial de las personas mayores como un colectivo diferenciado, y ello con independencia de que pueda existir un mayor o menor nivel de acuerdo normativo en torno al contenido específico de esas medidas de protección. El consenso internacional acerca de la identificación de las personas de edad como un grupo en situación de desventaja o de potencial vulnerabilidad se ve también ampliamente reflejado en la práctica de los mecanismos y organismos de derechos humanos de las Naciones Unidas, así como en la de los sistemas regionales de derechos humanos.

De la revisión de las normas y de la práctica internacional reciente puede concluirse, por lo tanto, que existe un acuerdo más o menos generalizado dentro de la comunidad internacional que identifica a las personas de edad como un grupo cuyas características o necesidades específicas lo hacen objeto potencial de discriminación en distintos ámbitos, colocándolo en situación de desigualdad sustantiva respecto al goce de los derechos humanos generalmente reconocidos, y haciéndolo vulnerable en mayor medida que otros grupos a violaciones específicas de estos derechos. Este consenso internacional 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 las personas de edad y protegerlas frente a situaciones de vulnerabilidad.

c) Las diferencias de las personas de edad con otros grupos específicos

A la hora de identificar a las personas de edad como un grupo social que requiere un resguardo específico a través de una serie de derechos diferenciados, es preciso detectar también las características y necesidades que distinguen a este grupo de otros sectores sociales que son objeto de protección. Y dentro del listado de grupos objeto de amparo especial dentro del régimen universal de derechos humanos puede resultar preciso clarificar, en particular, las diferencias entre las personas de edad y las personas con discapacidad.

Según la definición incluida en la convención de las Naciones Unidas, se consideran personas con discapacidad aquellas *“que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con distintas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”* (Naciones Unidas, 2006a, art. 1.2).

La edad avanzada es, de hecho, un factor de especial incidencia para el desarrollo de diversos tipos de discapacidades, tanto de orden físico como mental, como también lo es, en general, para la aparición de distintas enfermedades (OMS, 2002a). Sin embargo, la discapacidad y la edad avanzada son categorías conceptuales diferenciadas. No todas las personas de edad sufren formas de discapacidad amparadas por la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y, a contrario, las personas mayores experimentan formas de discriminación, violaciones específicas de sus derechos humanos y barreras de índole jurídica o institucional para su participación en la sociedad que difieren en términos sustantivos de las necesidades propias de las personas con discapacidad, y que por ende justifican la adopción de medidas legislativas o administrativas específicas. Ni las personas con discapacidad ni las personas de edad son por definición grupos vulnerables. Sin embargo, si uno de los objetivos de una convención internacional sobre los derechos de las personas de edad es promover una imagen real y la eliminación de los estereotipos contra ellas, como se planteará luego, es preciso marcar las diferencias entre ambas categorías.

Un razonamiento semejante puede aplicarse a otros grupos objeto de protección específica en el marco internacional de los derechos humanos, incluyendo, entre otros, a las mujeres, los trabajadores migratorios (y sus familias) o los niños (en lo que se refiere a las responsabilidades del cuidado de los menores de edad). En virtud del principio de indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos, proclamado en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), la adopción de una convención internacional sobre los derechos de las personas de edad debería verse como una contribución a un conjunto interrelacionado de normas sobre la materia, de tal modo que pueda aplicarse transversalmente en relación con otras disposiciones, al tiempo que estas puedan complementar la protección específica de los derechos de las personas mayores en relación con situaciones puntuales.

De lo anterior cabe derivar una serie de consecuencias de índole práctica. En la medida en que una convención internacional sobre los derechos de las personas de edad debe concebirse como una contribución a un conjunto de normas de derechos humanos ya existente, su diseño debe observar los principios de especificidad y complementariedad, evitando la repetición de contenidos ya incluidos en otros instrumentos, incluyendo la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Fuente CEPAL (2020), *COVID-19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos*; A, pp. 9-11.

G. COVID-19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos

1. Es el momento de fortalecer la protección de los derechos humanos de las personas mayores

Las Naciones Unidas han instado a los gobiernos a proteger los derechos humanos de todas las personas durante la pandemia de COVID-19, poniendo especial énfasis en los grupos vulnerables incluyendo a las personas mayores que viven solas, en instituciones o en comunidades de bajos ingresos que tienen acceso desigual a la atención médica, a menudo en situación de subempleo y sin protección social. Asimismo, se ha puesto énfasis en que las declaraciones de emergencias sanitaria o de seguridad estén en consonancia con el derecho internacional de derechos humanos y en ningún caso deben usarse como base para socavar los derechos de grupos particulares de población (OACDH, 2020).

Debido a que las personas mayores interactúan constantemente con el sistema de atención médica y que exigen intervenciones de salud más frecuentes o de tratamiento continuo en lugares como centros de atención primaria, hospitales y residencias de cuidado de largo plazo, se pueden enfrentar a situaciones de violación de sus derechos humanos por la pandemia de COVID-19 (Irfan y Belluz, 2020). La propagación del virus puede dificultar el tratamiento de las enfermedades crónicas que padezcan las personas mayores, exponiéndolas a una muerte anticipada. También se pueden presentar situaciones de discriminación por edad cuando se privilegia la atención de urgencia de las personas en edades más jóvenes infectadas por el virus.

Las personas mayores son víctimas de tratos crueles, inhumanos o degradantes cuando se les niega el acceso a los cuidados necesarios por la presión sobre la capacidad de camas en un país debido al crecimiento exponencial del contagio. Otro aspecto que puede pasar inadvertido es el reforzamiento de la estigmatización de las personas mayores como una carga económica que afectaría la posibilidad de destinar recursos para la atención de la pandemia o el hecho de que las restricciones para evitar el contagio vayan en contra de su derecho a la participación de la vida en comunidad, aislándolas o expandiendo los prejuicios en torno a ellas.

Los derechos humanos son universales e inalienables y, en el caso de las personas mayores, las normas y los principios de derechos humanos reconocidos internacionalmente, que figuran en los tratados internacionales de derechos humanos, cubren y protegen a las personas mayores (Naciones Unidas, 2011). Si bien el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales no se hace explícita la edad como uno de los factores prohibidos de discriminación, su Comité ha ido delimitando en sus observaciones generales algunos de los derechos y obligaciones derivados del Pacto en relación con las personas mayores (Huenchuan y Morlachetti, 2007).

En la Observación General N° 6 de 1995, el Comité ha dicho que para ejercer el derecho a la salud en la vejez han de disponerse de todos los medios necesarios para vivir de manera digna la última etapa del ciclo de vida, incluyendo la atención a los enfermos terminales (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1995). Asimismo, en la Observación General N° 14 de 2000, el mismo Comité reafirma la importancia de un enfoque integrado de salud que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación de las personas mayores. Esas medidas deben basarse en reconocimientos periódicos para ambos sexos, medidas de rehabilitación física y psicológica destinada 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 (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

A pesar de esta protección, se afirma cada vez con más frecuencia que existe una laguna en el sistema internacional de derechos humanos, pues actualmente no hay un instrumento de derechos humanos universal (Naciones Unidas, 2011), solo instrumentos regionales como la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. La Convención Interamericana prohíbe la discriminación por la edad de la vejez y consagra, entre otros, el derecho a la salud y a los cuidados de largo plazo. Asimismo, el artículo 29 sobre situaciones de riesgo y emergencias humanitarias indica que:

“Los Estados Parte tomarán todas las medidas específicas que sean necesarias para garantizar la integridad y los derechos de la persona mayor en situaciones de riesgo de conformidad con las normas de derecho internacional, en particular del derecho internacional de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario” (OEA, 2015).

Las garantías constitucionales son protecciones relevantes en este momento. Por ejemplo, el inciso C del artículo 11 de la Constitución Política de la Ciudad de México reconoce los derechos de las personas mayores que comprenden, entre otros, el acceso a servicios de salud especializados y cuidados paliativos, junto con el establecimiento de un sistema integral para su atención que prevenga el abuso, abandono, aislamiento, negligencia, maltrato, violencia y cualquier situación que implique tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes o atente contra su seguridad e integridad.

Por su parte, en México la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha reconocido que el derecho al mínimo vital —que está protegido en la Constitución— comprende las condiciones básicas y prestaciones sociales necesarias para que la persona pueda vivir libre de temor, y abarca todas las medidas positivas y negativas imprescindibles para evitar que la persona se vea inconstitucionalmente reducida en su valor intrínseco como ser humano por no contar con las condiciones materiales que le permitan llevar una existencia digna (Galván, 2015).

Por lo tanto, como ejemplo, sería deber del Gobierno de la Ciudad de México el garantizar que las organizaciones del sector público y privado conozcan y reconozcan sus obligaciones de proteger los derechos de las personas mayores y ponderen los posibles impactos desproporcionados del COVID-19 en ellas.

Lo que está en juego ahora no solo es la capacidad de los gobiernos para responder a la pandemia, sino también el cumplimiento de su obligación de proteger la vida y la integridad de las personas mayores en un contexto de interdependencia y solidaridad.

Fuente

CEPAL México (2020), *COVID-19 y sus impactos en los derechos y la protección social de las personas mayores en la subregión*; pp. 75-79.

H. Los derechos humanos en el centro de la acción

La resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas titulada «Respuesta integral y coordinada a la pandemia de la enfermedad por coronavirus», del 11 de septiembre de 2020, en su párrafo 34, “exhorta a los Estados Miembros y a otras partes interesadas a que prevengan, vigilen y aborden los efectos desproporcionados de la pandemia en las personas de edad, incluidos los riesgos particulares que enfrentan en el acceso a la protección social y los servicios de salud, y a que velen para que las decisiones en materia de atención de la salud que afecten a las personas de edad respeten la dignidad de estas y promuevan sus derechos humanos, incluido el disfrute del más alto nivel de salud física y mental” (United Nations, 2020a, pág. X).

Este llamado se une a otros realizados con anterioridad, tal como el comunicado de la Experta Independiente para el disfrute de todos los derechos humanos de las personas de edad, del 27 de marzo de 2020, en el que fue enfática al señalar que las personas mayores no solo se enfrentan a un riesgo desproporcionado de muerte, sino que además se ven amenazadas debido a sus necesidades de apoyo y de atención o por vivir en entornos de alto riesgo (Office of the High Commissioner for Human Rights, 2020b).

En ambas oportunidades se buscaba llamar la atención acerca del riesgo de la pandemia en las personas mayores —esto es, que su probabilidad de pérdida potencial de vida o daño es más elevada—. La información proporcionada en este informe documenta de manera sólida que esta preocupación no es superficial. Efectivamente, las personas mayores de la subregión han sido las más perjudicadas porque tienen más probabilidad de padecer una enfermedad grave por la pandemia o incluso morir.

Sin embargo, como se documenta también en este informe, el riesgo no se basa solo y únicamente en la edad cronológica o en la concurrencia de enfermedades subyacentes —principalmente hipertensión, diabetes y afecciones cardíacas—, sino también en las condiciones de vida en que se desenvuelven.

El acceso de las personas mayores a los medios de vida como el ingreso adecuado y las limitaciones de los dispositivos de protección social demuestran, como han señalado algunos autores y la comunidad científica, que la pandemia es también una enfermedad con carácter social porque ha sacado a la luz las deficiencias de cada sociedad. Las desigualdades que ya estaban presentes antes de la pandemia de COVID-19 se acentúan e incluso continúan.

A diferencia de la gripe española de 1918, en la que existía un amplio consenso científico y popular sobre que afectaba a los ricos y pobres por igual, un siglo más tarde la pandemia por COVID-19 no es neutral. Existen desigualdades en las tasas de morbilidad y mortalidad que reflejan experiencias desiguales con respecto a la incidencia de enfermedades crónicas y de los determinantes sociales en salud. Existiría un patrón de desigualdad que incide en la gravedad de la enfermedad, así como en la capacidad de gestión del riesgo antes, durante y después de la pandemia.

La experiencia de COVID-19 en las poblaciones que envejecen, independiente de la etapa de transición demográfica en que se encuentren, lleva a cuestionar innumerables decisiones que se tomaron con anterioridad a la pandemia. En la década de 1970, la CEPAL ya advertía sobre la rapidez del proceso de envejecimiento en América Latina y el Caribe. En la década de 2000, la institución insistió con más vehemencia acerca de este fenómeno y la necesidad de realizar las reformas necesarias para adecuar las políticas públicas al escenario demográfico. Sin embargo, pocos países respondieron con prisa para hacer las modificaciones que se requerían.

En muchas partes, el envejecimiento se valoró como un problema de los países desarrollados y, siguiendo su experiencia, la discusión se concentró en los impactos de este en los sistemas de protección social, en particular las pensiones y la salud. Se argumentó que el envejecimiento podría llevar a un quiebre de los sistemas por el incremento de la relación de dependencia demográfica debido al aumento de las personas mayores y la disminución de la población económicamente activa.

Los países que adelantaron sus respuestas para ir adecuando sus sistemas de protección social al cambio demográfico por lo general fueron aquellos pioneros en su instalación y, en el caso de la subregión, destacan Costa Rica y Cuba. El primero incorporó de manera novedosa los asuntos de cuidados en su quehacer y fortaleció la atención en salud con sólida formación en geriatría y gerontología, entre otros aspectos. Cuba, el país más envejecido de la Latinoamérica, agregó reformas en seguridad social y reforzó su sistema de salud incorporando a las personas mayores de manera transversal en las acciones que ejecuta. Otros en cambio, no advirtieron la profundidad de los cambios que se avecinaban, a pesar de que en algunos de ellos —como se indica en este informe— el envejecimiento de sus poblaciones es más acelerado.

Hoy, la pandemia por COVID-19 y el inesperado protagonismo que han alcanzado las personas mayores en todo el mundo muestran que la protección social de este grupo de edad es y será una cuestión central del siglo XXI. Aquí cabe insistir en la exhortación de que cualquier iniciativa que se impulse debe estar basada en los derechos humanos. La CEPAL (2006) ha insistido de manera reiterada en que la protección social de cara al futuro debe tener como base la doctrina internacional de derechos humanos y fundamentarse en los principios de universalización y solidaridad, así como en mecanismos efectivos de exigibilidad.

Los derechos humanos de las personas mayores no solo deben estar presentes como el estándar que guíe la protección social más allá de la pandemia, sino que son además la base de cualquier análisis que se efectúe en la actualidad, con el objetivo de minimizar la posibilidad de repetir los mismos errores en el futuro.

En esencia, como ha señalado el Presidente del Comité Ejecutivo de Derechos Sociales de Europa (Palmisano, 2020), esta crisis es un recordatorio brutal de la importancia de asegurar el progreso duradero, sostenido y progresivo con respecto al disfrute de los derechos humanos —civiles y políticos, económicos, sociales y culturales—, su indivisibilidad e interdependencia. El primero y el más importante es el derecho a la vida y la obligación internacional de los Estados es favorecer todos los mecanismos para su respeto, promoción y garantía, y ello debe ocurrir con independencia de la edad o cualquier otra característica de la persona.

Aunque sean de suma importancia, la pandemia por COVID-19 no puede resolverse solo con medidas de confinamiento o asistencia económica basada en pruebas de pobreza. Hay que ampliar el espectro de acciones para proteger todos los derechos humanos. La escasez de recursos nunca debe ser una justificación para no actuar en tal sentido. Para responder efectivamente a la pandemia, los Estados han de tomar medidas adicionales de contención para que el apoyo tenga la mayor universalidad posible y llegue realmente a quienes están en mayor riesgo de verse afectados por la enfermedad.

El derecho a la vida no es la ausencia de muerte, es vivir con dignidad, y ha de ser el punto de partida de cualquier intervención. La Observación General Núm. 36 del Comité de Derechos Humanos ha indicado que “el deber de proteger la vida también implica que los Estados deben tomar todas las medidas adecuadas para abordar las condiciones generales en la sociedad que puedan dar lugar a amenazas directas a la vida o impedir que las personas disfruten del derecho a la vida con dignidad”¹⁴.

¹⁴ Véase: Human Rights Committee (2018) General comment No. 36 (2018) on article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the right to life. [en línea] https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/1_Global/CCPR_C_GC_36_8785_E.pdf.

Eso significa, entre otras cosas, que las acciones que se pongan en práctica han de ir destinadas a garantizar el acceso sin demora de las personas a los bienes y servicios esenciales como alimentación, agua, atención médica, electricidad, saneamiento y otras para facilitar condiciones generales adecuadas (Saunders, 2020). Por lo tanto, al considerar su respuesta a la pandemia los países deben, dentro de sus recursos disponibles y bajo el principio de máxima movilización de estos, promover las condiciones adecuadas para garantizar el derecho a la vida, y en este caso en particular, a la vida digna de las personas mayores.

Asimismo, es indispensable que los países ponderen sus intervenciones sobre la base del principio de igualdad y no discriminación y enfoque propersona para corregir cualquier discriminación por edad en la asignación de bienes públicos, tomando en cuenta del mismo modo que las medidas que excluyen de manera no intencionada pueden ser equivalentes a discriminación indirecta.

En este marco es inadmisibles que los servicios de salud se reserven el derecho a admitir pacientes con COVID-19 con determinadas características. Las personas mayores enfermas por COVID-19 deben ser atendidas aun cuando no tengan los mismos recursos clínicos que las más jóvenes. Una sobrevaloración de la juventud como criterio para asignar recursos y atención es equivalente a valorar unas vidas por sobre otras (Aronson, 2020).

La Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, en su artículo 6, establece que los Estados Parte adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población (OEA, 2015). Los protocolos elaborados tempranamente para atender a las personas mayores frente al riesgo de ser contagiadas por COVID-19 son útiles y necesarios para cumplir con lo indicado por la Convención Interamericana, pero no son suficientes. Se requiere una vigilancia activa por parte de los gobiernos para que estos se cumplan sin exponer a las personas mayores a una muerte anticipada.

Por otra parte, en varios países se han limitado o suspendido temporalmente las visitas a centros de atención residencial en un intento por evitar la propagación del COVID-19. Son pocos los cuestionamientos con respecto a esta medida, que puede tener consecuencias significativas para la salud mental y bienestar general de las personas mayores. Hoy día, cuando el abandono de las personas mayores frente a los hospitales u hogares de ancianos ocurre incluso cuando son fechas festivas como Navidad o Año Nuevo, es fácil imaginar lo que podría ocurrir en el escenario actual. Por ello, algunas instituciones de derechos humanos han llamado la atención sobre ello. Por ejemplo, la Defensoría de las personas mayores de Guatemala advirtió en un informe reciente que suspender las visitas a hogares de ancianos era necesario, pero es crucial que los residentes experimenten tales limitaciones y sus consecuencias lo menos posible (Procurador de los Derechos Humanos de Guatemala, 2020).

Las medidas adoptadas también deben contrarrestar el efecto de la pandemia en la igualdad de trato y el acceso a la atención médica en casos no relacionados con COVID-19. Ello se transgrede cuando se priorizan pacientes con COVID-19 y se afecta a otras personas que también requieren atención o medicamentos esenciales. La Declaración Conjunta: Personas con Discapacidad y COVID-19 indica al respecto que los Estados también deben continuar ofreciendo los servicios de salud requeridos por las personas con discapacidad, lo que se aplica también para las personas mayores y personas con enfermedades en tratamiento (Office of the High Commissioner for Human Rights, 2020a). En este sentido, la disponibilidad de medicamentos es fundamental, al igual que el acceso a los cuidados paliativos y la atención médica especializada.

En definitiva, la respuesta a la emergencia y recuperación deben diseñarse para garantizar el derecho a la vida, independientemente de las características particulares de las personas a las que van destinadas. Dividir a la sociedad entre frágiles y fuertes sería un desafortunado camino para una humanidad que hoy más que nunca pone en evidencia su interdependencia.

Fuente

CEPAL (2020), *Desafíos para la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19*; pp. 1-2, 31-32.

I. La protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19

La crisis sanitaria y económica, sin precedentes en los últimos 100 años, que sobrevino con el surgimiento del nuevo coronavirus y la enfermedad de COVID-19 ha puesto las desigualdades socioeconómicas y de acceso a los servicios de salud y protección social aún más en evidencia, además de plantear desafíos socioeconómicos y exponer a los grupos más vulnerables de la población a riesgos y adversidades más graves de los que ya enfrentaban.

Entre los grupos más vulnerables, que sufren consecuencias directas de la pandemia en su calidad de vida y enfrentan desafíos respecto del cumplimiento de sus derechos, están las personas mayores. Las evidencias científicas sobre la evolución de la pandemia y los factores de riesgo vinculados al COVID-19 han mostrado que las personas de todas las edades corren riesgo de contraer la enfermedad por el SARS-CoV-2. Sin embargo, las personas mayores, en particular las de 80 años y más, tienen más probabilidades de presentar síntomas graves, un agravamiento del cuadro clínico y morir (OMS, 2020a; Naciones Unidas, 2020b). Los estudios también han dejado claro que la preexistencia de enfermedades crónicas y degenerativas constituye otro factor de riesgo asociado a la probabilidad de agravamiento y mortalidad por COVID-19 (OMS, 2020a), y es bien sabido que estas comorbilidades son más frecuentes entre las personas mayores.

De ahí la importancia de la protección de los derechos de las personas mayores en este contexto de crisis sanitaria, que deben desplegarse en dos ámbitos: por una parte, el derecho a la salud, que debe ser para todos, sin discriminación por edad, y, por la otra, el derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez.

Con relación a la estructura etaria, el proceso de envejecimiento poblacional de los países de América Latina y el Caribe es heterogéneo, y muestra avances e intensidades diferentes. El proceso de envejecimiento en la región aún está lejos del observado en Europa y en países desarrollados, donde la estructura etaria envejecida y el patrón de contagios concentrado en este grupo fueron decisivos para la alta mortalidad registrada en un período corto de tiempo. De hecho, aunque la estructura etaria de la región tiende a envejecer, actualmente el 13% de la población son personas de 60 años y más, cifra muy inferior al 25% o más de varios países europeos. Además, la región presenta una diversidad de situaciones, con países en etapas avanzadas o muy avanzadas del proceso, y otros que aún se encuentran en una trayectoria incipiente de envejecimiento (Naciones Unidas, 2019a).

Entretanto, los países con menor porcentaje de personas mayores son, en general, los más rezagados en materia de desarrollo social y económico, y exhiben riesgos estructurales graves. Estos países suelen dedicar menos recursos a la atención sanitaria, tienen sistemas de salud que aún se encuentran en etapa de organización, disponen de experiencia limitada en la asistencia y el cuidado de personas mayores, y cuentan con sistemas de protección y seguridad social con baja cobertura y acceso desigual.

Además, se ha observado que el riesgo de infección de las personas mayores se ve aumentado por otros factores resultantes de las interacciones entre los factores demográficos y socioeconómicos. Entre ellos se cuentan: el alto grado de hacinamiento en los hogares, la coresidencia intergeneracional, la falta de acceso a sistemas de agua y saneamiento adecuados, y el alto grado de concentración de población en áreas urbanas con grandes déficits en materia de vivienda y servicios básicos.

Respecto de este último factor, cabe aclarar que América Latina y el Caribe es la región más urbanizada del mundo en desarrollo, ya que más del 81% de las personas viven en áreas urbanas (Naciones Unidas, 2019a, 2019b, 2019c y 2019d). La urbanización está muy concentrada en ciudades

grandes (metrópolis con un millón de habitantes o más, y megalópolis con 10 millones de habitantes o más) que, en general, presentan una gran segregación residencial y desigualdad social, lo que constituye un factor de riesgo para el rápido contagio del COVID-19 (Naciones Unidas, 2020b). Si bien, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020e), la concentración de la población en las grandes ciudades puede posibilitar un mejor acceso a los cuidados de salud y las grandes ciudades están más preparadas para aumentar con rapidez la capacidad de sus sistemas de salud, también ocurre que estas eventuales ventajas en parte se neutralizan por los déficits y las desigualdades que caracterizan a las ciudades de la región.

Las desigualdades sociodemográficas, económicas y en los determinantes de la salud se acumulan, se potencian e interactúan entre sí, causando múltiples discriminaciones que conllevan diferencias en el ejercicio de los derechos (CEPAL, 2020b). Los efectos nocivos de la pandemia en las condiciones de vida de las personas mayores son evidentes. De allí la necesidad de que la protección de sus derechos esté en el centro de los esfuerzos de respuesta, al amparo de instrumentos y acuerdos internacionales como el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 2003), la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2012), la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015), el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CEPAL, 2013), la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2015) y la Declaración de Asunción “Construyendo sociedades inclusivas: envejecimiento con dignidad y derechos” (CEPAL, 2017).

1. Recomendaciones para la orientación de políticas

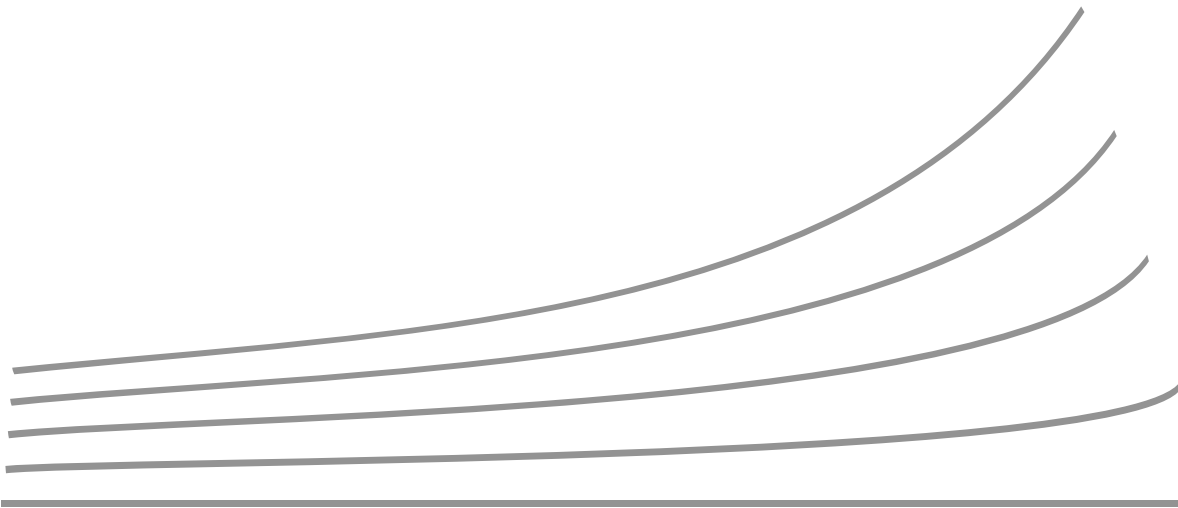
Los países de América Latina y el Caribe han respondido de distinta manera a la hora de enfrentar la pandemia de COVID-19. Con diferentes niveles de infectados y mortalidad, aún son presa de grandes incertidumbres sobre la magnitud de la pandemia, así como de sus consecuencias económicas, sociales y psicológicas. Esta pandemia ha traído desafíos sin precedentes a la humanidad y presenta una amenaza desproporcionada para la salud, la vida, los derechos y el bienestar de las personas mayores. La recuperación del COVID-19 es una oportunidad para construir una sociedad más inclusiva, equitativa y amigable, que fomente el envejecimiento saludable y los derechos humanos y la dignidad de las personas mayores. En este sentido, se pueden enumerar algunas recomendaciones específicas:

- i) Los instrumentos acordados a nivel internacional, ampliamente discutidos y en proceso de implementación, como el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la Declaración de Asunción, son herramientas de referencia para la priorización de medidas que busquen asegurar que la pandemia cause el menor impacto posible y que se garanticen los derechos de las personas mayores y de la población en general.
- ii) Las tendencias del proceso de envejecimiento poblacional ganan relevancia en un escenario de pandemia donde las personas mayores tienen un riesgo significativamente más elevado de enfermedad grave y mortalidad por COVID-19. Esto implica que los países necesitan orientar sus políticas de manera directa y explícita a la protección de las personas mayores, garantizando, en primer lugar, la protección para evitar el contagio y, cuando ya hay infección, el acceso a tratamientos adecuados, sin discriminación de ningún tipo. Además, deben implementar acciones que garanticen el tratamiento de la enfermedad por coronavirus y sus consecuencias, y poner en marcha planes para

organizar programas de inmunización mediante vacunas para las personas mayores, garantizando que se dé prioridad a las más vulnerables.

- iii) Es necesario orientar las políticas reconociendo que “las personas mayores, en razón de su edad y su condición de vulnerabilidad, continúan siendo discriminadas y son víctimas de abusos y maltratos, lo que por ende afecta el goce y ejercicio de sus derechos” (CEPAL, 2013, pág. 17). Por lo tanto, las instituciones de larga estadía necesitan el apoyo de las políticas públicas para la capacitación y calificación de recursos humanos, así como para obtención de recursos financieros, a fin de garantizar la mejor atención en todo momento, pero especialmente en tiempos de crisis de salud como la del COVID-19.
- iv) Una implicación de política directa que deriva de la información vinculada a la coresidencia intergeneracional es la necesidad de disminuir el riesgo de contagio. Para ello, el cierre de las escuelas y el confinamiento del conjunto del hogar son las opciones más efectivas, aunque difícilmente sostenibles por largo tiempo y con evidentes costos colaterales. Desde luego que hay otras opciones, pero estas resultan más difíciles de implementar (como ocurre con el aislamiento de las personas mayores dentro del hogar). Sin embargo, hay soluciones complementarias, como las residencias sanitarias. Y, ciertamente, la adopción de medidas higiénicas estrictas de prevención a escala del hogar (lavado de manos, uso de mascarillas, mantenimiento de distancia física, uso regular de desinfectantes en superficies y otras) también podría servir, pero hay muy poca evidencia sobre el seguimiento efectivo de tales medidas en los hogares.
- v) Se necesitan acciones sociales para garantizar que las personas que viven solas y en aislamiento social en momentos de pandemia tengan un seguimiento adecuado y dispongan de información para la búsqueda de ayuda en caso de que necesiten obtener bienes materiales y medicinas, así como apoyo emocional. Para ello, es esencial mantener registros administrativos donde se identifiquen los hogares con personas mayores que viven solas y los datos de sus contactos en caso de emergencia.
- vi) Debido a las fragilidades resultantes de la vejez, no solo durante la pandemia, las personas mayores necesitan poder tener acceso al agua y al saneamiento para protegerse de las enfermedades transmisibles. Tanto en las áreas rurales como en las urbanas segregadas y en condiciones de pobreza, que tienen servicios inadecuados de agua y saneamiento, son necesarias acciones específicas para garantizar el suministro continuo y adecuado de estos servicios a corto, mediano y largo plazo.
- vii) En vista del envejecimiento de la población y del cambio en el perfil epidemiológico, con un aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, el sistema de salud debe organizarse para brindar la mejor atención primaria de la salud y estar preparado, a su vez, para un momento como el actual, de forma de poder ofrecer la atención sanitaria necesaria a la población de edad avanzada dentro de su rutina.
- viii) En cuanto a la protección social, la región presenta grandes rezagos históricos que no se resolverán a corto plazo. En momentos de crisis sanitaria con crisis económica agravada, es necesario garantizar que los recursos de las pensiones lleguen a la población mayor, principalmente a las personas más vulnerables, que son las que todavía no están cubiertas y las que reciben pensiones no contributivas. Es necesario dar la mayor prioridad política a las acciones urgentes de identificación y localización de las personas vulnerables, así como a la definición de los mecanismos de distribución.
- ix) Debido a las cuestiones históricas de falta de protección social, la segregación femenina en el mercado de trabajo no remunerado y su mayor vinculación con los cuidados, sumado a la mayor esperanza de vida de las mujeres, todas las políticas y acciones deben tener necesariamente presentes las inequidades de género. Al respecto, uno de los desafíos más importantes que tiene la región es la reorganización social de los cuidados para alcanzar la plena corresponsabilidad entre el Estado, el mercado y las familias.

Por último, pero no menos importante, en todos los temas tratados queda claro que existe un importante déficit de datos e información para lograr mejores diagnósticos y análisis. La crisis ha puesto en evidencia una vez más la gran necesidad de contar con sistemas robustos de recolección y difusión de datos, con desgloses a nivel subnacional por edad, sexo y causa de muerte. Por lo tanto, se necesitan políticas y un financiamiento adecuado para elaborar y mejorar los indicadores destinados a monitorear tanto la evolución epidemiológica de la pandemia como los datos socioeconómicos y demográficos, que son esenciales para la identificación de los grupos más vulnerables y los factores de riesgo.



Capítulo II

La dimensión demográfica del envejecimiento

Fuente:

A. CEPAL (2000), *Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad: seminario técnico*

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6480/S00080711_es.pdf

B y D. S. Huenchuan (2018), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*

<https://bit.ly/3oxrqxF>

C. CEPAL (2014), *La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe: la hora de la igualdad según el reloj poblacional*

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37252/1/MPD_ddd2_esp.pdf

E. A. Arenas (2019), *Los sistemas de pensiones en la encrucijada: desafíos para la sostenibilidad en América Latina*

<https://bit.ly/37RFso7>

F. CEPAL (2017), *Panorama Social de América Latina*

<https://bit.ly/3egT4Mg>

Introducción

El capítulo II aborda la dimensión demográfica del proceso de envejecimiento, destacando las causas de este proceso, que en varios países de la región ha sido bastante acelerado, y los posibles impactos sociodemográficos, particularmente en las características de este grupo etario.

El primer documento seleccionado es un texto presentado en uno de los primeros encuentros regionales de personas de edad, a inicios de la década de 2000, preparatorios de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada en Madrid en 2002. En él se analiza el proceso de envejecimiento de la población de la región como resultado del avance de la transición demográfica. Se destacan los factores que han incidido en el envejecimiento, cómo ha sido su evolución en la segunda mitad del siglo XX y su probable evolución en el siglo XXI.

Los dos documentos que siguen también abordan el proceso de envejecimiento demográfico en la región y la situación de las personas mayores, pero desde una mirada de más largo plazo y con cifras más recientes basadas en las estimaciones y proyecciones de población de las Naciones Unidas. En ellos se analizan las disparidades y convergencias regionales, y se incorporan la perspectiva de igualdad y de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Finalmente, a partir de dos documentos muy relevantes, se aborda el tema de pensiones y cómo el proceso de envejecimiento puede repercutir en la relación de dependencia demográfica y los desafíos que enfrentan los sistemas de pensiones en el nuevo contexto demográfico regional. Se analiza la sostenibilidad financiera de los sistemas de pensiones contributivos y la manera en que esta se verá afectada por los cambios demográficos y la disminución en la relación entre cotizantes y beneficiarios.

Fuente CEPAL (2000), *Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad: seminario técnico*; pp. 25-47.

A. El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica

1. El envejecimiento, un proceso sociodemográfico

Miguel Villa¹ y Luis Rivadeneira²

El envejecimiento es un proceso que se desarrolla gradualmente entre los individuos y en el colectivo demográfico. Las personas envejecen a medida que en su tránsito por las diversas etapas del ciclo de vida ganan en años; una población envejece cada vez que las cohortes de edades mayores aumentan su ponderación dentro del conjunto. No obstante sus diferencias específicas —que hacen irreversible el proceso en el caso individual y no en el de la población— ambas expresiones del envejecimiento comparten la referencia a la edad. Entre las personas, y más allá de consideraciones biológicas, el envejecimiento trae consigo un complejo de cambios asociados a la edad, que atañen a la percepción que las personas tienen de sí mismas, a la valoración que los demás les asignan y al papel que desempeñan en su comunidad. Desde el ámbito demográfico, el envejecimiento implica que la proporción de individuos que experimentan aquellos cambios tiende a aumentar en desmedro de la importancia relativa de los demás grupos, cuyo distingo se establece de acuerdo con la edad.

Si bien la edad parece ser el criterio más apropiado para delimitar el envejecimiento, la determinación de un valor numérico preciso estará siempre sujeta a arbitrariedades. Como apunta Bobbio (1997, p. 24), el umbral de la vejez se ha retrasado a lo largo de la historia: “Quienes escribieron sobre la vejez, empezando por Cicerón, rondaban los sesenta ... Hoy, en cambio, la vejez, no burocrática sino fisiológica, comienza cuando cada uno se aproxima a los ochenta...” Solari (1987) sostenía que la edad de la vejez, autopercibida o socialmente asignada, ha venido aumentando. Además de su mutabilidad histórica, la edad conoce múltiples significados, y muchos de ellos aluden más a la calidad que a la cantidad de años vividos. Desde luego, existe una edad biológica, mediatizada por factores ambientales y rasgos genéticos individuales, que regula los parámetros básicos de la vida; su incidencia se ve afectada, al menos en parte, por una edad psicológica o subjetiva, que remite a la capacidad de aceptarse a sí mismo y de ajustarse a sus entornos. Hay también una edad social, que refleja los efectos tanto de las normas que rigen los comportamientos de los individuos —la edad “burocrática” mencionada por Bobbio o la “asignada”, según Solari— como de los factores estructurales referidos a sus posibilidades de inserción y participación en las esferas sociales; los alcances de esta edad social dependen, a su vez, de la cultura dominante (Laslett, 1996) y de la posición socioeconómica de las personas.

Dado que las diversas nociones de edad varían con distinto ritmo y temporalidad, resulta difícil elegir aquella que con mayor propiedad marca el umbral del envejecimiento; esta dificultad se acrecienta porque dichas variaciones difieren también entre los individuos. Por ello, para examinar las dimensiones demográficas del proceso, que conciernen al colectivo de personas, habitualmente se recurre a la acepción más corriente del vocablo: la edad cronológica. De acuerdo a una práctica tradicional de la División de Población de las Naciones Unidas —adoptada en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (United Nations, 1982) y en los estudios de alcance regional

¹ Jefe Área de Población y Desarrollo, División de Población (CELADE), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (mvilla@eclac.cl).

² Consultor, División de Población (CELADE), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (Irivadeneira@eclac.cl). Se agradece la colaboración de Rodrigo Espina en la elaboración de los gráficos (respina@eclac.cl).

sobre la materia (Peláez y Argüello, 1982)—, la edad umbral puede situarse en los 60 años. Con el objeto de prestar atención a algunos aspectos de la heterogeneidad intrínseca del grupo mayor de esas edad, es frecuente subdividirlo en dos segmentos, con el segundo a partir de los 75 años, otro límite arbitrario. Por cierto, el empleo de límites etarios se justifica sólo para propósitos analíticos y no implica desconocer que el envejecimiento demográfico afecta a toda la población, hecho patente al comparar las magnitudes de las sucesivas cohortes (análogamente, el envejecimiento de los individuos se desarrolla a lo largo de toda la vida).

La naturaleza sociodemográfica del proceso de envejecimiento de la población es puesta en evidencia tanto por sus causas como por sus repercusiones; unos y otras se enraízan en factores sociales, económicos, políticos y culturales. Así, en muchos países de América Latina y el Caribe se está tomando conciencia de que las actuales tendencias de cambio apuntan en sentido contrario a las anteriores (multiplicación acelerada y rejuvenecimiento de la población), lo que exige readecuar las instituciones económicas y sociales para atender demandas hasta hace poco desconocidas. Los efectos de estas tendencias sobre el consumo, el ahorro, la inversión, la distribución del ingreso, la flexibilidad de la mano de obra, la oferta de servicios de variada índole, las relaciones intergeneracionales, la equidad social y de género y la gestión económica y sociopolítica, en general, configuran desafíos de gran envergadura en lo que respecta a la estructura, las funciones y el desarrollo de las sociedades. Este impacto multifacético del envejecimiento de la población motiva la exploración de sus tendencias y sus antecedentes más cercanos.

El texto que sigue tiene como propósito mostrar que el proceso de envejecimiento de la población de los países de América Latina y el Caribe se desarrolla en el contexto de sus experiencias de transición demográfica. Para ello se toma como período de referencia el siglo comprendido entre los años 1950 y 2050, lapso suficiente como para identificar un conjunto de cambios y sus repercusiones sobre la estructura por edades. La exposición comienza con un examen de los factores demográficos del envejecimiento, señalando sus modificaciones en la región durante el período considerado. A continuación, en dos secciones, se describen las tendencias de los indicadores básicos del envejecimiento, distinguiendo cuatro agrupaciones de países de acuerdo con el estado de su transición demográfica en el decenio de 1990; la primera de estas secciones se refiere al medio siglo que concluye en el año 2000 y la segunda a los cincuenta años siguientes. Finalmente, se efectúa una sumaria presentación de algunos rasgos sociodemográficos de la población adulta mayor de la región. La información utilizada corresponde a las estimaciones y proyecciones de población preparadas por la División de Población de las Naciones Unidas y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE); de esta fuente proceden los datos con los que se confeccionaron los cuadros anexos al texto.

2. Factores del envejecimiento de la población regional y su transición

El envejecimiento suele describirse sintéticamente como el incremento sostenido de la proporción de personas de 60 y más años con respecto a la población total, lo que resulta de una progresiva alteración del perfil de la estructura por edades (Chesnais, 1990), cuyos rasgos piramidales “clásicos”

(con una base amplia y una cúspide angosta) se van desdibujando para darle una fisonomía rectangular y tender, posteriormente, a la inversión de su forma inicial (con una cúspide más ancha que su base). Esta secuencia —a diferencia de lo que ocurre con el envejecimiento de los individuos— no sigue un ritmo cronológico único ni es un sino forzoso irreversible, ya que el patrón de evolución de la estructura por edades puede combinar o alternar tensiones en favor del envejecimiento y del rejuvenecimiento de la población (Schkolnik, 1990); ello se debe a que, además de la inercia inherente a toda composición etaria³ (el potencial de crecimiento implícito), la remodelación de su estructura obedece al sentido, fuerza y persistencia de los cambios de las variables demográficas fundamentales (mortalidad, fecundidad y migración).

La disminución de la mortalidad —y el concomitante aumento de la esperanza de vida— contribuye a que más personas sobrevivan hasta edades avanzadas; si bien esto implica la ampliación del tamaño de las cohortes que irán avanzando por los sucesivos peldaños de la pirámide de edades, el descenso de la mortalidad no siempre impulsa el envejecimiento de la población. En efecto, la transición hacia menores niveles de mortalidad se inicia típicamente con una reducción más acentuada de las muertes en la infancia y la niñez temprana, redundando en un rejuvenecimiento de la población (un efecto similar al que se desprendería de un aumento de la fecundidad). Tal sesgo se asocia con la adopción de tecnologías médicas y programas de atención de la salud de bajo costo y aplicación relativamente fácil. Sólo después de haber conseguido progresos importantes en las etapas iniciales de la vida, las intervenciones dirigidas a aminorar la mortalidad tienden a distribuirse de manera más equilibrada entre las distintas edades, por lo que sus repercusiones sobre la estructura por edades suelen ser escasas o nulas. Recién en etapas avanzadas del desarrollo de los programas de atención de la salud —y de la transición epidemiológica (Bajraj y Chackiel, 1995)— la reducción de la mortalidad comienza a rendir frutos principalmente entre los adultos mayores; así, el aumento de la probabilidad de sobrevivir después de los 60 años impulsa, de modo directo, el envejecimiento de la población. Las evidencias disponibles permiten señalar que las modalidades reseñadas se prestan para describir la trayectoria de la transición de la mortalidad experimentada por los países de la región.

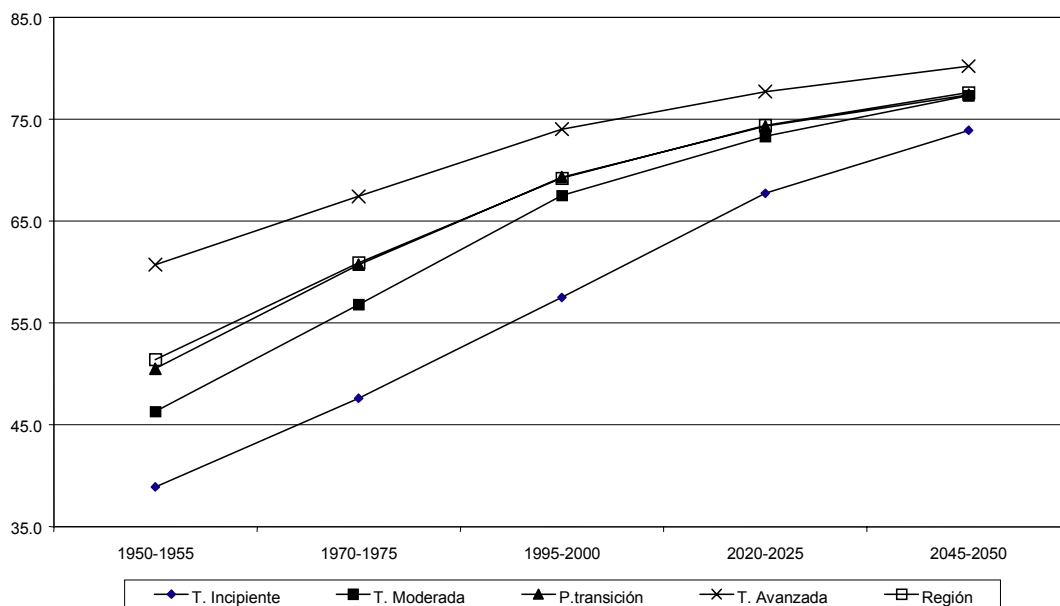
Tal vez el primer cambio demográfico de importancia ocurrido en América Latina y el Caribe en la segunda mitad del siglo XX haya sido la substancial disminución de la mortalidad (gráfico II.1 y gráfico II.2); el inicio de este fenómeno se remonta al término del primer cuarto de ese siglo. Entre comienzos del decenio de 1950 y fines del de 1990, la esperanza de vida se extendió, en promedio, 18 años, aumentando de 51.4 a 69.2 años (sólo cinco años menos que el promedio de las regiones desarrolladas). Al inicio del período se observaba una fuerte variación en torno al valor medio del indicador, pues casi la mitad de los países registraban cifras inferiores a 55 años; con el curso del tiempo esta dispersión se reduce considerablemente, en parte a raíz de que las ganancias se moderan a medida que se alcanzan valores mayores de esperanza de vida. Según las proyecciones vigentes, la tendencia convergente se hará más marcada en el futuro: en el año 2025 la esperanza de vida media de la población de la región será de casi 75 años y, salvo una excepción, en todos los países superará los 70 años; a mediados del siglo XXI el indicador regional se acercaría a los 78 años. La evolución de la esperanza de vida presenta también una persistente especificidad de género, expresada en la mayor probabilidad de sobrevivir de las mujeres: la diferencia con relación a los hombres aumentó sostenidamente de 3.4 a 6.5 años entre el comienzo del decenio de 1950 y el de 1990; posteriormente, y según las proyecciones, tendería a atenuarse, llegando a 6 años en el quinquenio 2045–2050.

³ La importancia del factor de inercia demográfica estriba en que la estructura por edades de un momento dado opera como una instancia de “mediación” respecto de los cambios subsecuentes de la mortalidad y la fecundidad, atenuando o difiriendo temporalmente los impactos remodeladores de estos cambios en aquella estructura. Por ejemplo, los efectos del descenso de la fecundidad de muchos países de la región en la segunda mitad de los años sesenta se vieron momentáneamente diluidos por el incremento en el tamaño de las cohortes de mujeres en edad fértil (fenómeno resultante de la transferencia del mayor ritmo de incremento demográfico de los decenios anteriores).

■ **Gráfico II.1**

América Latina y el Caribe: esperanza de vida al nacer (en años), según categoría de transición demográfica

(Períodos seleccionados)



Diversos estudios reconocen que el componente más importante de la disminución de la mortalidad en América Latina y el Caribe ha sido el infantil (CELADE/BID, 1996). Hasta el decenio de 1950 la tasa de la región era de 120 por mil y en varios países excedía de 150 por mil; medio siglo más tarde el promedio desciende a 36 por mil, y sólo en tres casos supera los 50 por mil. La ampliación de la cobertura de la atención materno-infantil y de servicios de saneamiento básico, la más alta escolaridad de las madres y el descenso de la fecundidad son algunos de los factores subyacentes en estos cambios (Guzmán y Orellana, 1988). Las proyecciones de población indican que al finalizar los próximos veinticinco años la mortalidad infantil llegará a 19 por mil y que en la gran mayoría de países no superará los 20 por mil; se espera que en el quinquenio 2045-2050 el indicador regional se reduzca a 10 por mil y que siga atenuándose la dispersión entre los valores nacionales.

Puede apreciarse que el descenso de la mortalidad infantil ha sido mucho más intenso que el observado entre la población adulta y, en particular, que en las edades avanzadas. Un indicio adicional de esta diferencia se obtiene al comparar las ganancias de la esperanza de vida de la población total con las conseguidas por el grupo de 60 y más años. La información disponible permite estimar que aproximadamente un 80% del aumento experimentado por el valor del indicador regional

entre 1950 y 2000 corresponde al incremento de la probabilidad de sobrevivir hasta los 60 años; aun cuando se espera que en el futuro se haga más ostensible la disminución de la mortalidad después de aquella edad, es probable que durante los próximos cincuenta años su efecto no represente más del 30% del incremento de la esperanza de vida⁴. Por cierto, las situaciones nacionales varían en torno a esta visión de conjunto, dependiendo tanto del momento de inicio del tránsito hacia una menor mortalidad (y de la estructura por edades de la población) como de la intensidad del cambio (y del grado de avance de la transición epidemiológica).

Si bien la disminución de la mortalidad fue, en orden cronológico, el primer gran cambio demográfico observado en América Latina y el Caribe durante el último medio siglo, existe consenso en la mayor trascendencia del segundo cambio: la drástica reducción de la fecundidad acaecida en la mayoría de los países a contar de mediados de los años sesenta y comienzos de los setenta. Una modificación tan profunda de la conducta reproductiva trasunta un complejo de cambios sociodemográficos y culturales. Dado que la fecundidad es la principal fuerza remodeladora de la estructura etaria de la población, sus alteraciones provocarán un impacto sobre el envejecimiento que será mayor y más directo que los cambios de la mortalidad. Como apunta Chesnais (1986 y 1990), el resultado inmediato de un más acentuado descenso de la fecundidad que de la mortalidad es el “envejecimiento por la base”, es decir, la disminución de la proporción de niños respecto de la población total (que se expresa en la contracción del escalón inferior de la pirámide de edades). La persistencia de este descenso por un tiempo prolongado llevará al “envejecimiento por el centro” (una figura rectangular); posteriormente, y en la medida que su efecto se combine con el de la disminución de la mortalidad en las edades avanzadas, originará estructuras etarias con una cúspide amplia y una base estrecha (tal vez con forma de hongo). De este modo, la transición hacia menores niveles de fecundidad actúa como detonador de la “inversión de la pirámide”.

Al comenzar la segunda mitad del siglo XX, la elevada fecundidad de las naciones de América Latina y el Caribe —con las excepciones de Argentina y Uruguay— se reflejaba en un promedio (tasa global) regional de 6 hijos por mujer; más aun, en 18 de los 31 países para los que se dispone de información excedía esa magnitud (gráfico 2 y cuadro 2). Sin embargo, esta situación comenzó a cambiar poco después, en consonancia con la evolución socioeconómica de la región. Durante los decenios comprendidos entre los años 1950 a 1980, la economía regional dinamizada por el proceso de sustitución de importaciones— experimentó transformaciones de sus estructuras productivas, las que redituaron en un aumento del producto per cápita y propiciaron un conjunto de cambios sociales, tales como el fortalecimiento de los estratos medios y asalariados, la expansión de la escolaridad y la urbanización acelerada. Estas nuevas condiciones objetivas fueron alterando, de manera gradual, las bases materiales de sustentación de algunas pautas culturales, como las relativas al ideal del tamaño de familia. La inserción creciente de la mujer en el mundo del trabajo, la necesidad de proporcionar una educación regular a los hijos y la mayor sobrevivencia de los niños, entre otros factores, contribuyeron a que las aspiraciones en materia reproductiva se encaminaran hacia una descendencia menos numerosa que en el pasado⁵.

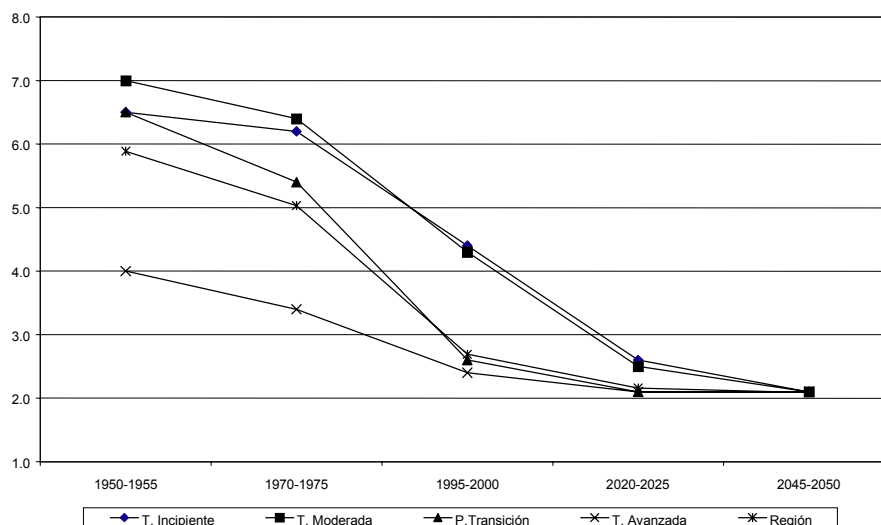
⁴ Chackiel y Plaut (1994), mediante un modelo basado en el comportamiento histórico de la mortalidad de Costa Rica y Cuba, muestran que la mayor disminución, en términos absolutos y relativos, corresponde a las edades más bajas: cuando la esperanza de vida aumenta de 50 a 75 años, el riesgo de morir de los niños menores se reduce en 90% y el de las personas de 65 y más años en 34%.

⁵ Según Guzmán y Rodríguez (1993, pp. 233–234), la generalización de “valores asociados a ideales de familia pequeña y de actitudes favorables al control de la natalidad” cobró cuerpo cuando tales patrones de conducta dejaron de estar “...disociados de la realidad material y cultural de los grupos de elevada fecundidad. Sólo luego de varios años de cambios estructurales y de interacción creciente entre los distintos estratos se habrían generado las condiciones que posibilitaron el descenso sostenido de la fecundidad en América Latina.”

■ Gráfico II.2

América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad, según categoría de transición demográfica

(Períodos seleccionados)



La materialización de las nuevas aspiraciones reproductivas se vio facilitada por la puesta en práctica de los programas de planificación familiar y el acceso a anticonceptivos modernos, que permitieron postergar el calendario de la fecundidad y reducir el tamaño final de la descendencia; no obstante, existen indicios de una demanda insatisfecha de planificación familiar, que es puesta en evidencia por el desajuste entre el número deseado de hijos y el que efectivamente tienen las mujeres de los estratos pobres en varios países (CEPAL, 1998). La profundidad del cambio en los comportamientos reproductivos parece haber sido lo suficientemente grande como para superar la difícil prueba del ciclo recesivo de la “década perdida” de 1980 y los subsecuentes ajustes estructurales, pues no hay signos de que estas circunstancias adversas hubiesen alterado el curso de las tendencias descendentes de la fecundidad (CELADE/BID, 1996). De este modo, en el último quinquenio del siglo XX la tasa global de fecundidad llegó a un promedio regional de 2.7 y si bien todavía se observa una importante variabilidad entre los valores de los diversos países, todos ellos registran tasas inferiores a 5. Las proyecciones para los próximos veinticinco años indican que el descenso continuará y que la heterogeneidad de situaciones nacionales se abatirá considerablemente. Desde el año 2025 en adelante las hipótesis apuntan a una virtual convergencia en torno a 2.1 hijos por mujer, lo que equivale al nivel de reemplazo demográfico.

Otro factor que afecta las tendencias del envejecimiento de las poblaciones nacionales es la migración internacional. Dado que las personas que se desplazan son, en su gran mayoría, adultos jóvenes —algunos de los cuales migran con sus hijos de corta edad—, la migración tiende, a corto plazo, a dinamizar los estratos juveniles de las poblaciones receptoras y a envejecer a las de origen. Las repercusiones de la migración dependen de la magnitud y continuidad de las corrientes y varían según el momento histórico en que se produzcan. Si bien la totalidad de los países de la región experimenta movimientos migratorios, el examen de sus efectos sobre el proceso de envejecimiento se ve dificultado por la falta de estudios sistemáticos que permitan su comparación a escala regional. Además, el carácter variable y reversible de muchas corrientes —algunas de ellas con escasa intensidad en relación con las poblaciones de origen y destino— parece restringir su papel en la remodelación de las estructuras etarias. Aun así, se hará referencia a aquellas situaciones en que este impacto es y fue de especial importancia.

En Argentina y Uruguay, el acceso masivo —aunque fluctuante— de inmigrantes entre el último cuarto del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX ha ejercido un efecto fundamental en el envejecimiento de las respectivas poblaciones. La expresión directa de este efecto, la adición de efectivos de edad adulta (en su mayoría hombres) a poblaciones aún no muy numerosas —lo que es más evidente si se examina su intervención en los contingentes de la población económicamente activa— significó una profunda modificación de las estructuras por edad de estos países; las oscilaciones de los flujos y su fuerte disminución después de la última postguerra implicaron ciclos de envejecimiento de la población. Tal vez aun más importante sea el efecto indirecto de esta inmigración, principalmente por su papel inductor de la temprana transición de la fecundidad en Argentina y Uruguay (Lattes, 1993).

La emigración, a su vez, modifica los patrones de crecimiento y las estructuras etarias de la población de los países del Caribe; así, el saldo migratorio neto estimado para el conjunto de esa subregión en los años ochenta pudo significar que el crecimiento natural se truncara “en alrededor de una cuarta parte” (Boland, 1995)⁶. Además de su impacto directo, la emigración caribeña prolongada en el tiempo y selectiva según género— ha incidido en el descenso de la fecundidad, propiciando el envejecimiento por la base. En cuanto a los efectos de la emigración en un contexto de fecundidad relativamente baja, Solari (1987) fue enfático al calificar su fuerte aumento en Uruguay en el decenio de 1970 como un síntoma de “envejecimiento perverso”; con ello quiso señalar una distorsión del “envejecimiento normal” de la población uruguaya, que —como fruto de las interacciones de la fecundidad y la mortalidad en el marco de una inmigración del pasado—resultó en un proceso sostenido, pero no acelerado, de envejecimiento. En relación con las tendencias migratorias de los países caribeños cabe agregar un rasgo peculiar: a la corriente de emigración de adultos jóvenes se opone otra de inmigración de adultos mayores, principalmente personas retiradas de la actividad laboral, muchas antiguos emigrantes que retornan a sus países de origen y otras nativas de las naciones de América del Norte que hacen uso de sus pensiones en el Caribe (Guegnant, 1993).

De esta somera descripción de los factores del envejecimiento de la población —y de sus cambios— puede inferirse que América Latina y el Caribe transita hacia nuevos escenarios demográficos. En rigor, esta afirmación, que válida para el conjunto de la región, no se aplica por igual a todos los países que la componen. Por ello, para examinar la evolución del proceso de envejecimiento, y como una aproximación a la heterogeneidad de casos nacionales, se estima conveniente identificar grupos de países de acuerdo con el estado de su transición demográfica en el decenio de 1990. Con este fin se recurre a una tipología construida por el CELADE (CEPAL/CELADE, 1996; Bajraj y Chackiel, 1995) que se basa en el análisis de los valores de las tasas vitales observados en los años noventa y define cuatro categorías (o agrupaciones)⁷: (a) *incipiente* (TI), que alude a la persistencia de niveles relativamente altos de natalidad y mortalidad, resultantes en tasas de crecimiento natural algo mayores que 2% anual; (b) *moderada* (TM), que se caracteriza por una mortalidad en claro descenso y una natalidad aún relativamente elevada, combinación que origina las mayores tasas de crecimiento vegetativo en la región, en general superiores al 2.5% anual; (c) *plena* (PT), que se distingue por una natalidad en declinación y una baja mortalidad, resultando en tasas de crecimiento natural próximas al 2% anual; (d) *avanzada* (TA), que se refiere a tasas de natalidad y mortalidad reducidas y tasas de crecimiento cercanas al 1% anual.

A raíz del carácter generalizado y acelerado de la transición demográfica en los países de América Latina y el Caribe, las dos últimas categorías señaladas (transición plena o avanzada) agrupan alrededor del 90% de la población regional estimada en el año 1995. En cambio, en 1950 una proporción similar se ubicaba en los inicios de aquella transición. Por consiguiente, el esquema

⁶ En las naciones integrantes de la CARICOM el saldo migratorio neto negativo del decenio de 1980 habría sido equivalente a la mitad del crecimiento vegetativo; en cambio, los saldos positivos registrados en otros países — Guayana Francesa, Islas Caimán e Islas Vírgenes Británicas— habría implicado una duplicación o triplicación de aquel crecimiento (Boland, 1995).

⁷ Los países que integran cada una de las categorías identificadas por este esquema se individualizan en los cuadros anexos.

clasificadorio propuesto, por el hecho de ser estático, no refleja en toda su extensión la trayectoria de los cambios que sucedieron, sino sus resultados al término del medio siglo ya transcurrido. Sin embargo, como el estado de la situación vigente en los años noventa es un elemento de referencia útil para distinguir entre la experiencia acumulada en el pasado reciente y el período de proyección que se extiende hasta mediados del siglo XXI—, la clasificación puede prestarse para destacar los contrastes entre ambos patrones de evolución.

3. Envejecimiento de la población regional durante la segunda mitad del siglo XX

Un indicador agregado del cambio de la estructura etaria de la población y, por ende, de las tendencias del envejecimiento, es la edad mediana (gráfico II.3). Entre 1950 y 1975 el valor de este indicador a escala de la región descendió en un año; el mismo signo se registró en todas las agrupaciones de países, con excepción de la de transición avanzada (TA)⁸. La magnitud del descenso de los promedios fue correlativa con el desarrollo de sus respectivas modalidades de transición demográfica. Este panorama revela el efecto combinado de la intensa disminución de la mortalidad en los primeros años de vida y del factor de inercia que, hasta 1975, impedía que la declinación de la fecundidad —ya iniciada en la mayoría de las naciones— redundara en un aumento de la edad mediana. Un cuadro diferente surge de la comparación entre los datos de 1975 y 2000, ya que la edad mediana se incrementa en todas las agrupaciones, lo que insinúa un curso ascendente del envejecimiento; en este lapso se hacen patentes las repercusiones de la fuerte disminución de la fecundidad, que en la casi totalidad de los países siguió un ritmo más acentuado que el descenso de la mortalidad al comienzo de la vida.

Las tendencias de cambio de las estructuras etarias permiten reiterar los comportamientos descritos (gráfico 3 y cuadro 4). Durante el primer cuarto de siglo considerado (1950– 1975), la proporción de menores de 15 años aumentó en la mayoría (22) de los países, superando el 40% de la población total en 1975. Esta señal de rejuvenecimiento respondió a la ya comentada disminución de la mortalidad en la infancia y la niñez y al eventual aumento de la natalidad inducido por la reducción de la mortalidad. De modo paralelo, se elevó ligeramente la participación del grupo de 60 y más años, que llegó a más del 6% de la población. En cambio, el grupo etario central —la población en edades activas— tuvo una merma relativa en 26 países. Las proporciones más elevadas de menores de 15 años (superiores al 45%) se registraron en la categoría de transición moderada (TM), que presentaba los mayores niveles de fecundidad y natalidad en la región; asimismo, esta agrupación fue la única que mostró una leve disminución de la proporción de adultos mayores. Por el contrario, en Argentina y Uruguay el grupo joven representaba menos del 30% de las respectivas poblaciones nacionales y las personas de 60 y más años superaban el 10% , con un máximo de 14% en Uruguay.

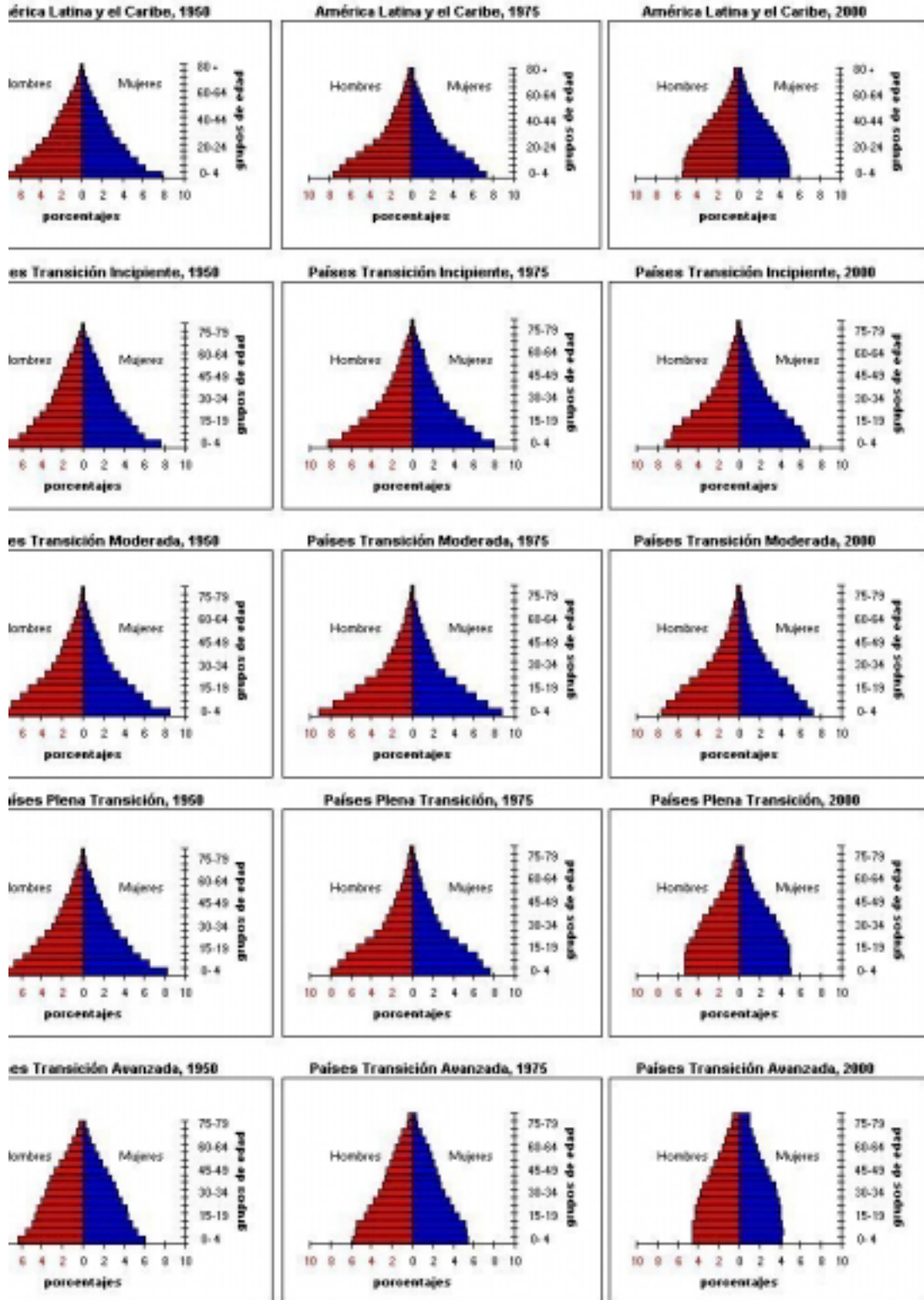
⁸ La excepción es sólo parcial, pues se observó en sólo tres de los países de TA: Argentina y Uruguay, donde la transición demográfica comenzó a fines del siglo pasado, y Puerto Rico, cuya fecundidad bajó intensamente a contar de los últimos años del decenio de 1950.

En el año 2000 se hace evidente el impacto de la reducción de la fecundidad, lo que es puesto de manifiesto por la fuerte baja de la proporción de menores de 15 años en todos los países de la región, que llega, en promedio, a poco más del 31% de la población regional; sólo en las agrupaciones de transición incipiente (TI) y moderada (TM) bordea el 40%. Es decir, se está en presencia de una situación de envejecimiento por la base, reflejada en una clara modificación de la fisonomía de las pirámides de edad (gráfico 3). A su vez, la proporción de la población adulta mayor aumenta, aunque moderadamente, en la casi totalidad de los países, con las excepciones de Belice y Haití. Como consecuencia de la reducción de la fecundidad y de la inercia del crecimiento de los decenios previos, la población en edades activas constituye más del 60% del total de los efectivos demográficos en la mayoría de las naciones de la región; aunque su incidencia fue menor en las categorías de TI y TM, en ningún caso representa menos del 50% (condición que en 1975 se observó en once países). El panorama descrito muestra variaciones que trasuntan las diferentes sendas de la transición demográfica; así, en la agrupación de TA los rasgos de envejecimiento asumen su mayor notoriedad, ya que el tramo inferior de la estructura etaria disminuye a poco más de 25% de la población y el tramo superior se acerca al 13%. Si bien el caso uruguayo es, nuevamente, el que sobresale por su proporción de adultos mayores (17%), en Argentina y en cinco países del Caribe se registran cifras que van del 12% al 15%.

Las tasas de crecimiento de los tres grandes grupos etarios considerados proporcionan otro aspecto de la evolución del envejecimiento: el ímpetu que adquiere la población de edad a raíz de la transmisión de los impulsos de la transición demográfica a lo largo de las cohortes (cuadro 5). En el período comprendido entre 1950 y 1975 el segmento de 60 y más años fue el que presentó las tasas más elevadas en el conjunto de la región; sin embargo, las diferencias fueron mínimas en la agrupación en plena transición (PT) y tuvieron signo opuesto en las de TI y TM, donde los menores de 15 años experimentaron el mayor ritmo de incremento. Por tanto, la categoría de TA fue la única en que los adultos mayores registraron un crecimiento claramente superior al de los otros dos grupos de edad. Esta situación cambia bastante en el intervalo siguiente (1975–2000), pues la tasa media regional de crecimiento de los efectivos de 60 y más años supera en casi un 50% la correspondiente al total de la población y más que triplica la del grupo juvenil; la única agrupación que muestra discrepancias es la de TI, excepción que se debe al exiguo incremento de la población adulta mayor de Haití. En la mayoría de los países del Caribe que integran las agrupaciones de TA y PT, el incremento de los adultos mayores contrastó con el decremento de los menores de 15 años, hecho especialmente marcado en Cuba. A raíz de los comportamientos mencionados, entre los años 1950 y 2000 el número de adultos mayores de la región se cuadruplicó, pasando de 10 a 41 millones (cuadro 3); en tanto, y siguiendo un ritmo de expansión sin precedentes, la población total se triplicó.

■ Gráfico II.3

América Latina y el Caribe: estructura por edades y sexo según categoría de Transición Demográfica
(Años 1950, 1975 y 2000)



Complementando la descripción anterior, los índices de envejecimiento de la población y de dependencia demográfica brindan una imagen de los cambios intergeneracionales que se derivan de los cambios en las estructuras etarias (gráfico II.6). El primer índice señala el número de personas de 60 y más años por cada cien menores de 15; el aumento de su valor apunta a la reducción de la capacidad de una población para renovar las generaciones que la alimentan desde su base. A su vez, el segundo índice se refiere a la cantidad de personas que, de acuerdo con su edad, serían solventadas por cada cien individuos potencialmente activos⁹; dentro de esta relación se destaca el porcentaje de la dependencia corresponde a los adultos mayores.

El índice de envejecimiento presentó, a escala regional, una evolución ascendente durante la segunda mitad del siglo XX; su aumento, que fue mínimo hasta 1975 —en virtud del efecto de rejuvenecimiento derivado del descenso de la mortalidad—, se aceleró en los siguientes veinticinco años —a raíz de la baja de la fecundidad— y en el 2000 llega a una razón de una persona de edad por cuatro menores de 15 años (gráfico II.4). Si bien esta evolución se reproduce en la agrupación en PT, en las de TI y TM los cambios son ínfimos y fluctúan alrededor de valores bastante bajos (poco más de un adulto mayor por cada diez niños y jóvenes)¹⁰. Una tendencia más definida se advierte en la categoría de TA, cuyo índice de envejecimiento asciende sostenidamente, comenzando con una cifra más alta que la del promedio y concluyendo con casi un adulto mayor por cada dos jóvenes o niños; como cabría esperar, los valores máximos corresponden a Uruguay, aunque en el año 2000 las cifras de Barbados, Cuba y Martinica se le acercan bastante. Distinto es el comportamiento del índice de dependencia demográfica; en la región aumentó de 85 dependientes por cada cien activos en 1950 a 96 en 1975, disminuyendo a 65 en el año 2000. Con cifras distintas, las cuatro agrupaciones de países coinciden con este patrón. Dado que este índice —por su composición— se hace eco de los efectos conjuntos del envejecimiento y del rejuvenecimiento, sus valores (total de personas “a cargo” de otras) expresan el impacto de las tendencias disímiles y hasta contrapuestas de la fecundidad y la mortalidad. Si se aísla la proporción del índice correspondiente a la población adulta mayor, el cuadro que surge —no muy distinto del que emerge del índice de envejecimiento— revela tanto el aumento de la proporción de personas de edad como las oscilaciones del grupo potencialmente activo (gráfico II.5); por ende, las razones de dependientes por potencialmente activos (IDE) resultan exiguas y casi sin variación en todas las agrupaciones, salvo en la de TA, en que si bien aumentan gradualmente, en ningún caso llegan a 30%.

Los antecedentes proporcionados permiten concluir que durante la segunda mitad del siglo XX el envejecimiento de la población latinoamericana y caribeña sólo comenzó a insinuarse: tanto las proporciones de los grandes grupos etarios y sus tasas de crecimiento como los indicadores empleados ponen de relieve que este proceso es un fruto de una transición demográfica reciente, por lo que aún no se evidencia en toda su intensidad. En general —no obstante las altas tasas de crecimiento del grupo de 60 y más años de edad—, podría decirse que gran parte de la población regional sigue manteniendo rasgos juveniles, una reserva celosamente custodiada por el factor de inercia demográfica. Según la terminología de Chesnais (1990), en este medio siglo hubo un envejecimiento por la base y un ligero ensanchamiento del centro de la pirámide. Esta situación resulta de un rejuvenecimiento inicial (1950-1975), impelido por el descenso de la mortalidad y el aumento de la natalidad, que posteriormente (1975-2000) encuentra su contrapartida en un asomo de envejecimiento, motivado por la declinación de la fecundidad; la operación de estas fuerzas con direcciones opuestas ocasiona fluctuaciones de la proporción de personas activas, que primero desciende y después aumenta. Tal vez la tendencia más clara es la de la proporción de personas de edad, que asciende durante todo el período.

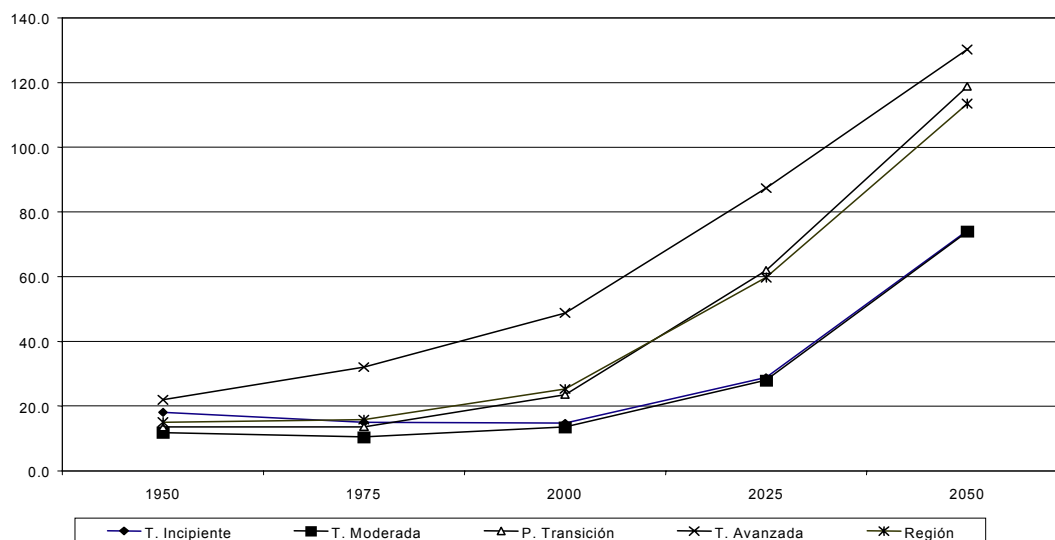
⁹ Esta es una relación eminentemente teórica, pues no todas las personas agrupadas en el numerador (menores de 15 y adultos mayores) están fuera de la población económicamente activa ni tampoco todas las que figuran en el denominador (15-59 años) forman parte de ella.

¹⁰ Cabe sí anotar que el índice de envejecimiento aumentó, entre 1975 y 2000, en todos los países, salvo en Haití y Paraguay.

■ Gráfico II.4

América Latina y el Caribe: índice de envejecimiento de la población, según categoría de transición demográfica

(Años seleccionados)

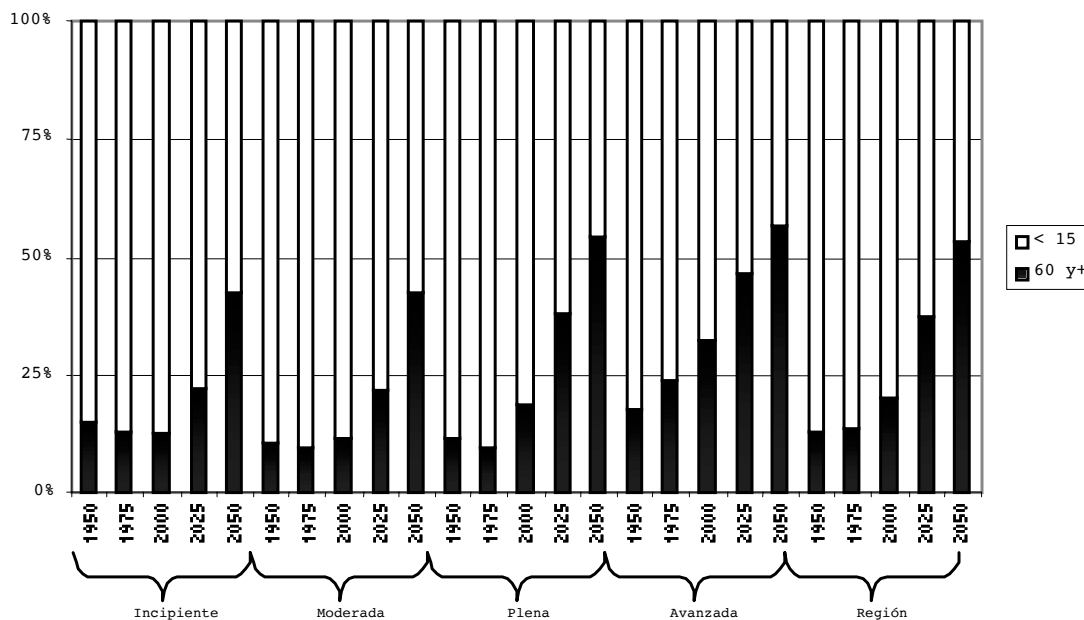


Desde luego, las diversas rutas de la transición demográfica dejan su impronta en la heterogeneidad de situaciones advertidas. Aun cuando los promedios regionales son afectados por el considerable peso demográfico de la agrupación en PT, ello no impide distinguir las situaciones polares de TA y TI. La primera reúne los países en que el envejecimiento ha avanzado desde hace ya bastante tiempo (como lo ejemplifican las poblaciones ya “maduras” de Uruguay y Argentina) y otros en los que se aceleró fuertemente en años recientes (como lo ilustran Cuba y algunas naciones insulares del Caribe). La segunda situación, en cambio, se distingue por una velocidad de cambio que hasta hace corto tiempo era bastante menor que la del resto de la región. Las agrupaciones de TM y PT, por su parte, se ubican en una posición intermedia, aunque los indicadores demográficos de la categoría en PT parecen acercarse rápidamente a los que presenta la de TA. Haití y Uruguay acotan el rango de variabilidad de los países de América Latina y el Caribe: en tanto que la estructura de edades de la población haitiana se asemeja considerablemente a la del promedio de los países menos desarrollados en los años 1950 y 1975 (en el 2000 es más similar a la media de los países de más bajo grado de desarrollo), la composición etaria de la población uruguaya era muy parecida a la del promedio de las naciones más desarrolladas en 1950, aunque desde ese entonces ha presentado rasgos más juveniles, propios del carácter pausado de su envejecimiento (United Nations, 1999)¹¹.

¹¹ Las designación de países “más desarrollados”, “menos desarrollados” y “de más bajo grado de desarrollo” obedece a una práctica habitual de las Naciones Unidas, que cumple propósitos estadísticos y no implica juicio alguno sobre el estado de desarrollo de los países. La primera categoría incluye América del Norte, Japón, Europa, Australia y Nueva Zelanda; la de menos desarrollo comprende todas las regiones de África, América Latina y el Caribe, Asia (excluido Japón) y Melanesia, Micronesia y Polinesia; los países de más bajo grado de desarrollo —definidos por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1998— son 48 (33 de África, 9 de Asia, 1 de América Latina y el Caribe y 5 de Oceanía).

■ **Gráfico II.5**

América Latina y el Caribe: participación de la población menor de 15 y de 60 y más años de edad en el índice de dependencia, según categoría de transición
(Años seleccionados)



4. La probable evolución del envejecimiento en la primera mitad del siglo XXI

Vallin (1994) sostiene que el uso del saber para prever es uno de los grandes objetivos de la demografía. Puede ser también una carta de triunfo, pues la demografía “traza perspectivas para cincuenta o cien años (e incluso más), con poco riesgo de equivocarse respecto a la evolución de la población total durante los primeros treinta años y con la posibilidad de enmarcar el porvenir a más largo plazo dentro de una gama de probabilidades razonables”; si bien “buena parte de lo que se produzca está inscrito en las realidades presentes y se cometerán pocas equivocaciones en el mediano plazo”, la “dificultad estriba en la elección de hipótesis”¹². Valga esta referencia como un preámbulo precautorio de la descripción siguiente, que se apoya en las proyecciones de población más recientes para los países de América Latina y el Caribe. Un supuesto básico de estas proyecciones es que la fecundidad llegará a un nivel final equivalente a una tasa de reemplazo, que los países alcanzarán —dependiendo de su situación actual— entre los años 2015 y 2045; se exceptúan de esta regla algunos países del Caribe que, como Cuba, ya presentaban tasas globales de fecundidad inferiores a 2.1 en el último decenio del siglo XX (cuadro 2) (Bajraj y Chackiel, 1995).

Se espera que en los primeros veinticinco años del siglo XXI la edad mediana de la población regional aumente en casi ocho años, para llegar a 32 en el 2025, cuantía que no parece tener precedentes y es una señal del avance del envejecimiento (cuadro 3). Como fruto del fuerte descenso de la fecundidad en los decenios de 1960 y 1970, la ganancia será algo más que ocho años en la categoría en PT y de seis a siete en las demás agrupaciones. No obstante esta aparente

¹² Vallin agrega que, amén del razonamiento empírico —consistente en el examen de las tendencias pasadas y su extrapolación—, las hipótesis que sustentan las proyecciones suelen formularse con “el esquema de la transición demográfica en mente”, por lo que su fuente de inspiración puede ser “la evolución reciente de una población más avanzada en la senda de la transición”.

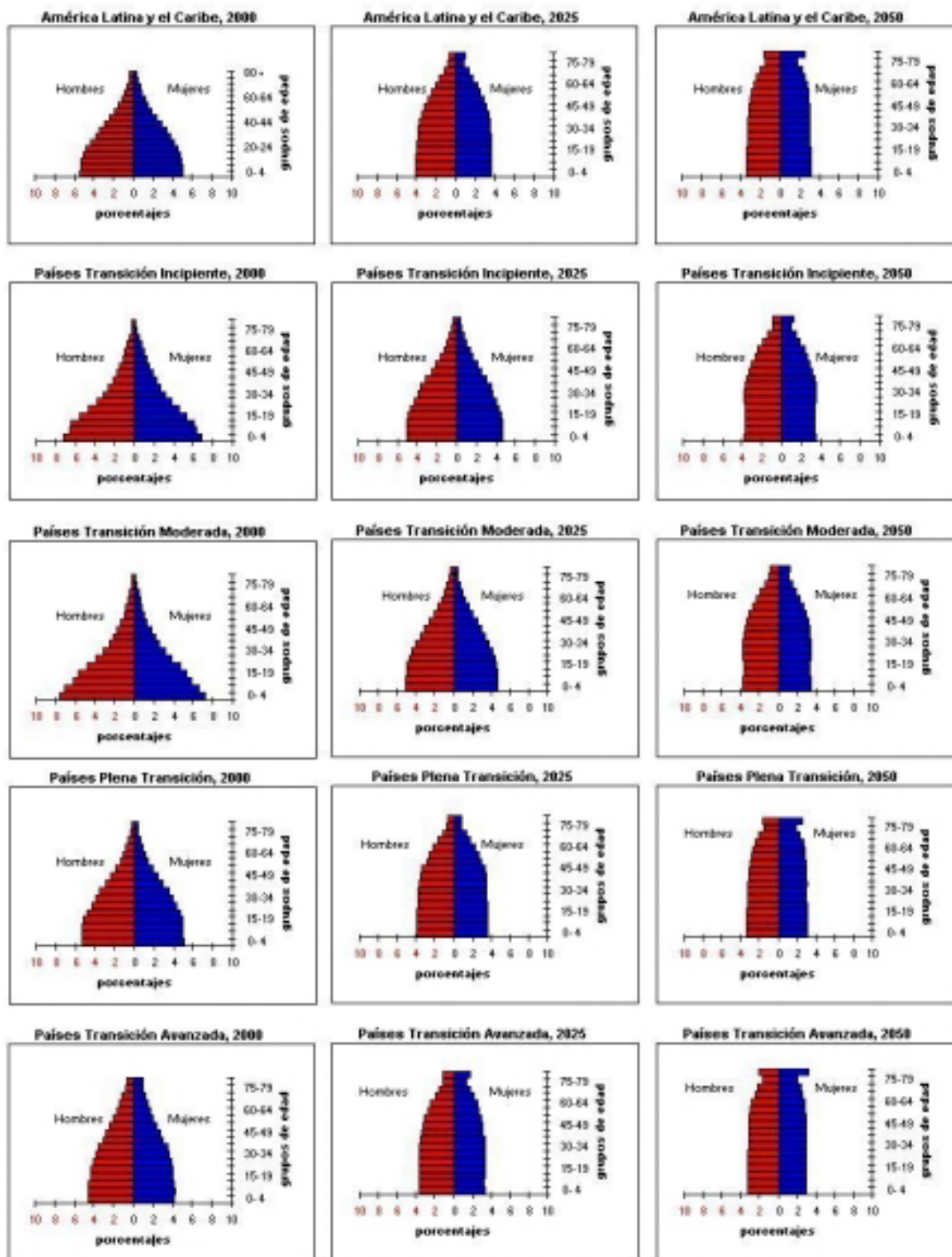
aproximación de los valores, en el año 2025 emergerán dos grandes bloques diferenciados por su edad mediana: el primero (de TA y PT) con 33 a 35 años y el segundo (de TM y TI) con 26; también se registrará un amplio rango de variación entre los países, con un máximo de 43 años en Cuba y un mínimo de 24 en Guatemala. En 2050, la edad mediana de la población regional ascenderá a 38 años, valor similar al que se estima tendrá Europa el año 2000. Las diferencias entre las agrupaciones se atenuarán al cabo del segundo cuarto del siglo XXI, pues los mayores aumentos corresponderán a los de las agrupaciones de TM y TI; en cambio, persistirán las variaciones entre países, con un recorrido acotado por Barbados y Cuba en el extremo superior (46 años) y Guatemala y Haití en el inferior (33).

Una imagen menos generalizada de las tendencias surge del examen de los cambios de las estructuras etarias. En el año 2025, la proporción de menores de 15 años descenderá a menos de un 25% de la población en las categorías de TA y PT; en las de TI y TM, y a raíz del rezago con que se evidencian los efectos de la baja de la fecundidad, en ese grupo todavía se ubicará casi el 30% de los efectivos demográficos. A su vez, el conjunto de personas en edades activas verá crecer su importancia relativa en las agrupaciones de TM, TI y PT y la mantendrá en la de TA, representando entre el 61% y el 63% de las respectivas poblaciones. Se espera que el grupo de adultos mayores obtenga los mayores aumentos en sus proporciones, superando el 18% en la categoría de TA (cifra similar a la registrada en Europa en 1990) y el 14% en la en PT; en cambio, en las de TI y TM su incidencia seguirá siendo inferior al 9%. Cabe anotar que en seis países del Caribe los adultos mayores constituirán un quinto de sus poblaciones en el año 2025 y en Cuba representarán un cuarto.

Las cifras proyectadas para el año 2050 proporcionan signos de un envejecimiento bastante más acentuado y generalizado, ya que el estrato etario más joven representará alrededor de un 20% de la población en las cuatro agrupaciones de países. El grupo en edad de trabajar, por su parte, disminuirá su participación en las categorías de TA y PT al 56 ó 57% del total, pero la mantendrá estable (en torno al 62%) en las de TI y TM. La proporción de adultos mayores se duplicará en las agrupaciones de TI y TM, hasta llegar al 16% de la población; en las de TA y PT las cifras superarán el 23%. En el año 2050, Argentina y Uruguay, países precursores del envejecimiento en la región, contarán con estructuras etarias similares a las de Brasil, Chile y México, cuyas proporciones de adultos mayores se asemejarán a las proyectadas para la población de Europa en el año 2015, aunque la base de sus pirámides será similar a la europea del año 2000. Por su parte, las proyecciones de Barbados y Cuba para 2050 presentan estructuras etarias semejantes a las del promedio de las regiones más desarrolladas en ese mismo año.

■ Gráfico II.6

América Latina y el Caribe: estructura por edades y sexo según categoría de Transición Demográfica
(Años 2000, 2025 y 2050)



De acuerdo con las proyecciones, entre los años 2000 y 2025, la tasa de crecimiento del grupo de 60 y más años alcanzará su mayor intensidad en las agrupaciones de PT y TM; ya minadas las reservas provistas por los altos ritmos de incremento del pasado, esa tasa será más reducida en la categoría de TA (cuadro 5). No obstante, la velocidad del envejecimiento seguirá siendo mayor en esta última agrupación, pues la tasa de crecimiento del grupo de más edad virtualmente cuadruplicará la de la población total. Otra muestra del dinamismo del proceso es el considerable abatimiento de la tasa de crecimiento del estrato menor de 15 años, que adoptará un valor negativo no muy distinto de cero en las categorías de PT y TA y cifras inferiores a la unidad en las de TI y TM; más aun, esta tasa presentará valores negativos en 16 países (entre los que se destacan Barbados y Cuba) y nulos en otros tres. Si bien la población en edad de trabajar también verá mermado su ímpetu, su ritmo de cambio será similar al de la población total en la agrupación de TA y ligeramente superior en las demás categorías. Este panorama se agudizará en el segundo cuarto del siglo XXI, ya que las hipótesis de las proyecciones asumen una reducción de las diferencias entre las agrupaciones y entre los países: la tasa de crecimiento del grupo de población menor será nula o negativa en 26 de los 31 países; las mismas condiciones caracterizarán a la población de 15 a 59 años en nueve países. El ritmo de incremento de la población adulta mayor también disminuirá en las agrupaciones de TA y PT, aunque en ambas la velocidad del envejecimiento continuará siendo elevada (las tasas del grupo más que cuadruplicarán las de las respectivas poblaciones totales); este comportamiento será compartido por las categorías de TI y TM. En términos absolutos, los adultos mayores —que el año 2000 eran 41 millones— aumentarán a 98 millones en 2025 y a 184 millones en 2050¹³.

A raíz de las tendencias proyectadas, el índice de envejecimiento aumentará abruptamente durante la primera mitad del siglo XXI; para la región como un todo se estima que en el año 2025 habrá un adulto mayor por cada dos menores de 15 años y que el 2050 esa razón será de uno. Desde luego, las diferentes trayectorias de la transición demográfica repercuten sobre los valores del índice, y así se aprecia en los promedios de las agrupaciones. Según los datos de las proyecciones, en 2025 siete países tendrán índices de envejecimiento superiores a 100, lo que significa que habrá más de una persona de 60 y más años por cada menor de 15; en dos de estos países, Barbados y Cuba, los índices alcanzarán a 150. En el año 2050, 23 naciones (incluidas todas las de las agrupaciones de TA y PT) tendrán índices superiores a 100 y en Barbados y Cuba se superarán los 200 (es decir, más de dos adultos mayores por cada niño o joven). Por otra parte, el índice de dependencia demográfica en la región se reducirá ligeramente entre los años 2000 y 2025, pero ello se deberá exclusivamente a la disminución del peso relativo de los menores de 15 años; en el período 2025–2050 aumentará sólo a raíz del incremento en el número de dependientes que son adultos mayores (gráfico 5). No obstante lo dicho —y a igualdad de otros factores—, la “carga” demográfica total (IDD) en el año 2050 será inferior a la registrada un siglo antes.

Vallin (1994) tiene razón al afirmar que “la recomposición de la pirámide que se opera ante nuestros ojos plantea problemas económicos, sociales, políticos ... el envejecimiento es ineludible”. Si bien esta aseveración se refiere al estado de cosas en los “países industrializados” en el momento actual, la evolución probable de los diversos indicadores del cambio de la población de América Latina y el Caribe en los cincuenta años venideros también parece apuntar a esa condición ineludible; es lo que se desprende de las proyecciones demográficas más recientes. En la primera mitad del siglo XXI la población de la región cruzará el umbral de su envejecimiento y se hará cada vez más madura; de allí que sea prudente considerar una sugerencia de Vallin: “es urgente hacerse a la idea de una sociedad nueva”. Pelaéz y Argüello (1982) advirtieron en un estudio precursor sobre el envejecimiento que, después del año 2000, se aceleraría el ritmo de aumento de la proporción de personas de 60 y más años de edad en la región, principalmente como consecuencia de los cambios previstos en los niveles de fecundidad; esa indicación se aplica también a las agrupaciones de países

¹³ El aumento de la población adulta mayor en el período 2000–2050 equivale a casi el 50% del incremento demográfico total que experimentará la región; en el período 1950–2000 esa proporción fue de menos del 10%.

identificadas según el estado de su transición demográfica en el decenio de 1990. Paralelamente, declinará con fuerza la incidencia de los niños y jóvenes. Podría decirse, en palabras de Chesnais, que en el próximo medio siglo se irá gestando la inversión de la pirámide.

Sin embargo, las observaciones anteriores deben tomarse con cautela. Todo indica que el proceso seguirá desarrollándose gradualmente y que todavía en los primeros años del siglo XXI persistirá mucha de la heterogeneidad observada en los períodos anteriores. Las proyecciones indican que en el año 2025 los jóvenes representarán casi un 24% de la población regional y los adultos mayores llegarán al 14%; la proporción de personas en edades activas será incluso mayor que la registrada veinticinco años antes, por lo que el índice de dependencia demográfica disminuirá. Esta situación, que no es muy distinta de la alcanzada por Europa en 1975, refleja principalmente los perfiles de la agrupación de países en PT, pues los ubicados en las categorías de TI y TM continuarán presentando estructuras más juveniles. En rigor, en el año 2025 sólo en seis países —ubicados en la categoría de TA y todos ellos del Caribe, con Barbados y Cuba a la cabeza— las personas de 60 y más años serán más numerosas que los menores de 15. Aun así, un aspecto que no debe pasar desapercibido es la velocidad del envejecimiento, pues las tasas de crecimiento de la población adulta mayor aumentarán en la gran mayoría de los países y las de los jóvenes disminuirán, asumiendo signo negativo en muchos de los que integran las categorías de PT y PA. Las cifras absolutas también dan cuenta de esta aceleración: un promedio burdo permite señalar que, entre los años 2000 y 2025, casi 2.3 millones de personas se agregarán anualmente a la población adulta mayor de la región.

El panorama del envejecimiento cobrará más nitidez hacia el término del período de la proyección, cuando se tenderá a una convergencia de los indicadores nacionales; no obstante, el potencial de crecimiento implícito en las estructuras etarias —que postergará el estado estacionario hasta después del año 2050— seguirá originando diferencias. Salvo en Barbados y Cuba, la población continuará creciendo en el quinquenio 2045–2050, con tasas cercanas (o incluso mayores) a la unidad en los países de las categorías de TI y TM y en algunos en PT. En el año 2050, casi el 23% de la población regional tendrá 60 o más años de edad, porcentaje similar al proyectado para las naciones más desarrolladas alrededor de 2012; esta mayor proximidad temporal pone de relieve la celeridad del envejecimiento en la región. Sin embargo, la proporción de jóvenes en América Latina y el Caribe (20%) en el año 2050 será ligeramente mayor que la de los países más desarrollados en 1995; la inercia demográfica explica esta diferente evolución. Tal inercia encuentra su base en las distintas rutas de la transición demográfica, separadas por su temporalidad, la estructura etaria existente en su momento inicial y la velocidad de los cambios. Una muestra elocuente de los efectos de aquellas distintas trayectorias es el contraste entre Cuba y Guatemala y que llevarán a que la estructura por edades de la población guatemalteca en 2050 se asemeje a la que tenía Cuba cincuenta años antes. En general, en todos los países de TA y PT las proporciones de adultos mayores serán superiores a las de los menores de 15 en el año 2050; aunque esta condición no se registrará en las categorías de TI y TM (salvo el caso de Belice), los índices de envejecimiento y de dependencia demográfica acusan esta tendencia. También las cifras absolutas se acrecientan en el período 2025–2050: en promedio, cada año unas 3.4 millones de personas se incorporarán al grupo de 60 y más. En suma, al cabo del próximo medio siglo el envejecimiento será más intenso y más generalizado en la región¹⁴.

¹⁴ Una pregunta que puede hacerse es cuánto cambiaría la proporción de adultos mayores en el año 2050 si la fecundidad evolucionara, a contar de 1995, de manera distinta a la supuesta en la variante media de las proyecciones. Si se asume que la tasa global de la región llegará en el año 2050 al valor que tiene en Argentina en el último quinquenio del siglo XX (variante alta), la proporción de adultos mayores al final del período sería de 18.2%. Si, en cambio, se adopta la hipótesis de un descenso más acelerado de la fecundidad (variante baja), de modo que la tasa global llegue al nivel de reemplazo al comienzo del segundo quinquenio del siglo XXI, en el año 2050 la proporción de adultos mayores alcanzaría a 27.6%. La variante alta arroja una cifra similar a la proyectada para el año 2025 en los países más desarrollados y la cifra de la variante baja se aproxima a la proyectada para el año 1995 en esos mismos países.

5. Algunos rasgos sociodemográficos de la población adulta mayor en la región

A medida que avanza el proceso de envejecimiento se va acrecentando la proporción de las personas de 75 años y más, que conforman la llamada “cuarta edad”. Su aumento relativo es el fruto del retroceso de la mortalidad general —que posibilita la sobrevivencia de una proporción cada vez mayor de la población—, de la prevención oportuna de afecciones que hasta no hace mucho eran consideradas inevitables y del combate a las enfermedades degenerativas. El número de personas de 75 años y más aumentó de manera sostenida en América Latina y el Caribe entre 1950 y 2000, llegando a casi 10 millones; según las proyecciones su magnitud se elevará a 24 millones y 62 millones en los años 2025 y 2050, respectivamente. Su incidencia en la población total, que era de apenas 1% en 1950 se duplica en el año 2000 y se espera que llegue a casi el 8% en 2050, por lo que a lo largo de todo el período considerado su tasa de crecimiento supera a la de todos los demás grupos etarios. En relación con el conjunto de los adultos mayores, los integrantes del segmento de más edad constituían menos de una quinta parte en 1950, pero ya en el año 2000 su participación aumentó a un cuarto y se proyecta que sea un tercio en 2050; la representación relativa de este estrato varía entre las agrupaciones de países según el estado de su transición demográfica.

En suma, y en términos absolutos y relativos, cada vez son más las personas que llegan a edades avanzadas y también parece ser cada vez mayor la proporción de años que viven en esas edades. Si bien el deseo de vivir muchos años se ha ido materializando gradualmente, no es seguro que tal progreso esté acompañado de mejoras en la calidad de la vida; dado que muchos factores coadyuvantes del envejecimiento de la población —entre otros, la disponibilidad de medios anticonceptivos y de recursos para evitar la muerte prematura— no son imputables a un mayor grado de desarrollo socioeconómico, es probable que buena parte de la población de la cuarta edad esté expuesta a la pobreza. Más aun, algunas expresiones del cambio social, como las modificaciones en el papel y la estructura de la familia, parecen conllevar un detrimento de las formas tradicionales de cuidado de las personas de más edad. Además, muchas de estas personas han concluido su vida laboral, sea porque obtuvieron una pensión o porque sus capacidades no les permiten seguir trabajando; en ausencia de mecanismos apropiados de respaldo a la interacción social, el retiro de la actividad genera un síndrome de desvinculación, que suele ir acompañado de la pérdida del reconocimiento y de la importancia que esas personas pudieron tener en el pasado. Es también probable que los rezagos de las respuestas para atender las necesidades de esta población se extiendan al ámbito del cuidado de la salud, lo que redundará en un serio empeoramiento de su calidad de vida.

Una característica distintiva del envejecimiento es su especificidad de género; en general, a medida que aumenta la edad de una población se acrecienta la proporción de mujeres y disminuye el índice de masculinidad. En casi todos los países de América Latina y el Caribe, y a lo largo del período 1950–2050, la población adulta mayor presenta este signo distintivo; las únicas excepciones que se registran pueden deberse a los efectos de la migración (cuadro 8). El sistemático predominio numérico femenino es aun mayor en el subconjunto de la cuarta edad. Esta especificidad se origina en la mortalidad diferencial según sexo, que redundará en una mayor esperanza de vida de las mujeres; la longevidad más prolongada de las mujeres se acentúa a medida que desciende el nivel general de la mortalidad. Como promedio, en la región las mujeres viven seis años más que los hombres y a la edad de ingreso a la adultez mayor la diferencia es de casi cuatro años. Estas condiciones se consolidarán durante los primeros cincuenta años del siglo XXI, aun cuando en la agrupación de países de transición avanzada los índices de masculinidad de los adultos mayores tienden a aumentar en el intervalo 2025-2050.

Tal como se sugirió respecto de la cuarta edad, más importante que la mera longevidad es la calidad de los años que se viven. Según se desprende de la información de los censos de varios países latinoamericanos y caribeños, entre un cuarto y un tercio de las mujeres de 60 a 64 años no tienen cónyuge, ya sea porque enviudaron o porque se mantuvieron célibes; esta proporción se eleva a más de la mitad entre las personas de 75 años y más. La ausencia de una pareja, amén de restringir las posibilidades de enfrentar las necesidades básicas, crea carencias afectivas y repercute sobre la seguridad emocional. La frecuencia más elevada de la viudez entre las mujeres no sólo obedece a la diferencia de la esperanza de vida sino también a los efectos de las pautas culturales asociadas a los patrones de nupcialidad —los hombres se unen con mujeres de menor edad— y a la mayor probabilidad de los hombres de establecer una nueva unión después de la viudez o de la ruptura de otra anterior. La condición de la mujer de edad se ve también afectada negativamente por una menor participación en el mercado laboral, lo que redundará en limitaciones para la generación de ahorro o para la percepción de ingresos mediante una pensión.

Otro aspecto del envejecimiento es el que se deriva de las diferencias entre las estructuras etarias urbanas y rurales, lo que puede incidir en distintos perfiles de envejecimiento. Según las estimaciones y proyecciones para el período 1975–2025, el grado de urbanización (porcentaje urbano) de los adultos mayores es ligeramente superior al de la población total a escala de la región; esta condición es incluso más acentuada entre las personas de 75 y más años (CELADE, 1999). Sin embargo, en varios países —de diferente grado de urbanización y de envejecimiento— presentan la situación inversa. Por otra parte, la estructura por edades de las zonas rurales muestra, de modo sistemático y sin asociación aparente con el grado de urbanización del país, proporciones más altas de menores de 15 años que las urbanas; en cambio, en estas últimas se observan mayores proporciones de población en edad de trabajar. De estas discrepancias resultan índices de dependencia menores en el medio urbano. También las áreas urbanas registran índices de masculinidad claramente inferiores a los de las rurales. Todas estas características, que reflejan las repercusiones de la migración del campo a la ciudad (selectiva por sexo y edad), tienden a mantenerse en las proyecciones, si bien la incidencia relativa de la población de 60 y más años se acrecienta en ambas áreas. En otros términos, hasta el año 2025 persisten los rasgos de diferenciación entre las pirámides urbanas y rurales, pero en ambas se va haciendo manifiesto el envejecimiento.

Finalmente, una de las características sociodemográficas más importantes de la población adulta mayor es la referida al trabajo. Como en otras regiones del mundo, en América Latina y el Caribe la tasa de participación económica de las personas de edad es inferior a la de los demás adultos. Esta situación, más allá de responder a una decisión voluntaria o a una limitación impuesta por problemas de salud, obedece a las disposiciones que rigen el retiro de la actividad y a las rigideces del mercado de trabajo. El escaso dinamismo en la creación de nuevas plazas laborales, la persistencia de altos niveles de desempleo y la generalizada subutilización de la fuerza de trabajo, sumados a la virtual obligatoriedad de la jubilación en el sector formal del empleo, son factores que presionan en contra de la mantención de las personas de edad en la actividad económica. Dado este contexto, es frecuente que la separación de sus empleos signifique, para los adultos mayores, el retiro permanente de la fuerza de trabajo remunerada, pues en la búsqueda de nuevas ocupaciones se estrellan con obstáculos que no pueden sortear, como la discriminación por razón de edad o la competencia de jóvenes eventualmente más calificados o con conocimientos más actualizados (CEPAL/CELADE, 1997).

La información disponible indica que las personas de edad de la región cumplen un papel importante en la producción de bienes y servicios. Aunque las tasas específicas de participación tienden a disminuir con la edad, en el conjunto de América Latina se aprecia que en 1980 casi la mitad de la población de 60 a 64 años seguía inserta en la actividad económica; tal vez más notable

sea el hecho de que casi el 16% de las personas de 75 y más años continuaban realizando tareas económicas. Si bien para el año 2000 se supone un ligero descenso en estos niveles de participación, ello no va en menoscabo del esfuerzo laboral involucrado. Además, debe tenerse en cuenta que estas cifras se refieren a la población de ambos sexos; como los instrumentos de observación no recogen en plenitud la intervención de la mujer en el mundo laboral, las cifras efectivas seguramente son más elevadas¹⁵. La heterogeneidad del panorama regional, vinculada tanto con el grado de diversificación de las estructuras productivas como con las instancias de transición demográfica, resulta manifiesta cuando se confrontan las tasas de participación de los adultos mayores de Haití y Uruguay en 1980: la del grupo de 60 a 64 años en Haití más que duplicaba la registrada en Uruguay; la del de 75 y más la sextuplicaba. La elevada participación laboral de las personas de edad parece indicar una situación que dista mucho de obedecer a una opción voluntaria y puede atribuirse tanto a la reducida cobertura de los sistemas previsionales como al escaso monto de las jubilaciones percibidas por el segmento de la población que cuenta con aquella protección.

6. Consideraciones finales

El examen de las estimaciones y proyecciones de población para los países de América Latina y el Caribe permite concluir que su proceso de envejecimiento se desarrolla en un contexto de transición demográfica persistentemente heterogéneo. El momento histórico en que se dinamiza esa transición, las condiciones iniciales de la estructura por edades y el ritmo de cambio de las variables demográficas básicas son factores que delimitan las diferencias en la profundidad e intensidad del envejecimiento demográfico de los países.

La revisión de los antecedentes empíricos sobre el descenso de la mortalidad pone de manifiesto que su trayectoria originó un impulso inicial favorable al rejuvenecimiento de la población, pues sus primeros y más poderosos efectos consistieron en el aumento de la probabilidad de sobrevivencia infantil; más tarde, esos efectos empezaron a manifestarse sobre las edades adultas, incluyendo las mayores. Un impacto más directo sobre el envejecimiento se desprendió de la reducción de la fecundidad, en especial después de la segunda mitad de la década de 1960; ello llevó a un gradual angostamiento de la base de la pirámide de edades. Las proyecciones suponen una progresiva convergencia de las tasas globales de fecundidad hacia el nivel de reemplazo, pero reconocen diferentes sendas para llegar a ese valor alrededor del año 2050. En virtud de esta evolución, los signos del envejecimiento no sólo se harán más nítidos sino también se generalizarán, aunque la heterogeneidad entre los países continuará expresándose en las distintas estructuras etarias. En algunos países, y con manifestaciones diversas, la migración también contribuye a inducir el envejecimiento y la transición demográfica.

A raíz de las tendencias de las variables básicas, “mediatizadas” por la componente de inercia inherente a las estructuras de edades, la transición demográfica ha venido dando cuerpo a distintas modalidades de envejecimiento de las poblaciones nacionales. Para su exploración se utiliza un esquema tipológico de estados de la transición en un momento que separa la experiencia pasada de las expectativas futuras y reconoce cuatro categorías de países caracterizados por los valores de sus tasas vitales observadas en el decenio de 1990. La observación de las tendencias se hace reconociendo cuatro intervalos en el siglo que se extiende entre 1950 y 2050.

Una vez concluido el primer intervalo (en 1975) se advierte que el envejecimiento sólo empezaba a insinuarse, pues la transición demográfica —en particular, la disminución de la fecundidad— se enfrentaba con estructuras etarias cargadas de un alto potencial de crecimiento. No obstante, en

¹⁵ Por lo común, las tasas de participación femeninas equivalen a un tercio de las masculinas; más allá de que no se asigne valor al trabajo de la mujer en el hogar, aquellas tasas revelan el efecto de un contexto cultural en que la actividad laboral de la mujer no goza de un genuino reconocimiento social.

cuatro países la proporción de mayores de 60 años superaba el 10% de la población: junto a Uruguay (que ya había pasado esa barrera en 1950), se ubicaban Argentina, Barbados y Cuba; en todos ellos la participación de los menores era inferior al 40%. La población uruguaya, en ese entonces la más envejecida, mostraba una estructura por edades similar a la del promedio de los países más desarrollados en 1950.

El término del siglo XX es acompañado de un asomo más definido del envejecimiento en varios países en los que la transición demográfica se encuentra en un estado avanzado, pues la declinación de la fecundidad comienza a operar como un decidido remodelador de la estructura por edades, lo que agudiza su contraste con el grupo de transición incipiente. En el año 2000 la proporción de adultos mayores se ubica por encima del 10% en nueve países: Antillas Neerlandesas, Argentina, Barbados, Chile, Cuba, Guadalupe, Martinica, Puerto Rico y Uruguay; en este último país esa proporción llega al 17%, cifra similar a la del promedio que registraban los países de mayor desarrollo en 1990, pero el grupo menor de 15 años muestra un persistente rasgo bastante más juvenil en la base de la pirámide. Fuera del conjunto de transición avanzada, Brasil, Panamá y Suriname aumentaban su porcentaje de adultos mayores de manera importante.

Ya entrado el siglo XXI el panorama regional experimentará un giro. En el año 2025, las altas tasas de natalidad de los decenios recientes en los países de transición incipiente y moderada todavía seguirán frenando el avance del envejecimiento. Pero en las otras dos categorías (en plena transición y avanzada) todos sus integrantes habrán cruzado el umbral del 10% de población adulta mayor; así, a los que ya lo habían hecho el año 2000 se añadirán Bahamas, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guyana, Jamaica, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Suriname y Venezuela. También se agregará El Salvador. Además, en seis países del Caribe aquella proporción será mayor que la de los menores de 15 años y Barbados y Cuba (con más de 24% de personas de 60 y más años) tendrán estructuras etarias parecidas a las proyectadas para el promedio de los países más desarrollados en 2020.

Al cabo del período de proyección (es decir, en el año 2050) la situación del envejecimiento demográfico de América Latina llegará a un estadio relativamente avanzado, con una proporción media de adultos mayores de casi 23% y una de menores de 15 de sólo 20%. A pesar de haber quedado disminuido por tasas negativas o nulas de crecimiento, el grupo de jóvenes continuará siendo un tramo más amplio que en los países más desarrollados en 1995. Una de las novedades del año 2050 será que las personas de 60 y más años representarán más del 15% de la población en todos los países. En Barbados y Cuba, los dos países de más profundo envejecimiento, la población de edad mayor más que duplicará a la de menos de 15 años.

Por último, en el texto se mencionan algunas características sociodemográficas de los adultos mayores. El envejecimiento demográfico no sólo afecta a la población como un todo —lo que es la base de su definición— sino que también se manifiesta entre el mismo conjunto de adultos mayores, y así lo muestra el ascenso sostenido de la proporción que tiene 75 y más años de edad. Otra característica del envejecimiento, asociada a las diferencias de mortalidad, es su marcado y persistente signo de género, con un predominio numérico de mujeres, que es especialmente notorio entre el segmento de mayor edad. A raíz de los mecanismos de cambio de la distribución espacial de la población, las estructuras etarias urbanas y rurales difieren; aunque el envejecimiento se registrará en ambos conjuntos, los adultos mayores están más concentrados en el medio urbano que el resto de la población. Una proporción relativamente alta, fluctuante entre los países, de los adultos mayores continúa participando en la actividad económica. Todos estos rasgos de la población de 60 y más años deben ser considerados en la evaluación de los significados del envejecimiento.

Fuente S. Huenchuan (2018), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*; Cap. I, pp. 19-38.

B. Cambio demográfico, disparidades y convergencias regionales

1. Introducción

La población actual de América Latina y el Caribe es de alrededor de 652 millones de habitantes y está constituida en un poco más de la mitad (51%) por mujeres. El 25% de la población de la región tiene menos de 15 años y las personas mayores representan el 12% del total de la población. Desde fines de la década del sesenta la región ha experimentado importantes cambios en su dinámica demográfica, con efectos en el crecimiento y estructura etaria de la población. Estas transformaciones, si bien convergen con tendencias de otras regiones del mundo, tienen particularidades que las distinguen, producto del momento en que se inicia la transición demográfica en los países de la región, la velocidad a la que ocurrió, la diversidad de situaciones entre y dentro de los países, y especialmente el contexto de heterogeneidad estructural y su principal consecuencia en el plano social, la desigualdad, que se expresa de manera profunda y persistente en la región (CEPAL, 2014 y CEPAL, 2015a).

La magnitud y la velocidad de los cambios demográficos que están ocurriendo y que continuarán en las próximas décadas son muy relevantes. Estos estarán asociados a un aumento más paulatino del tamaño de la población, que tenderá a estabilizarse en las décadas siguientes, aunque después del 2070 la población de la región comenzará a descender en términos absolutos. Sin embargo, las principales modificaciones se concentrarán en la estructura por edad de la población, a raíz del avance y la profundización del proceso de envejecimiento demográfico. Estos cambios se darán en los países de la región en distintos momentos, pues existe una heterogeneidad de contextos demográficos, aunque en la segunda mitad del siglo XXI se apreciará una mayor convergencia entre los países.

El presente capítulo contempla en la primera parte las grandes tendencias demográficas, deteniéndose en las modificaciones que se producen en la fecundidad, la longevidad y el crecimiento de la población. En la segunda parte, el análisis se concentra en las repercusiones de esos cambios demográficos, prestando especial atención al impacto en la estructura por edad y el envejecimiento de la población.

2. Las grandes tendencias demográficas

a) Rápido descenso de la fecundidad hacia el nivel de reemplazo

La caída de la fecundidad fue la principal característica de la transformación demográfica regional en la segunda mitad del siglo XX. América Latina y el Caribe pasó de tasas de fecundidad muy altas (5,5 hijos por mujer), en comparación con el contexto mundial en el período 1965-1970, a tasas levemente inferiores al nivel de reemplazo (2,05 hijos por mujer) entre 2015 y 2020.

Esta profunda transformación sociodemográfica responde a una constelación de factores determinantes. Uno de ellos es el incremento relativamente sostenido del producto per cápita

hasta comienzos de la década de 1970, que influyó en las grandes modificaciones sociales, como la ampliación de los estratos medios y asalariados, la extensión de la escolaridad y una veloz urbanización. Los cambios en las estructuras económicas y sociales trajeron aparejada una serie de cambios culturales, que, a su vez, contribuyeron a la adopción de pautas de comportamiento reproductivo compatibles con un ideal de familia de tamaño más reducido (aspiración facilitada por la disponibilidad de procedimientos anticonceptivos).

Asimismo, la decisión de optar por una descendencia menos numerosa se vio reforzada por un cambio en la condición de los hijos dentro de los nuevos contextos sociales, económicos y culturales. La mayor inserción femenina en el mundo del trabajo parece haber generado, por lo menos entre los estratos medios y altos, una incompatibilidad con las funciones estrictamente domésticas. Otro aspecto que merece considerarse es el efecto de la disminución de la mortalidad infantil, pues es probable que la mayor probabilidad de supervivencia de los hijos fuese un motivo para obviar concepciones adicionales (Villa y González, 2004).

Además de la velocidad e intensidad de la caída de la fecundidad, también se destaca la rápida generalización de este fenómeno en la mayoría de los países. El descenso implicó una considerable reducción del crecimiento poblacional, efecto que se ha venido atenuando. Por el contrario, los efectos del descenso de la fecundidad sobre la estructura por edad de la población siguen presentes y se prolongarán varios años.

El descenso de la fecundidad se ha producido con grandes diferencias entre las subregiones y los países de la región en cuanto a las fechas de inicio, los períodos de mayor velocidad del cambio y los momentos en que se alcanza el nivel de reemplazo. Estas diferencias de trayectoria se transmiten hacia el futuro a través de diferentes efectos en el tamaño y el peso relativo de las distintas generaciones en la población total y, por lo tanto, en la aparición, vigencia y duración del primer bono demográfico y del envejecimiento¹⁶.

El inicio de la caída de la fecundidad fue relativamente más temprano en el Caribe y en América del Sur, donde, en la mayoría de los países, ya había comenzado a fines de la década de 1960 (véanse el gráfico II.7). En cambio, en algunos países centroamericanos, como Belice y Guatemala, el descenso no comenzó hasta los años ochenta. En las tres subregiones hubo algunos países en los que la fecundidad cayó rápidamente: Barbados y Cuba ya tenían una fecundidad inferior al nivel de reemplazo en el quinquenio 1980-1985 y a inicios del siglo XXI el fenómeno se extendió a Antigua y Barbuda, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, México, Panamá y Trinidad y Tabago (CEPAL, 2016).

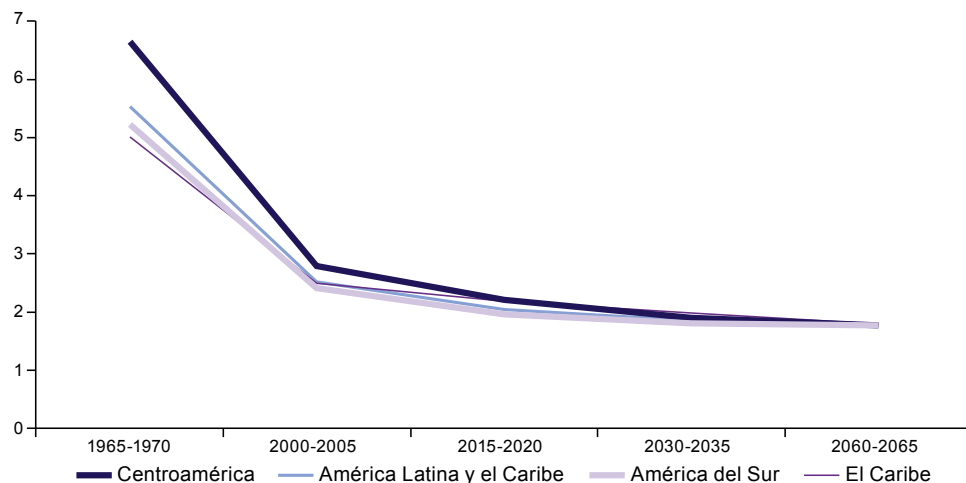
Se prevé que el cambio de la fecundidad será cada vez menos intenso, como se indica en las proyecciones de población de las Naciones Unidas (2015b), e incluso es probable que baje a niveles inferiores al de reemplazo y se mantenga así durante largo tiempo. La rápida convergencia implica que casi todos los países de la región alcanzarían ese nivel antes de 2050. Sin embargo, las diferentes tendencias nacionales dan lugar a significativos desfases temporales en cuanto a su estabilización. Así, dos países rezagados en la transición demográfica como Bolivia (Estado Plurinacional de) y Guatemala llegarían a ese nivel en el período 2050-2055 y en el período 2055-2060, respectivamente, es decir, 70 o 75 años más tarde que las Bahamas y Cuba (véase el gráfico II.8). Al igual que el promedio regional, la fecundidad de todos los países continuaría disminuyendo más allá del nivel de reemplazo durante entre tres y seis quinquenios más, antes de que se revierta la tendencia (CEPAL, 2016).

¹⁶ Véase el capítulo 4 de este libro.

■ **Gráfico II.7**

América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad, por subregiones, 1965-2065

(En número de hijos por mujer)

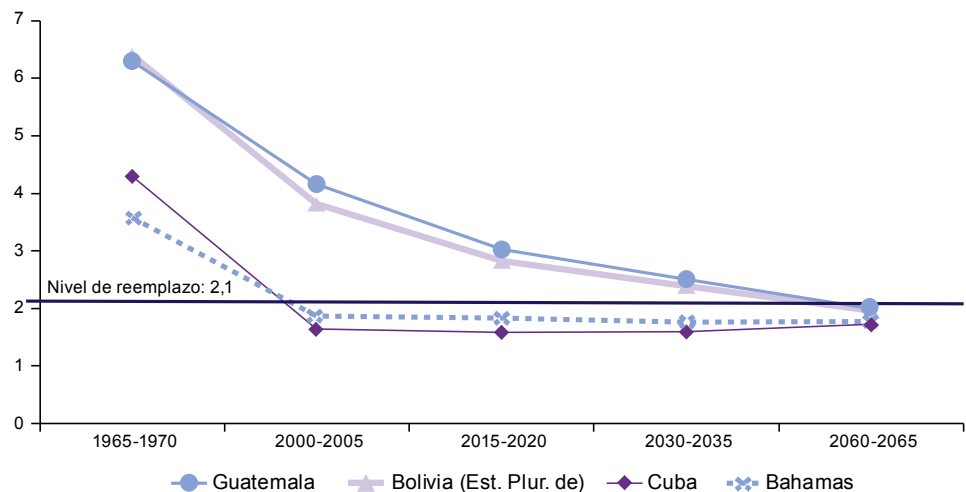


Fuente: Naciones Unidas, “World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables”, Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

■ **Gráfico II.8**

América Latina y el Caribe (países seleccionados): tasa global de fecundidad, 1965-2065

(En número de hijos por mujer)



Fuente: Naciones Unidas, “World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables”, Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

b) Ganancia de años de vida

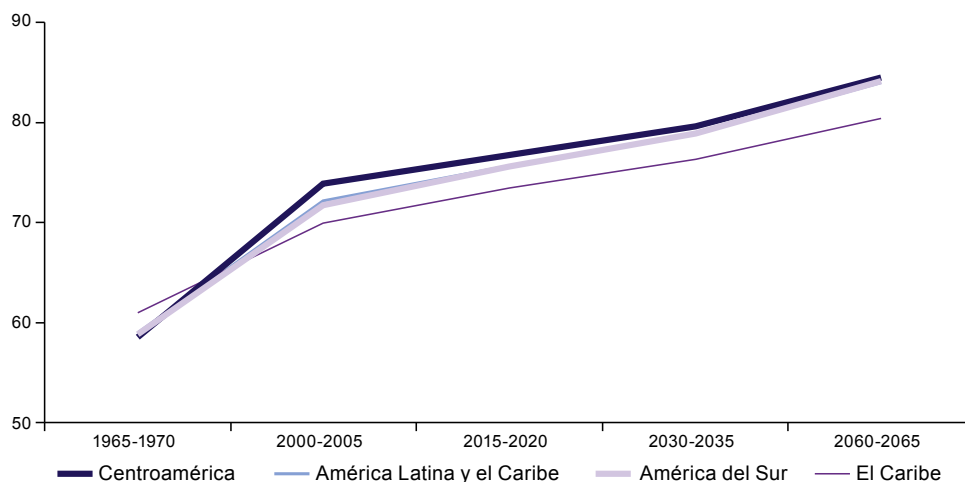
Al igual que en los países desarrollados, el inicio de la transición demográfica en la región estuvo ligado al descenso de la mortalidad. Sin embargo, un hecho diferenciador entre Europa y América Latina y el Caribe fue que, en esta última, la caída de la mortalidad se inicia con el descenso de la mortalidad infantil. Ese cambio se debió principalmente a las transformaciones socioeconómicas y culturales, el mejoramiento de las condiciones de vida, el aumento de la población urbana, el mayor nivel educativo, la disponibilidad de tecnología sanitaria y las políticas exitosas. El resultado fue un avance sin precedentes en el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, así como de las afecciones maternas, perinatales y nutricionales (Di Cesare, 2011; CEPAL, 2008 y 2015). El cambio epidemiológico benefició sobre todo a la población más joven, las mujeres y los niños, lo que implicó significativos cambios demográficos, en particular el gran aumento de la esperanza de vida al nacer, explicado al inicio por el descenso de la mortalidad infantil y posteriormente por la caída de la mortalidad en otras edades.

El aumento de la esperanza de vida ha sido un proceso constante y continuado durante todo el siglo pasado y se extiende hasta el presente. De un promedio aproximado de 59 años entre 1965 y 1970 se pasó a casi 76 años en el presente quinquenio (2015-2020). En promedio, la población ha ganado 17 años de vida en los últimos 55 años, es decir, 1,5 años por quinquenio. Sin embargo, ese promedio regional solo equivale al que tenían los países desarrollados hace 25 años (CEPAL, 2008). Los avances de la esperanza de vida se dieron en todos los países, pero aún persisten diferencias muy significativas entre ellos y entre subregiones, que no se justifican dados los adelantos en materia epidemiológica y socioeconómica (véanse el gráfico II.9).

Aún persisten diferencias de 10 y 16 años de esperanza de vida entre los países más y menos avanzados en Centroamérica y el Caribe y América del Sur, respectivamente, que revelan diferencias sustanciales en las condiciones de salud. Chile y Haití presentan los valores extremos (83 y 64 años, respectivamente). En el Caribe, la dispersión no se ha modificado sustancialmente desde finales de la década de 1960, pero si se excluye a Haití y la República Dominicana, en el resto de los países ha aumentado: la diferencia entre los extremos pasó de 7 a 9 años. Algo similar ocurrió en América del Sur: si se excluye al Estado Plurinacional de Bolivia, la dispersión se reduce solo 1 año, de 17 a 16 años. En Centroamérica, la dispersión disminuye al reducirse la diferencia entre los extremos de más de 15 a 10 años.

■ Gráfico II.9

América Latina y el Caribe: esperanza de vida al nacer, por subregiones, 1965-2065
(En años)



Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

En el promedio de la región, la esperanza de vida de las mujeres es casi siete años superior a la de los hombres, un valor cercano al predominante en los países más desarrollados (Naciones Unidas, 2015b). En Colombia, El Salvador, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de), esa diferencia es mayor y fluctúa entre siete años y más de nueve años, lo que tendría relación con la sobremortalidad masculina por causa de la violencia. Se espera que esta diferencia disminuya en la medida en que algunos riesgos epidemiológicos tiendan a equipararse entre hombres y mujeres.

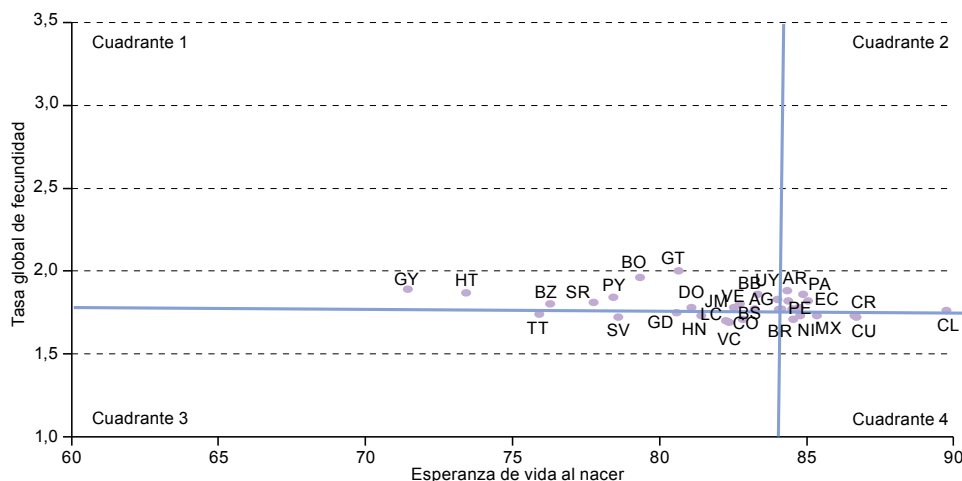
c) La ubicación de los países en el proceso de transición demográfica

Las tendencias descritas sobre la fecundidad y la mortalidad, componentes del cambio demográfico, ubican a los países en diferentes etapas de la transición demográfica. Como se ha indicado, las trayectorias han tenido intensidades y tiempos distintos, por lo que, si se considera el quinquenio actual (2015-2020), los países se ubican en diferentes estadios de la transición. En el gráfico II.10 se expone la situación de los países respecto de su tasa global de fecundidad y de su esperanza de vida al nacer, y se constatan las situaciones de mayor avance y de rezago.

Si bien la manera tradicional de estudiar la transición demográfica ha sido con las tasas brutas de natalidad y mortalidad, es sabido que estas tasas se ven afectadas principalmente por la estructura por edad de la población y otros factores espurios, por lo que no muestran con claridad el nivel del fenómeno. Para eliminar esos problemas, se han seleccionado la tasa global de fecundidad, que indica el promedio de hijos por mujer, y la esperanza de vida al nacer, que hace referencia al promedio de años que vivirá la población nacida en determinado año.

■ Gráfico II.10

América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad y esperanza de vida al nacer, 2015-2020
(En hijos por mujer y en años)



Fuente: Naciones Unidas, “World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables”, Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

Los países ubicados en el cuadrante 1 del gráfico I.4 presentan los mayores rezagos respecto del promedio regional (75,7 años de esperanza de vida al nacer y 2,05 hijos por mujer), pues tienen tasas globales de fecundidad elevadas y bajas esperanzas de vida al nacer. En este grupo de países se destacan Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala y Haití por encontrarse en la situación más rezagada. El resto de los países de este cuadrante no presentan rezagos tan marcados: tienen una fecundidad que está sobre el nivel de reemplazo, pero que es inferior a 2,5 hijos por mujer, y una esperanza de vida al nacer superior a los 70 años y en algunos casos muy cercana a la media regional.

En el segundo cuadrante se ubican países que tienen tasas de fecundidad sobre el nivel de reemplazo, o muy cercanas a este, pero con esperanzas de vida superiores a la media regional (Argentina, Ecuador, México, Nicaragua y Panamá). Seis países (Brasil, Colombia, El Salvador, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía y Trinidad y Tabago) ocupan el tercer cuadrante, con tasas globales de fecundidad bajo el nivel de reemplazo, pero con esperanzas de vida inferiores a la media regional. En el cuarto cuadrante se encuentran los países más avanzados en la transición demográfica y entre ellos se destacan Chile, Costa Rica y Cuba por presentar las tasas de fecundidad más bajas, inferiores a 1,8 hijos por mujer, y esperanzas de vida al nacer superiores a los 80 años.

La situación que presentan los países respecto de la transición demográfica en el quinquenio 2015-2020 deja en evidencia la consolidación del proceso en la región. Las tasas de fecundidad y mortalidad tienen límites superiores claramente más bajos que en décadas pasadas y, salvo por algunas situaciones nacionales en posiciones de rezago relativo, la vieja imagen de dispersión se ha convertido en una aparente convergencia. En síntesis, la convergencia de los niveles de mortalidad y fecundidad ha continuado y los países se agrupan marcadamente en niveles bajos de ambas variables.

En las próximas décadas, la región deberá estar preparada para una gran concentración de los países en niveles bajos de fecundidad: todos los países tendrán tasas bajo los niveles de reemplazo o muy cercanas a este en el quinquenio 2040-2045. Algo similar ocurrirá con la mortalidad: algunos países experimentarán incrementos de sus tasas brutas de mortalidad como consecuencia de sus estructuras etarias envejecidas. Se destacan los aumentos de la tasa bruta de mortalidad en Cuba y el Uruguay hacia 2040-2045 (CEPAL, 2014).

Esta nueva situación, y particularmente esta convergencia, se hace más evidente si se examina la situación de los países respecto de su tasa global de fecundidad y de su esperanza de vida al nacer en el quinquenio 2060-2065. Las situaciones de mayor avance y de rezago no son tan marcadas, particularmente en el caso de la fecundidad, donde todos los países se ubican por debajo del nivel de reemplazo: Guatemala presenta la TGF más elevada, con 2 hijos por mujer, mientras que El Salvador presenta la más baja (1,69 hijos por mujer). Se constata una mayor heterogeneidad en la mortalidad, pues pese a que en el párrafo anterior se indicó que hubo un aumento de las tasas brutas, la esperanza de vida al nacer, si bien presenta una mayor amplitud, registra una media regional de 84 años de vida, valor bastante elevado; mientras que Guyana presenta una esperanza de vida al nacer menor que el promedio regional (71,5 años), en el otro extremo se ubica Chile, con una expectativa de vida de 89,7 años (CEPAL, 2014). Es importante tener en cuenta, sin embargo, que estas cifras nacionales ocultan heterogeneidades dentro de los países, sobre todo si se piensa en áreas urbanas o rurales, los distintos estratos socioeconómicos y la pertenencia étnica.

d) La población seguirá creciendo hasta mediados de siglo

En el gráfico I.5 se muestra cómo se ha incrementado la población en términos absolutos desde 1965 hasta la actualidad y se hace una proyección hasta 2075. La región contaba con 254 millones de habitantes a inicios del período, y en 2017 la población total regional era de 648 millones. Se espera que esta población continúe creciendo en términos absolutos hasta alcanzar un máximo de 793 millones de habitantes en 2060, para después comenzar a decrecer (Naciones Unidas, 2015b).

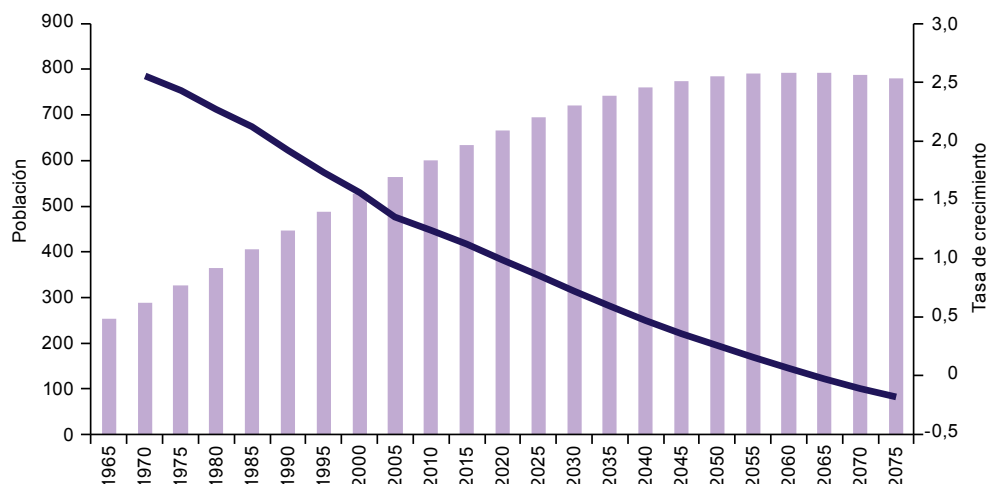
También se presentan las tasas de crecimiento de la población, que expresan la intensidad del ritmo con que esta se ha incrementado. Se muestra que el ritmo medio anual de crecimiento ha ido disminuyendo con el paso de las décadas. Si bien en el quinquenio 1965-1970 la población se incrementaba a un ritmo medio anual del 2,6%, en el período 2015-2020 disminuye a un 1% y en los siguientes 15 años el ritmo de crecimiento continuará bajando y se ubicará en un 0,6%. Tal como lo muestran las barras del gráfico II.11, esto no indica que la población en términos absolutos disminuyera, sino que su incremento fue y será cada vez más lento. La tasa de crecimiento de la

población regional empieza a presentar un crecimiento negativo (-0,03%) en el quinquenio 2060-2065, lo que coincide con la disminución de las cifras absolutas de población, pues, como ya se comentó, en 2060 la población alcanzará su mayor número para comenzar a decrecer en los años siguientes.

■ Gráfico II.11

América Latina y el Caribe: población y tasas de crecimiento, 1965-2075

(En millones y por 100)



Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

Debido a los distintos grados de avance en la transición demográfica, las diferencias en el ritmo de crecimiento entre un país y otro continuarán siendo significativas. En el quinquenio actual, los países más avanzados en la transición demográfica presentarán tasas de crecimiento total inferiores al 0,5%, y Cuba registrará una de las tasas de crecimiento medio anual más bajas, muy cercana a 0%, mientras que los países más rezagados en la transición presentarán tasas de crecimiento total superiores al 1,5%, entre los que destacan Belice (2,1%), Guatemala (1,9%), Honduras y Panamá (1,6%) y Bolivia (Estado Plurinacional de) (1,5%). Ese crecimiento no estará directamente relacionado con la tasa de fecundidad sino con la inercia demográfica, es decir, la capacidad de las poblaciones de seguir creciendo más allá del período en que la tasa de fecundidad llega al nivel de reemplazo debido al cambio en la estructura por edades, al producirse una concentración de población en las edades reproductivas (CEPAL, 2008).

Al revisar las proyecciones de las tasas de crecimiento natural¹⁷ se constata que, en la actualidad, la mayor parte de los países de la región registran tasas que oscilan entre 10 y 20 personas por cada mil. Sin embargo, son muy pocos los países que están en los extremos: la Argentina, el Brasil, Chile, Cuba y el Uruguay, todos con crecimientos inferiores a las 10 personas por cada mil, mientras que en el otro extremo solo se encuentran Guatemala y Honduras, con crecimientos superiores a las 30 personas por cada mil.

Los impactos de la transformación demográfica que ha experimentado la región se reflejarán en el futuro próximo y mediano, ya que la población de la región crecerá a ritmos extraordinariamente inferiores a los del pasado, y al mismo tiempo habrá una clara tendencia a la homogenización de

¹⁷ Tasa de crecimiento natural es el cociente entre el crecimiento natural anual (nacimientos menos defunciones) de un determinado período y la población media del mismo período. Puede definirse también como la diferencia entre las tasas brutas de natalidad y de mortalidad. Tasa de crecimiento total es el cociente entre el incremento medio anual durante un período determinado y la población media del mismo período y representa la variación observada como consecuencia de la variación de nacimientos, defunciones y movimientos migratorios. Puede definirse también como la suma algebraica de la tasa de crecimiento natural y la tasa de migración.

los niveles de crecimiento. En efecto, de acuerdo con las proyecciones, la mediana de la tasa de crecimiento total de la región descenderá a 0,6 personas por cada cien en el período 2030-2035 y será negativa en el período 2060-2065 (-0,04 por cien). En este último quinquenio, todos los países de la región tendrán crecimientos inferiores a las 10 personas por cada mil, la mayoría de ellos estarán agrupados alrededor del crecimiento nulo (poblaciones estacionarias), y seis países ya tendrán un crecimiento natural negativo (CEPAL, 2014).

El panorama de homogenización del crecimiento natural cambia al considerar el papel de la migración en el crecimiento total, puesto que, al producirse esa homogeneización, la migración adquiere un peso mayor en este último. Y en este aspecto —es decir, el del crecimiento total— hay una gran heterogeneidad, lo que refleja el estrecho vínculo entre la migración y las desigualdades sociales y económicas prevalecientes en la región.

3. Los efectos de la transformación demográfica

Los efectos de la transformación demográfica pueden apreciarse desde dos perspectivas: la de las personas y la de las poblaciones. Si el análisis se centra en las personas, entre los efectos está la mayor sobrevivencia derivada de la reducción de la mortalidad, que podría implicar costos más altos para sostener la salud y el bienestar en una vida más prolongada. Por otra parte, el descenso de la fecundidad puede implicar que las mujeres liberen parte del tiempo que dedicaban a la crianza para dedicarlo a otras actividades, lo que les permitiría tener una mayor participación en el mercado del trabajo, aumentando su autonomía y el bienestar en los hogares. Las principales consecuencias para las poblaciones son la reducción del crecimiento poblacional y, quizás la más importante en la actualidad y en la trayectoria a mediano y largo plazo, la transformación de la estructura por edad, que implica el envejecimiento de la población por el paso paulatino de sociedades jóvenes a sociedades maduras, y de estas a sociedades envejecidas.

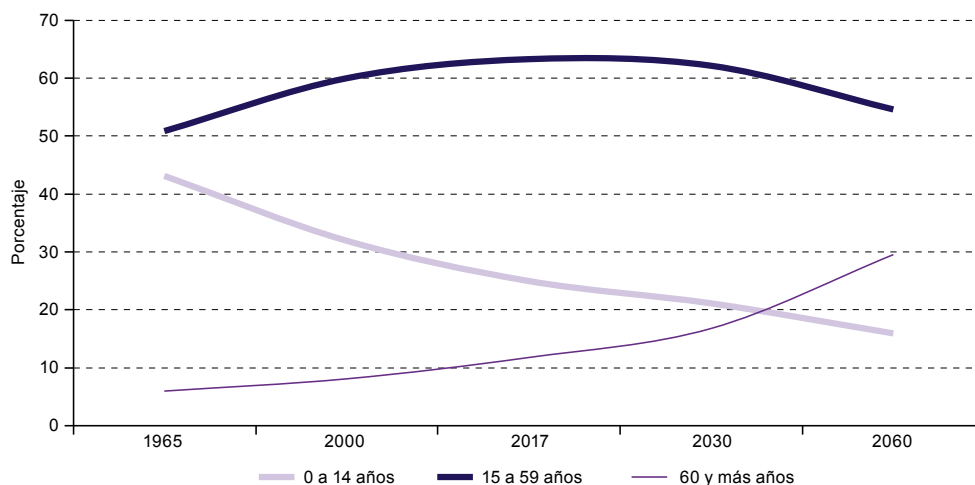
a) Disminución de la población joven y aumento de las personas mayores

A medida que la región avanza en la transición demográfica y que la mortalidad y la fecundidad llegan a niveles bajos o muy bajos, el impacto directo de estas últimas en el crecimiento natural de la población se va haciendo cada vez más pequeño, situación que ya se advirtió en la sección A. Por el contrario, el efecto de estos cambios en la estructura por edad de la población es de gran magnitud y se prolonga en el tiempo a medida que generaciones representativas de diferentes etapas del cambio demográfico avanzan en su trayectoria vital. Desde la década de 1960, la estructura por edad de la población de los países de América Latina y el Caribe ha experimentado grandes transformaciones, que han implicado el paso de una población relativamente joven al inicio del período a una población que comienza un proceso acelerado de envejecimiento (véase el gráfico II.12). El peso de la población menor de 20 años (aproximación de la población en edad escolar) empezó a disminuir desde fines de la década de 1960. En la medida en que las grandes cohortes de población nacidas antes de esa década fueron llegando a la edad de trabajar, el peso de la población potencialmente activa (20 a 64 años) empezó a aumentar, lo que dio origen al período del primer bono demográfico.

■ **Gráfico II.12**

América Latina y el Caribe: evolución y proyección de la población por tres grandes grupos de edad, 1950-2100

(En porcentajes)



Fuente: Naciones Unidas, “World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables”, Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

Por otra parte, la prolongación de la vida por el descenso de la mortalidad aumentó la proporción de personas mayores (60 años y más), que subió del 6% en 1965 al 11,8% en 2017.

Aunque esta proporción pueda parecer pequeña, muestra que ya se ha iniciado la fase de mayor aceleración de su crecimiento (envejecimiento acelerado). Este ritmo llevará rápidamente a la región a alcanzar un hito importante en 2037, cuando la proporción de personas de edad igual a la proporción de menores de 15 años (20%). En valores absolutos, la población de menores de 15 años es la única que disminuye, de acuerdo con una tendencia presente desde 2005, cuando esta población alcanzó los 168,5 millones de personas. La población en edad activa (15 a 59 años) ascendía a 224 millones de personas a mediados de 1985, cuando comenzó la etapa de predominio relativo de esta población, que seguirá creciendo hasta duplicarse con creces en 2040, cuando llegue a un máximo de 458 millones. La población de 60 años y más, formada por unos 76 millones de personas en la actualidad, tendrá un período de gran incremento que la llevará a sobrepasar en 2037 a la población de menores de 15 años, con 147 millones de personas, y a alcanzar los 264 millones en 2075. Si bien América Latina y el Caribe está entrando en una etapa de envejecimiento acelerado, en la mitad de los países de la región ese proceso aún es incipiente.

La situación ha sido heterogénea en la región. Hay países que ya presentan una mayor proporción de personas de 60 años y más que de niños menores de 15 años: por ejemplo, Cuba, que en 2010 igualó la proporción de ambos grupos con un 17%, y Barbados, donde en 2015 la proporción

de estos dos grupos de población se ubicó en el 19%. En los próximos siete años Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Chile y el Uruguay presentarán proporciones de población similares en ambos grupos y después del 2025 en esos países comenzará a aumentar con mayor fuerza la proporción de personas mayores. Mientras que en 2030 Costa Rica y Brasil tenderán a igualar la proporción de menores de 15 y mayores de 60 años, Colombia, Antigua y Barbuda, Jamaica y San Vicente y las Granadinas presentarán proporciones similares de ambos grupos alrededor del 2035. En 2040, el 20% de la población de México y la Argentina corresponderá a estos grupos de población extremos y el grupo de 60 años y más continuará aumentando su proporción sostenidamente. En 2045 siete países (Granada, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Ecuador, Perú y Venezuela (República Bolivariana de)) presentarán una proporción cercana al 20% en ambos grupos de población. A mediados del siglo, se incorporarán tres países (República Dominicana, Honduras y Suriname) más a esta tendencia de aumento de la proporción de personas de edad y disminución de los menores de 15 años. Así, en 2065 todos los países de la región habrán invertido la tendencia y la proporción de personas mayores será superior a la de los niños.

Como ya se indicó, el año 2037 marcará un hito en la región, debido a que la proporción creciente de personas mayores superará a la de los menores de 15 años, etapa a partir de la cual el proceso de envejecimiento se convertirá en el fenómeno demográfico preponderante. Dada la relación diferente que la población tiene con el consumo y las actividades productivas y reproductivas en las distintas etapas del ciclo de vida, el comportamiento de estas ondas de la población por edad tiene implicaciones importantes sobre las demandas y ofertas económicas y sociales. De allí la relevancia de su análisis como elemento clave para el diseño de políticas públicas.

b) Diferentes etapas del proceso de envejecimiento

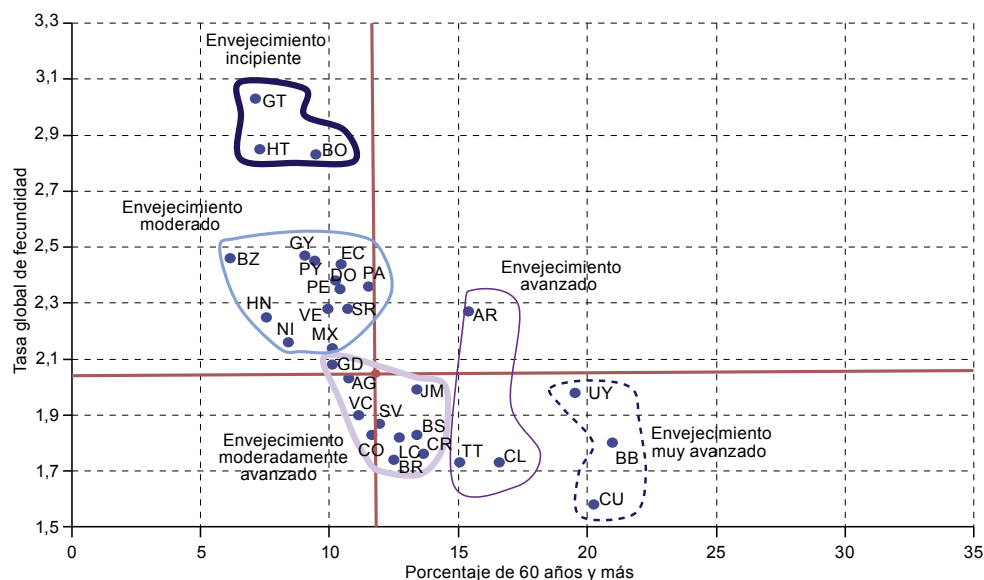
El avance de la transición demográfica en la región y de manera específica en los países ha repercutido en el ritmo de crecimiento de la población (un ritmo cada vez más lento e incluso nulo o negativo) y en la estructura por edades, pues la población envejece a medida que los países comienzan a ubicarse en estadios más avanzados de la transición. Por lo tanto, uno de los resultados del avance de la transición demográfica y de la particular velocidad que ha presentado en la región ha sido el envejecimiento de la población, el cual ha tenido lugar con distintos tiempos e intensidades dependiendo de cada país.

Con la finalidad de conocer en qué etapa del envejecimiento se encuentran los países de la región, en el gráfico II.13 se ubica a los países según los siguientes indicadores: la tasa global de fecundidad y el porcentaje de personas de 60 años o más. Se han seleccionado estos indicadores puesto que la fecundidad es el fenómeno que con mayor fuerza remodela la estructura por edad de la población desde que se inicia su descenso, mientras que el porcentaje de personas de 60 y más años muestra el peso de este grupo en la población total. La media regional de estos indicadores se ubica en una tasa global de fecundidad levemente por debajo del nivel de reemplazo (2,05 hijos por mujer) y un porcentaje de personas mayores de 11,8%.

■ **Gráfico II.13**

América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad y porcentaje de población de 60 años y más, 2015-2020

(En hijos por mujer y por 100)



Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

En la actualidad, 17 países se ubican por debajo de la media regional. Guatemala, Haití y Bolivia (Estado Plurinacional de) están en la etapa de envejecimiento incipiente, al presentar tasas globales de fecundidad que superan los 2,7 hijos por mujer y porcentajes de personas mayores inferiores al 10% de la población. En una situación moderada del envejecimiento se encuentran 12 países (Belice, Ecuador, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname y Venezuela (República Bolivariana de)) que presentan tasas globales de fecundidad que oscilan entre el nivel de reemplazo y los 2,5 hijos por mujer. En estos países, el porcentaje de personas de 60 años y más se ubica entre el 6% y el 11,5%, respectivamente. En una etapa moderadamente avanzada se encuentran 10 países (Antigua y Barbuda, Bahamas, Brasil, Costa Rica, Colombia, El Salvador, Granada, Jamaica, San Vicente y las Granadinas, y Santa Lucía) que presentan tasas globales de fecundidad que se ubican por debajo del nivel de reemplazo: 2,08 y 1,7 hijos por mujer, mientras que los porcentajes de personas mayores oscilan entre el 10% y el 14%. En una etapa avanzada del envejecimiento se encuentran 3 países (Argentina, Chile y Trinidad y Tabago), que presentan tasas de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo (1,73 hijos por mujer,

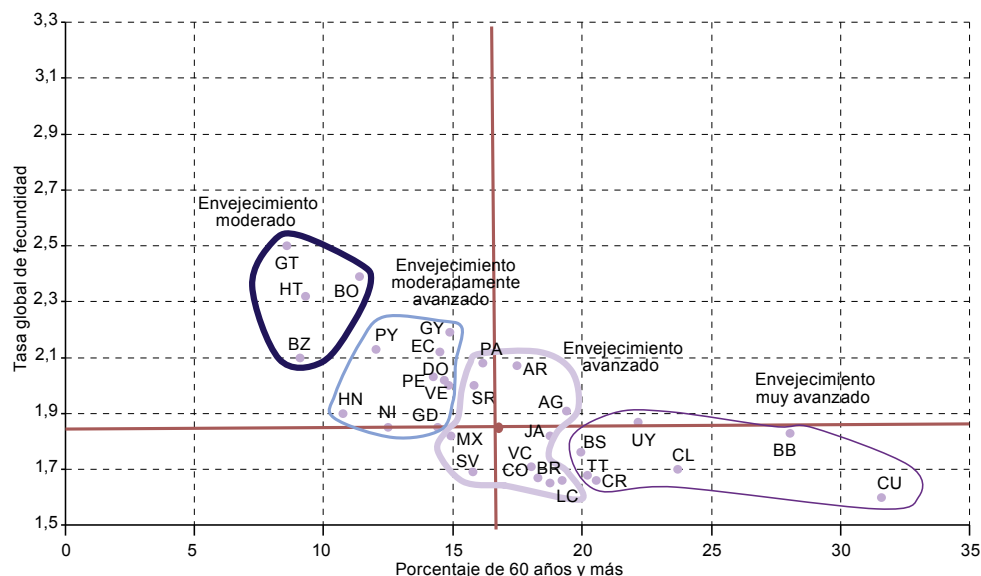
a excepción de la Argentina, que presenta una TGF de 2,3) y porcentajes de personas de 60 y más años que oscilan entre el 15 % y el 17 %. Finalmente, en una etapa muy avanzada del envejecimiento están el Uruguay, Barbados y Cuba, que, si bien siguen la tendencia del grupo anterior respecto de las tasas globales de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, lo más significativo es que en su caso la proporción de personas mayores es superior al 20%.

En el quinquenio 2030-2035 aumentará el envejecimiento demográfico en la región (véase el gráfico II.14). Los países transitarán a etapas más avanzadas del envejecimiento: así, por ejemplo, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala y Haití estarán en una etapa moderada del envejecimiento, mientras que nueve países (Ecuador, Granada, Guyana, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de)) se ubicarán en la fase moderadamente avanzada. En una etapa de envejecimiento avanzado se encontrarán Antigua y Barbuda, la Argentina, el Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica, México, Panamá, Perú, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Santa Lucía. Por su parte, siete países de la región (Bahamas, Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, Trinidad y Tabago y Uruguay) se ubicarán en una etapa muy avanzada del envejecimiento: en todos ellos la proporción de personas mayores será superior al 20% (véase el gráfico II.13).

■ **Gráfico II.14**

América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad y porcentaje de población de 60 años y más, 2030-2035

(En hijos por mujer y por 100)



Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

Fuente

CEPAL (2014), *La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe: la hora de la igualdad según el reloj poblacional*; pp. 26-32.

C. El cambio de la estructura por edad

1. Las “olas” de población

Como consecuencia directa de la profunda transformación demográfica que ha vivido América Latina y el Caribe en las últimas seis décadas, ha ocurrido un cambio sustancial de la estructura por edad de la población. La profundización de este cambio es quizás la transformación más importante desde el punto de vista de sus implicaciones económicas y sociales.

En el período examinado, la población regional pasó de tener una estructura por edad característica de una población joven en 1950 a una población que comienza un proceso acelerado de envejecimiento hoy en día. La parte más intensa de este cambio se concentró en las últimas cuatro décadas, en la medida que las sucesivas generaciones fueron acusando el impacto del descenso de la fecundidad en el pasado, el que se apreció claramente en la reducción de la población infantil, en el crecimiento de la población activa y en el inicio del envejecimiento. Los cambios en los diferentes grupos de edad fueron importantes. El peso de la población menor de 15 años pasó de un 40% en 1950 a menos de un 28% actualmente; el grupo de 15 a 64 años pasó de constituir el 55% de la población total de la región a un 65% en la actualidad, y el grupo de personas mayores (de 65 años y más) comenzó a tener un peso importante, pasando de apenas un 3,5% en 1950 a un 6,8% actualmente.

En las próximas décadas, los cambios de la estructura por edad serán menos intensos pero significativos. De acuerdo con las proyecciones del CELADE-CEPAL (2013), se espera que el grupo menor de 15 años continúe disminuyendo hasta alcanzar solo el 15% en 2100, el de 15 a 64 años llegaría a un máximo del 67% en 2030, para volver a situarse en un 55% en 2100. Hacia 2040, la proporción creciente de personas mayores superará a la de los menores de 15 años. Este punto marca un hito a partir del cual el proceso de envejecimiento se convertirá en el fenómeno demográfico preponderante. A partir de allí, los cambios de la estructura por edad estarán dominados por las implicaciones en las generaciones de personas mayores, más que en las jóvenes, y el envejecimiento y su incidencia sobre las demandas sociales serán la tendencia que dominará esta nueva era demográfica.

Dada la relación diferente que la población tiene con el consumo y las actividades productivas y reproductivas en las distintas etapas del ciclo de vida, el comportamiento de estas ondas de la población por edad tiene implicaciones importantes sobre las demandas y ofertas económicas y sociales (como se ilustrará con más detalle en el siguiente capítulo). De allí la relevancia de su análisis como elemento clave para el diseño de políticas públicas.

2. El fin de la sociedad juvenil

La transición de la estructura etaria se produce siguiendo una secuencia particular. Para ilustrarla, se divide a la población en cuatro grandes grupos de edad: población juvenil (de 0 a 19 años), adultos

jóvenes (de 20 a 39 años), adultos de mediana edad (de 40 a 59 años) y personas mayores (de 60 años y más). Como puede apreciarse en el gráfico II.15, es posible rastrear estos cambios a lo largo del tiempo. Desde antes de 2000 ocurre una oleada caracterizada por el declive de la población infantil (de 0 a 19 años), patrón que se repite una generación después con los adultos jóvenes y más tarde con los adultos de mediana edad. La fase final de la transición de la estructura etaria ocurre con la oleada de la población de personas mayores, que continúa creciendo hasta más allá de 2060.

Debido a que en el pasado las tasas de fecundidad tenían niveles de 5 o 6 hijos por mujer y luego cayeron a 2 hijos por mujer o menos, la generación nacida antes de esta disminución fue más cuantiosa que las posteriores. Probablemente no se verá una generación tan numerosa en el futuro. Conforme esta cohorte envejeció, fue abultando el conjunto de niños y jóvenes, después el de adultos jóvenes, luego el de adultos de mediana edad y finalmente el grupo de las personas mayores, tal como se aprecia en el gráfico II.15 en los máximos sucesivos de los grupos de edad.

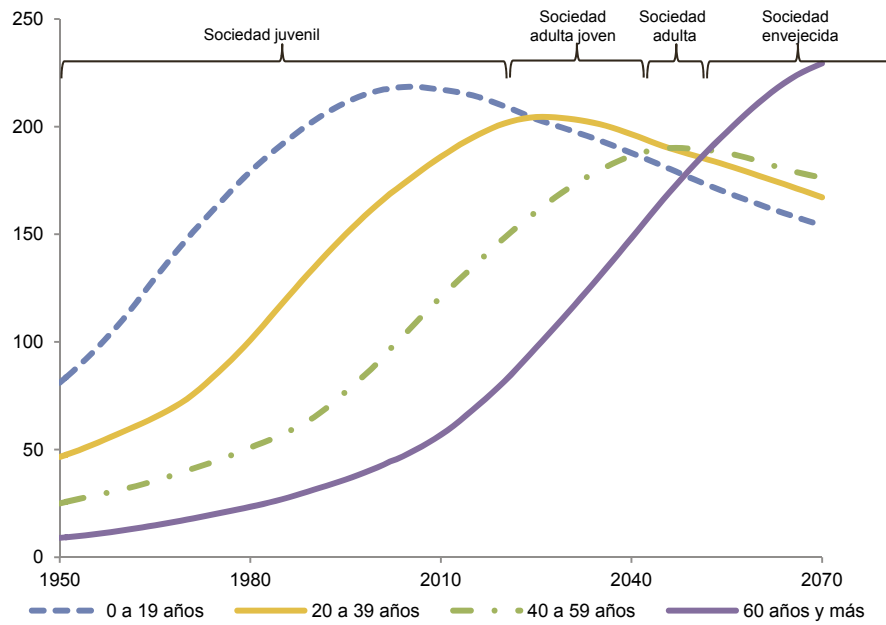
Los puntos de cruce de las trayectorias de los diferentes grupos de edad constituyen hitos importantes y marcan etapas diferentes de la transformación etaria. El punto de cruce de la curva de la población de 0 a 19 años con la del grupo de 20 a 39 años marca el fin de una primera etapa, la de la sociedad juvenil, e inicia una segunda fase, caracterizada por el predominio de la población adulta joven (de 20 a 39 años). El siguiente cruce de las curvas marca el fin de la etapa de la sociedad abundante en adultos jóvenes y el ingreso en la tercera etapa, de la sociedad abundante en adultos (de 40 a 59 años). A partir de allí se inicia la cuarta etapa, la de la preeminencia de las personas mayores, es decir, la etapa de las sociedades envejecidas.

En el gráfico II.16 puede observarse que el fin de las sociedades juveniles se experimentó (como mediana) en Europa aproximadamente a fines de la década de 1980, mientras que en América del Norte este cambio ocurrió durante la década de 1990. En Asia se presentará un poco antes que en América Latina y el Caribe, donde se espera hacia 2037, mientras que en Oceanía se observará durante la década de 2070 y en África durante la de 2090. Sucesivamente, las regiones pasarán por las etapas de predominio de adultos jóvenes, de adultos y personas mayores. Todas las regiones del mundo presentarán este paso a sociedades envejecidas dentro del presente siglo.

La asincronía de la transición de la estructura etaria es un fenómeno mundial. La diversidad es evidente en el mapa II.1a, que muestra el estado del mundo en 2010 de acuerdo a las cuatro etapas definidas. En 2010 había aún algunos países con abundancia de población juvenil —principalmente aquellos localizados en el África subsahariana. La mayor parte de América Latina, y de hecho la mayor parte de los países en desarrollo, se encontraba en esa fecha en la segunda etapa de la transformación de la estructura etaria, es decir, tenía un predominio de adultos jóvenes. China, los Estados Unidos, casi toda Europa y las economías avanzadas atravesaban la tercera etapa, pues su población de adultos de mediana edad registraba sus niveles más altos. El Japón es el único país del mundo que ya ha entrado a la etapa final de la transformación: una sociedad en la que abundan las personas mayores, que forman el grupo demográfico más relevante en términos de cantidad. Sin embargo, en el curso de este siglo, este nuevo perfil demográfico pasará a dominar el mundo: como se muestra en el mapa II.1b, en 2070 la mayoría de los países de Asia, Europa, América Latina y el Caribe y América del Norte tendrán sociedades abundantes en personas mayores o poblaciones envejecidas.

■ **Gráfico II.15**

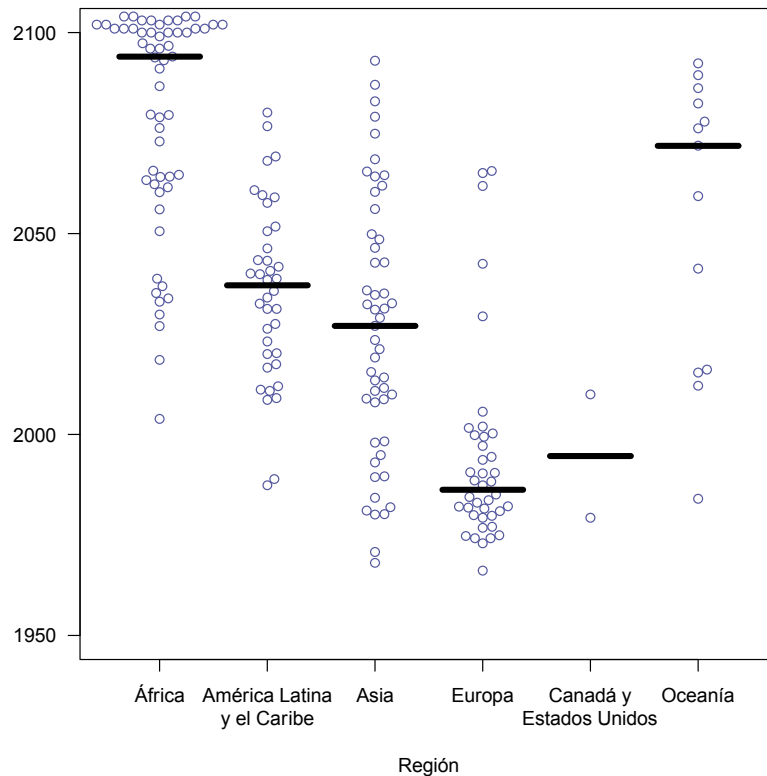
América Latina: población según grupos de edad, 1950-2070



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de United Nations, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, 2013.

■ **Gráfico II.16**

Año en que termina la sociedad juvenil



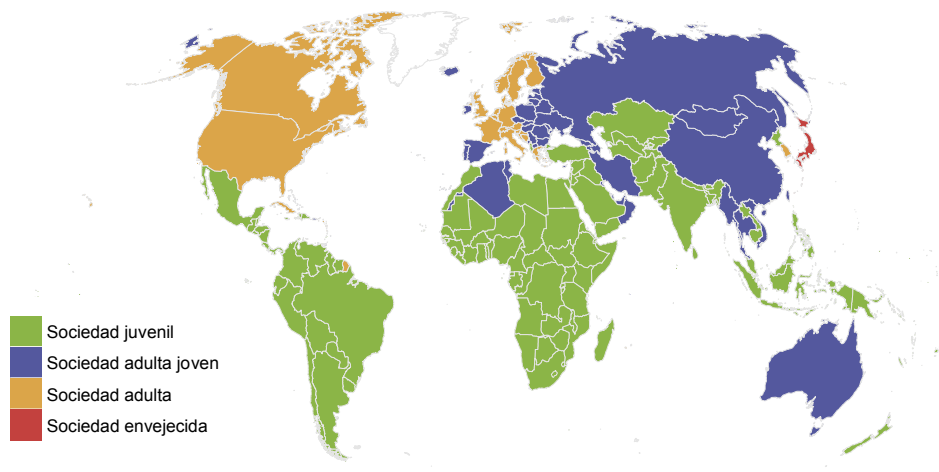
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de United Nations, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, 2013.

^a Cada país está representado por un círculo. La mediana de cada región está marcada con una línea.

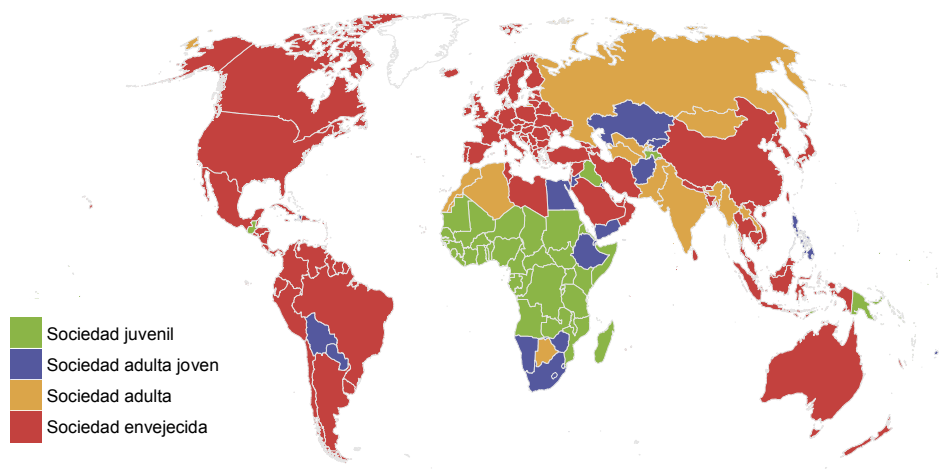
■ Mapa II.1

La transformación de la estructura etaria de la población en el mundo

A. 2010



B. 2070



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de United Nations, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, 2013.

3. La dependencia demográfica

Como consecuencia de la transformación de la estructura etaria, los países de la región experimentan actualmente, y también en el mediano plazo, un período en el que la relación de dependencia demográfica, es decir, la relación de la población potencialmente dependiente y la potencialmente activa, desciende a valores nunca antes observados. Este es un período particularmente importante para los países. Se trata de la fase del bono u oportunidad demográfica, durante el que los países, a través de las medidas adecuadas de reinversión social de los ahorros obtenidos, podrían lograr importantes avances en las condiciones determinantes del crecimiento económico y mejoras en materia de reducción de la pobreza y la desigualdad.

En el gráfico II.17 la relación de dependencia se ha desagregado en dos tramos que resultan significativos para las políticas públicas: la relación de dependencia de los jóvenes (población de 0 a 19 años dividida por la población de 20 a 64 años) y la relación de dependencia de las personas

mayores (población de 65 años y más dividida por la población de 20 a 64 años)¹⁸. La secuencia es muy clara: en 1950 los países de la región se alineaban en el sector de relaciones de dependencia de personas mayores muy bajas y de relaciones de dependencia de menores que tendían a ser altas. La Argentina y el Uruguay presentaban las relaciones de dependencia de menores más bajas (entre un 60% y un 80%), mientras en el otro extremo Guatemala, el Paraguay y la República Dominicana se acercaban a un nivel de 140 dependientes menores por cada 100 activos.

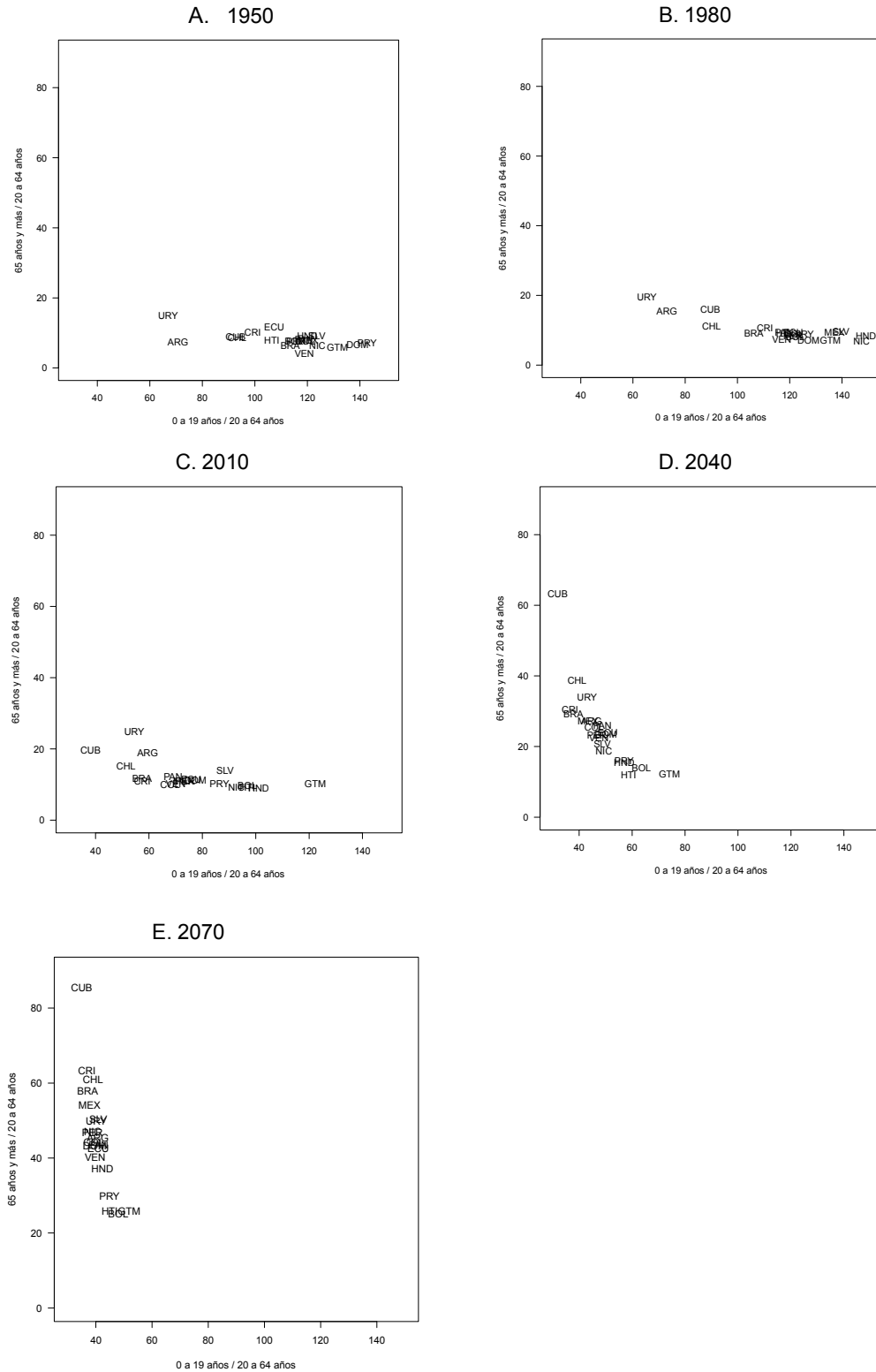
En la medida que se avanza en la transición demográfica, se inicia y se acelera el proceso de envejecimiento y las relaciones de dependencia de las personas mayores empiezan a subir. En 2010 ya había aumentado en varios países de la región: la Argentina, Chile, Cuba y el Uruguay. Al mismo tiempo se presentaba la máxima diversidad en la dependencia de los jóvenes, con niveles muy bajos en los países mencionados y altos en Guatemala, por encima del 120%. Ese año la diferencia entre los países respecto de este indicador era la máxima observada (una distancia intercuartílica de 30 puntos, el doble que la de 1950), lo que se relaciona directamente con las diferencias en el inicio y el ritmo del descenso de los niveles de la fecundidad en los distintos países.

Los cambios serán sustanciales hacia 2040. La nueva era demográfica se caracteriza por un rápido aumento de las relaciones de dependencia de las personas mayores en todos los países. Superará el 60% en Cuba y se acercará al 40% en Chile y el Uruguay, y habrá aumentado incluso en Guatemala. Pero el cambio impresionante del panorama demográfico en esta nueva era se apreciará claramente en 2070, cuando se pase a una distribución de las relaciones de dependencia diametralmente opuesta a la que se observaba en 1950. Ese año todos los países se alinearán en niveles muy bajos de relaciones de dependencia de jóvenes —una homogeneización de este rasgo—, y alcanzarán niveles elevados de la relación de dependencia de personas mayores, aunque con cierta variabilidad. Sin embargo, en términos generales, se producirá una clara tendencia a la homogeneización de este fenómeno, como también se ha visto en todos los otros componentes demográficos analizados.

¹⁸ La población en edad de trabajar se define como el grupo de 20 a 64 años, mientras que se consideran como dependientes los grupos de 0 a 19 años y los mayores de 65 años. Se escogieron estas divisiones para reflejar mejor la nueva realidad económica de estas poblaciones en el siglo XXI. Por supuesto, la dependencia demográfica es una medida bruta, y no captura la dependencia económica real ni refleja con precisión los cambios en los roles económicos a través del tiempo (por ejemplo, una persona de 17 años de edad solía considerarse parte de la fuerza de trabajo).

■ Gráfico II.17

América Latina: relaciones de dependencia de jóvenes y de personas mayores, 1950 a 2070



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de United Nations, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, 2013.

Fuente S. Huenchuan (2018), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*; Cap. II, pp. 49-78.

D. Situación sociodemográfica de las personas mayores en América Latina y el Caribe

1. Introducción

En este capítulo se presenta la situación de las personas de edad en relación con dos aspectos. Uno de ellos es el demográfico, conforme al cual se indaga sobre la magnitud de este grupo poblacional y su estructura por edad y sexo. Al respecto, dentro de las principales características de la población de 60 años y más de la región se encuentran su envejecimiento interno —esto es, el incremento del peso relativo de la población de 75 años y más— y el predominio femenino en la distribución por sexo.

El otro elemento se refiere a la caracterización de la población de personas mayores considerando género, origen étnico-racial, zona de residencia, existencia de discapacidad, rol dentro del hogar y composición de este, estado civil, educación y acceso a servicios básicos.

Para incluir el origen étnico y racial, se construyeron dos perfiles específicos: uno sobre el envejecimiento de los pueblos indígenas y otro, que corresponde al mismo tipo de análisis, acerca de las poblaciones afrodescendientes.

Se pone también el acento en la distribución urbano-rural de la población de personas de edad y en los factores que inciden en la dinámica del envejecimiento en las ciudades y el campo. Además, se investigan las características de la educación de las personas mayores y los cambios que se originan en las distintas trayectorias generacionales.

En relación con el análisis por hogar, se destaca que la medición del envejecimiento a esta escala suele ser más alta que la individual, que las personas mayores siguen asumiendo la jefatura de hogar y que las mujeres de edad también tienen un rol protagónico en este ámbito. Al igual que en otras secciones, se incluyen las diferencias que se observan entre las áreas rurales y urbanas.

En el presente capítulo se analiza una vez más el indicador aplicado a los 60 años. Se aprecia una mayor sobrevivencia femenina, pero se hace hincapié en las desventajas que esta puede acarrear si está acompañada de discapacidad.

En relación con esto último, se ofrece un panorama general de la situación de las personas mayores con discapacidad, poniendo énfasis en la necesidad de abordar su problemática desde un punto de vista social. Este cambio de perspectiva se observa también en la modernización de las mediciones que los países de la región están haciendo actualmente, conforme a la cual la discapacidad tiende a medirse a partir de las dificultades de las personas para desarrollar las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, lo que permite definir de manera más precisa a la población que tiene una condición de discapacidad.

Por último, se incluye un apartado sobre el acceso a los servicios básicos, que además de ser un factor determinante de la salud tiene incidencia directa en el esfuerzo que las personas mayores despliegan para realizar sus actividades cotidianas —sobre todo en el campo— y, por ende, en su calidad de vida.

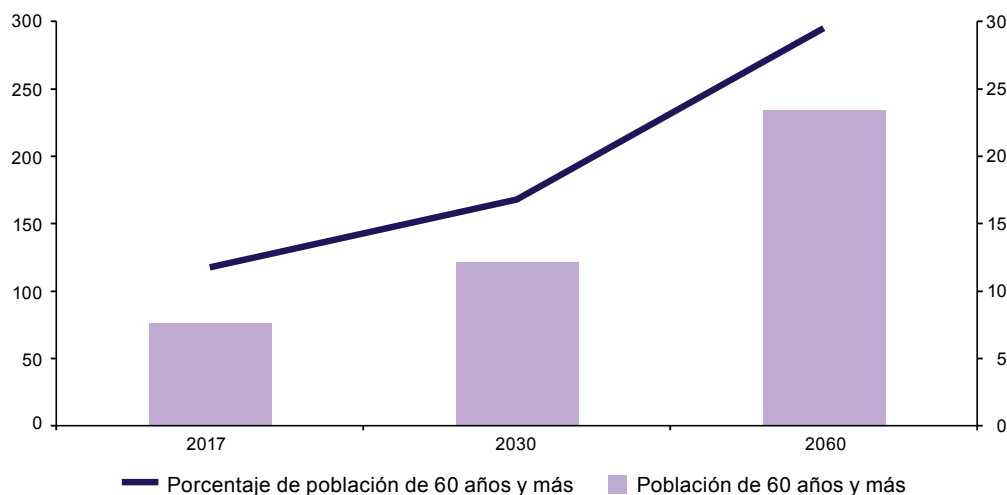
La información disponible para abordar la situación sociodemográfica de las personas de edad sigue siendo limitada. En este capítulo, además de las proyecciones de población elaboradas por las Naciones Unidas, se utilizan los censos de población, que permiten analizar cómo varía la situación de las personas mayores cada diez años.

2. Tamaño de la población y estructura por sexo y edad

Según las estimaciones y proyecciones de las Naciones Unidas, en 2017 había 76,3 millones de personas mayores en América Latina y el Caribe, que representaban el 12% de la población regional. En 2030 esta población ascenderá a 121 millones y, de ese modo, las personas mayores representarán el 17% de la población total de la región. En 2060, este porcentaje corresponderá al 30% y habrá alrededor de 234 millones de personas de edad (véase el gráfico II.18).

■ Gráfico II.18

América Latina y el Caribe: número y proporción de personas de 60 años y más, 2017-2060
(En millones de personas y porcentajes)



Fuente: Naciones Unidas, “World Population Prospects: The 2015 Revision. Key Findings and Advance Tables”, Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

Como se aprecia en el gráfico II.18, el aumento absoluto y relativo del grupo de personas de 60 años y más será muy rápido. Entre 2017 y 2030 se incrementará a un ritmo promedio anual del 3,5%, y en el período de 2030 a 2060 lo hará en forma aún más acelerada, puesto que la tasa de crecimiento estimada para ese período es del 5,1% anual en promedio.

Desde que se inició el proceso de envejecimiento en la región, se observa un predominio femenino entre las personas mayores y las proyecciones muestran que esto seguirá siendo de ese modo. Actualmente, el índice de feminidad (número de mujeres por cada 100 hombres) en ese grupo etario es de 122,7 y no cambiará de aquí a 2030 (véase el cuadro II.1). Solo se aprecia un leve descenso de este indicador en 2060, aunque todavía es superior el número de mujeres (115 por cada 100 hombres).

■ Cuadro II.1

América Latina y el Caribe: número y proporción de personas de 60 años y más, según sexo, 2017-2060
(En miles de personas y porcentajes)

Año	Mujeres		Hombres		Índice de feminidad
	(en miles de personas)	(en porcentajes)	(en miles de personas)	(en porcentajes)	
2017	42 038	12,8	34 253	10,7	122,7
2030	66 611	18,2	54 348	15,3	122,6
2060	125 098	31,2	108 746	27,7	115,0

Fuente: Naciones Unidas, “World Population Prospects: The 2015 Revision. Key Findings and Advance Tables”, Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

■ Recuadro II.1

El envejecimiento demográfico de los pueblos indígenas

Según el último censo de población disponible para 11 países de la región, en términos generales, se constata que las poblaciones indígenas continúan siendo más jóvenes que las que no lo son. No obstante, la información reciente indica que en los pueblos indígenas se ha ido perfilando con mayor claridad una disminución del peso relativo de las nuevas generaciones, vinculada con el descenso de las tasas de fecundidad. Sin dudas, este fenómeno evidencia un cambio de las pautas reproductivas, al menos respecto de la cantidad de hijos que tienen en promedio las mujeres indígenas en la actualidad.

Las poblaciones indígenas más jóvenes se encuentran en Colombia y Panamá, donde no se observan señales claras de envejecimiento. Asimismo, los contrastes entre población indígena y no indígena son notables en el Brasil, Panamá y Venezuela (República Bolivariana de), debido al envejecimiento avanzado de la población no indígena. Por otra parte, en el Ecuador y Nicaragua se observa que las estructuras de la población indígena son menos jóvenes que en los países antes mencionados. En Costa Rica y la Argentina, así como en el Uruguay, la población indígena presenta una estructura claramente envejecida, pero no hay que olvidar que estos países se encuentran en una etapa muy avanzada de la transición demográfica y del envejecimiento a nivel nacional.

Una publicación reciente sobre pueblos indígenas de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2017) indica que es necesario considerar que la composición por edades de la población indígena es diferente según los pueblos de que se trate, puesto que la dinámica demográfica, y en particular la fecundidad, están íntimamente relacionadas con la organización cultural y social de cada pueblo en su respectivo contexto territorial. Al revisar la estructura de la población de algunos pueblos seleccionados que habitan en tres países de la región, la conclusión a la que se llega es que los promedios de la población indígena pueden esconder importantes diferencias entre pueblos en cuanto al estadio de transición demográfica y de envejecimiento en que se encuentran y a su potencial de crecimiento.

Por cierto, hay diferencias entre áreas urbanas y rurales. Por ejemplo, de acuerdo con un estudio realizado a partir de los censos de 2010, en las ciudades las personas indígenas están en su mayoría en edades reproductivas y económicamente activas (entre los 15 y los 59 años), y se destaca la menor proporción de niñas y adolescentes menores de 15 años en comparación con el peso relativo que este grupo etario tiene en el campo. La estructura etaria de la ciudad se debe principalmente a las migraciones y al desplazamiento desde los territorios de origen. En el caso de las mujeres indígenas, implica que muchas que son adultas y adultas jóvenes migran sin sus hijos, los que probablemente se quedan en el campo al cuidado de otras mujeres de la comunidad, sobre todo mujeres mayores. Esto podría indicar la fragmentación de familias y comunidades, en gran parte como consecuencia de la migración en busca de mejores condiciones de vida, aunque no puede descartarse que esta responda a estrategias de sobrevivencia inherentes a los pueblos indígenas, en que las mujeres asumen un rol protagónico.

De la observación de las estructuras etarias se desprende también que en 9 de los 11 países de los que hay datos disponibles, el porcentaje de mujeres indígenas mayores (de 60 años y más) es superior al de hombres de esas características (la excepción la constituyen Costa Rica y Panamá). Esto se explica por el hecho de que la esperanza de vida femenina suele ser mayor que la masculina. Además, en un estudio de la CEPAL se muestra que en algunos países, como el Brasil, Costa Rica, México y el Uruguay, entre un 10% y un 18% de las indígenas que viven en zonas urbanas tienen 60 años o más, situación que amerita un examen dadas las inequidades de género que suelen afectar a las mujeres de edad avanzada. Este análisis debería basarse en que la mujer ha debido enfrentar un acceso desigual a las oportunidades a lo largo de la vida, lo que tiene un efecto nocivo de carácter acumulativo en el bienestar social, económico y psicológico. En principio, entre los pueblos indígenas la vejez no tiene una connotación negativa, sino que representa más bien la continuidad cultural; de hecho, el estatus y el rol social pueden incluso mejorar en la medida en que se envejece, ya que las personas de edad son quienes atesoran la sabiduría y la memoria colectiva, que debe ser transmitida para la reproducción cultural del pueblo. Sin embargo, es posible que esas concepciones no sean igualmente válidas para los hombres y las mujeres indígenas.

Del Popolo (2018) plantea que, en las ciudades, la vulnerabilidad de las mujeres indígenas mayores puede incluso acrecentarse debido a la modernidad, que erosiona el estatus social de las personas de edad y el respeto hacia ellas, produciendo una pérdida de los roles tradicionales y de su valoración. A ello se suman las condiciones de pobreza y marginación que experimentan.

En el estudio se concluye que existen factores sociales y culturales que afectan el equilibrio demográfico y la composición por sexo y edad de la población indígena en cada uno de los países de la región, los que requieren un examen pormenorizado.

Fuente: F. del Popolo (ed.), *Los pueblos indígenas en América (Abya Yala): desafíos para la igualdad en la diversidad*, Libros de la CEPAL, N° 151 (LC/PUB.2017/26), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2018; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), "Situación de las personas afrodescendientes en América Latina y desafíos de políticas para la garantía de sus derechos", Documentos de Proyectos (LC/TS.2017/121), Santiago, 2017.

■ Recuadro II.2

El envejecimiento demográfico de la población afrodescendiente

En cuanto a los perfiles demográficos, las cifras censales permiten constatar que las poblaciones afrodescendientes se encuentran en una etapa plena o avanzada de su transición demográfica —lo que se refleja en sus estructuras por sexo y edad—, sobre todo por efecto de los descensos en los niveles de fecundidad, pero también debido a la reducción de la mortalidad y la prolongación de la vida. Al respecto, se presentan los porcentajes de población afrodescendiente y no afrodescendiente de 60 años y más en 12 países de la región. A partir de esta información es posible realizar al menos dos lecturas, según se compare la situación de la población afrodescendiente entre países o se privilegie la comparación étnico-racial dentro de cada país.

A simple vista, los países con una mayor proporción de personas de edad afrodescendientes son la Argentina, Cuba, Panamá, el Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de). En todos ellos esta cifra supera el 10% y en Cuba alcanza el 15,2%; mientras, en el Estado Plurinacional de Bolivia y el Ecuador el peso relativo de las personas mayores afrodescendientes no llega al 7%. En síntesis, aun cuando se observa una cierta convergencia respecto a la composición etaria de la población afrodescendiente, esta revela a su vez diferentes situaciones en los países de la región, pues algunos tienen estructuras más envejecidas que otros. Una segunda lectura, complementaria a la anterior, permite afirmar que, aunque la población afrodescendiente se encuentre en un estadio pleno avanzado de su transición demográfica, en la mayoría de los países es relativamente más joven que el resto de la población. Esto es evidente, por ejemplo, en Cuba y el Uruguay, que a pesar de encontrarse en una etapa postransicional tienen poblaciones afrodescendientes menos envejecidas. Sin embargo, en Honduras, Nicaragua, Panamá y Venezuela (República Bolivariana de) ocurre la situación contraria, es decir, las poblaciones afrodescendientes están más envejecidas que el resto de la población. En los tres primeros países, esto al menos sería coherente con los niveles de la fecundidad afrodescendiente, que según estimaciones indirectas realizadas a partir de los censos son inferiores a los del resto de la población. En cambio, en Venezuela (República Bolivariana de) la fecundidad de la población afrodescendiente es superior a aquella de la población que no lo es, pero la pirámide poblacional de la primera muestra un mayor envejecimiento; esto hace pensar que podría haber una declaración étnico-racial diferencial según sexo y edad, pues se percibe una gran subestimación de los niños y niñas afrodescendientes, como también de las mujeres.

En el documento “Situación de las personas afrodescendientes en América Latina y desafíos de políticas para la garantía de sus derechos” se realiza un análisis de las tasas de dependencia demográfica y se concluye que estas son favorables, es decir, esta población registra una mayor proporción de personas en edad de trabajar respecto de aquellas potencialmente inactivas. Si bien el primer bono demográfico es más beneficioso entre las poblaciones afrodescendientes (es decir, estas tienen menores índices de dependencia), para poder aprovecharlo es necesario, entre otras cosas, afrontar las desigualdades en salud, puesto que, de no hacerlo, y frente a las presiones demográficas del envejecimiento, los riesgos acumulados conducirán a que en la vejez estas desigualdades se incrementen, como se atisba al observar la prevalencia de la discapacidad.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), “Situación de las personas afrodescendientes en América Latina y desafíos de políticas para la garantía de sus derechos”, *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2017/121), Santiago, 2017; datos censales de los respectivos países.

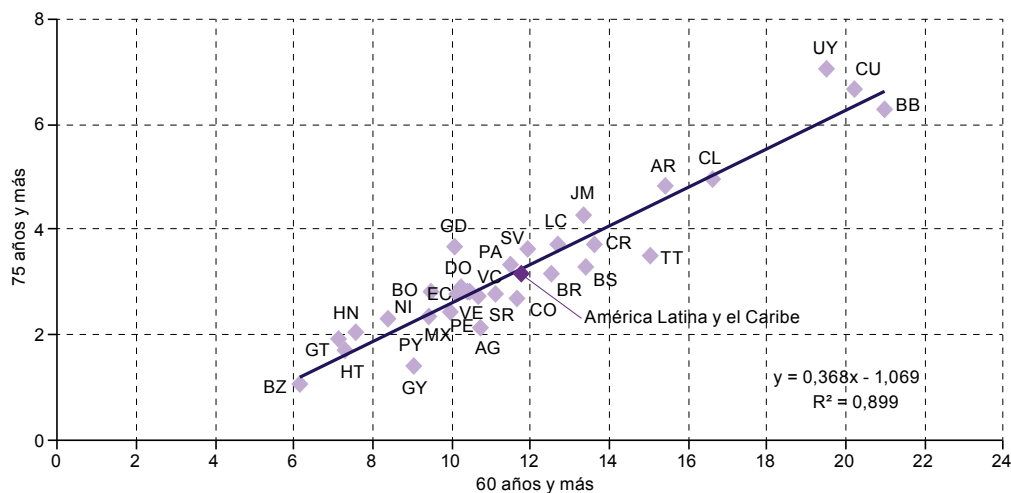
2. Envejecimiento interno

Otra característica importante del grupo de las personas mayores es su envejecimiento interno (véase el gráfico II.19). Si diferenciamos a las personas mayores según su edad, se constata que los países que se encuentran en fases más tempranas del envejecimiento presentan proporciones menores de personas de 75 años y más. Es decir, las cohortes que se han incorporado a ese grupo lo han hecho en forma más bien reciente y, por tanto, se ubican principalmente en el grupo de 60 a 74 años de edad. Además, en esos países la sobrevivencia después de los 75 años no es tan elevada.

En el gráfico II.19 se relacionan dos indicadores —el porcentaje de población de 60 años y más y el de población de 75 años y más— y cada punto representa a un país de la región con ambos atributos. En 2017, Barbados, Cuba y el Uruguay registran porcentajes de población de 60 años y más superiores al 20% y de población de 75 años y más que van del 6% al 7%. En el otro extremo se ubican Belice, Guatemala, Guyana y Haití con un porcentaje de personas de 75 años y más inferior al 2%. En el resto de los países de la región este porcentaje no supera el 4%, mientras que el de personas de 60 años y más es inferior al 16%.

■ **Gráfico II.19**

América Latina y el Caribe (31 países): población de 60 años y más y de 75 años y más, 2017
(En porcentajes)



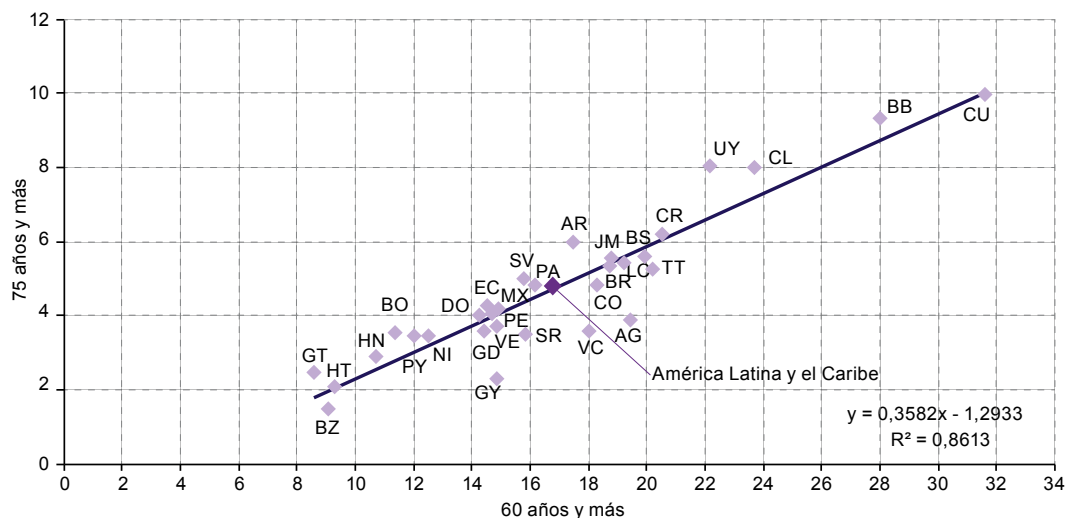
Fuente: Naciones Unidas, “World Population Prospects: The 2015 Revision. Key Findings and Advance Tables”, Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

En el gráfico II.20 se expone la situación para 2030 y se observa que la proporción de personas de 60 años y más aumenta, con respecto a 2017, en todos los países y se ubica entre un 9% y un 32%. Además, existe una correlación directa entre el porcentaje de personas mayores y el de población de 75 años y más. Cuba continúa en la delantera con los valores más elevados para ambos indicadores, y le siguen Barbados (28% y 9,3%, respectivamente), Chile (23,7% y 8%) y el Uruguay (22% y 8%). Los porcentajes menores siguen presentándose en los países más rezagados respecto de la transición demográfica, que se encuentran en las etapas iniciales del proceso de envejecimiento: Guatemala (8,6% y 2,5%), Belice (9,1% y 1,5%), Haití (9,3% y 2,1%) y Guyana (14,9% y 2,3%).

En directa relación con el aumento del porcentaje de personas de 75 años y más está el incremento de la esperanza de vida de las personas mayores —por ejemplo, las de 60 años de edad, como se expone en el recuadro II.3—, ya que esta ha incidido en una notoria prolongación de la vida, especialmente en los países donde el envejecimiento demográfico está más avanzado.

■ **Gráfico II.20**

América Latina y el Caribe (31 países): población de 60 años y más y de 75 años y más, 2030
(En porcentajes)



Fuente: Naciones Unidas, “World Population Prospects: The 2015 Revision. Key Findings and Advance Tables”, Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

Es relevante para los países conocer y tener presente este aumento del porcentaje de población de 75 años y más, así como analizar las características que presenta este subgrupo de población y evaluar cuál será la tendencia de su crecimiento en las próximas décadas, puesto que estas personas suelen presentar una menor autonomía y mayores limitaciones, que pueden ocasionar discapacidad en edades avanzadas.

■ **Recuadro II.3**

La sobrevivencia después de los 60 años de edad

En todos los países de la región se aprecia un aumento de la esperanza de vida a los 60 años. En América Latina y el Caribe, a una persona de 60 años de edad le quedan por vivir, en promedio, 22,4 años en el quinquenio 2015-2020 (véase el cuadro siguiente). Cabe señalar que existen diferencias según sexo, especialmente en los países donde el nivel de mortalidad es bajo: las mujeres presentan una mayor sobrevivencia y aventajan a los hombres en 3,2 años en promedio. Chile, Costa Rica, Cuba y Panamá presentan la mayor sobrevivencia a los 60 años de edad, que oscila entre 23 y 26 años; además, las brechas de esperanza de vida a los 60 años entre hombres y mujeres son superiores a 5 años en estos países. Las personas mayores continuarán ganando años de vida en la región: la esperanza de vida a los 60 años será de 24 años en el periodo de 2030 a 2035 y entre 2060 y 2065 aumentará a 27.

Las mujeres seguirán viviendo, en promedio, más años que los hombres, aunque existirán diferencias entre un país y otro. Entre 2030 y 2035, la Argentina, Trinidad y Tabago y el Uruguay presentarán las mayores brechas entre mujeres y hombres, que serán de 5 años, mientras que en Guyana y Haití solo alcanzarán los dos años. En el período comprendido entre 2060 y 2065, la Argentina, Belice, Chile, Suriname, Trinidad y Tabago y el Uruguay registrarán diferencias de esperanza de vida de 4 años entre mujeres y hombres.

Reuadro II.3 (conclusión)

América Latina y el Caribe: esperanza de vida a los 60 años, según sexo y subregiones, 2015-2065*(En número de años)*

	2015-2020			2030-2035			2060-2065		
	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
América Latina y el Caribe	20,7	23,9	22,4	22,2	25,6	24,0	25,7	28,3	27,0
El Caribe	20,8	23,7	22,3	22,2	25,0	23,6	23,9	26,6	25,3
Centroamérica	22,0	24,1	23,1	23,4	25,6	24,5	26,7	28,3	27,5
América del Sur	20,2	23,9	22,2	21,9	25,6	23,8	25,4	28,5	27,0

Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision. Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision. Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

3. Diferencias territoriales de las estadísticas sobre personas mayores

Las cifras a nivel nacional relativas a las personas mayores ocultan diferencias territoriales en cada país. Esto ocurre, por ejemplo, según se trate de áreas urbanas o rurales, a causa, en gran medida, de la notable diferencia en materia de transición demográfica entre estos dos ámbitos, que se ha traducido en un envejecimiento particularmente acentuado en el primero. Sin embargo, este resultado no se verifica con mayor nitidez debido al efecto de la migración interna, en particular, de la corriente del campo a la ciudad, que sin ser la migración más cuantiosa en la mayoría de los países de la región (la corriente entre ciudades es la principal) sigue siendo más numerosa que la movilidad en sentido inverso y, por ende, implica una transferencia neta de población del campo a la ciudad (CEPAL, 2012).

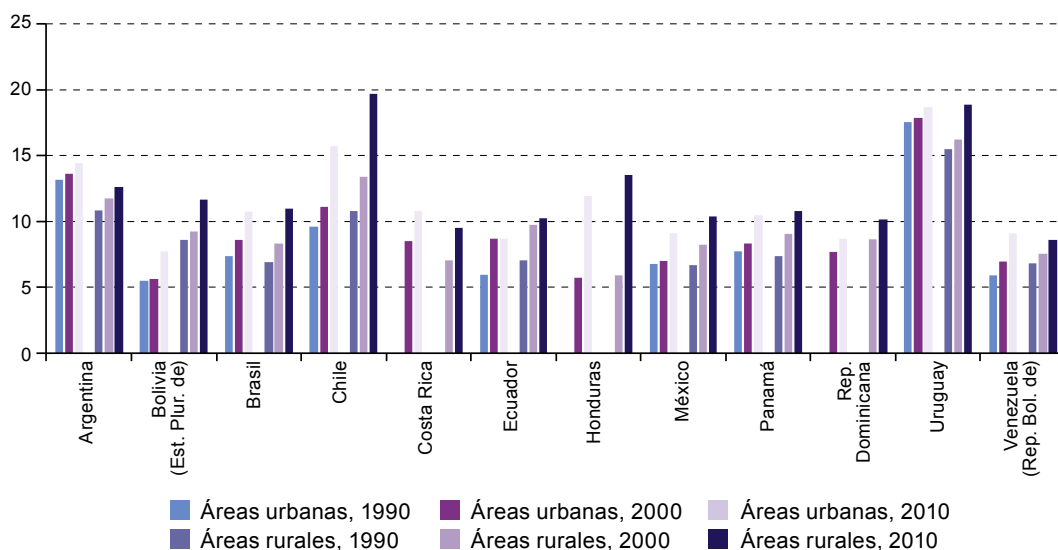
Como la mayor parte de la población que migra desde zonas rurales hacia zonas urbanas se encuentra en edad laboral, el resultado de esta corriente migratoria es un envejecimiento prematuro del campo (donde, en rigor, se aprecia una relación de dependencia mucho más elevada que la que habría en ausencia de la migración entre el campo y la ciudad) y un engrosamiento extraordinario de las edades intermedias en las ciudades, junto con una sobrerrepresentación femenina (CEPAL, 2003 y 2012). Esto no significa, en todo caso, que el ámbito urbano esté menos envejecido que el rural. Los datos, de hecho, muestran que en la actualidad el envejecimiento de las áreas urbanas casi coincide con la cifra a nivel nacional. A raíz de que la transición demográfica está mucho más avanzada en la zona urbana, el porcentaje de personas mayores debería ser más elevado, pero no lo es debido a la salida de jóvenes del campo a la ciudad. La selectividad según sexo de la migración interna en América Latina y el Caribe —que presenta mayor movimiento entre las mujeres (Rodríguez, 2004)— se manifiesta en las diferencias entre el envejecimiento urbano y rural en el caso de hombres y mujeres.

El proceso de envejecimiento de la región convive con dos rasgos territoriales: i) un amplio predominio de la localización urbana de las personas mayores, que influye en sus requerimientos y condiciones de vida, y ii) un envejecimiento prematuro del campo, que influye en el desarrollo y

el perfil de demandas del ámbito rural. Este escenario regional varía de un país a otro, ya que en algunos (Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Ecuador, Honduras, México, Panamá y República Dominicana) la población del campo está más envejecida que la urbana, mientras que en otros (Brasil, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de)) las poblaciones rural y urbana tienen un grado similar de envejecimiento o la evolución de este ha sido un tanto errática. En un tercer grupo de países, en tanto, la población urbana está más envejecida que la rural (Argentina, Costa Rica y Cuba) (véase el gráfico II.21)

■ **Gráfico II.21**

América Latina y el Caribe (12 países): población de 60 años y más en las áreas urbanas y rurales, censos de 1990, 2000 y 2010
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Distribución Espacial de la Población y Urbanización en América Latina y el Caribe (DEPUALC), 2017 [base de datos en línea] <https://celade.cepal.org/bdcelade/depualc/>.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 10 y 11, que hacen referencia, respectivamente, a “Reducir la desigualdad en los países y entre ellos” y “Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles”, contienen algunas metas que, de manera directa o indirecta, abordan el tema de las diferencias que existen al envejecer en áreas urbanas o rurales. Las áreas rurales de los países de la región tienen condiciones desventajosas de tipo social y económico —por ejemplo, no siempre son expeditos los sistemas de protección social—, así como de acceso a servicios básicos y a servicios de salud de mayor complejidad. Estas situaciones se acentúan en el caso de las personas de edad cuando viven en áreas rurales dispersas, que están alejadas de centros urbanos con más infraestructura hospitalaria o de servicios, y si los medios de transporte públicos no cuentan con la frecuencia necesaria para llegar a estas áreas urbanas ni están acondicionados para transportar a personas de edad con algún tipo de limitación física o discapacidad. Si bien la región es cada vez más urbana, las políticas y programas orientados a personas mayores deben considerar a las que siguen viviendo en el campo o presentan ciertas particularidades que deben ser atendidas. De este modo, si los gobiernos quieren llevar a la realidad el lema de la Agenda 2030 “no dejar a nadie atrás” es importante que tengan en cuenta las características y rezagos de las áreas rurales, que se hacen más patentes en el caso de las personas de edad.

4. Las personas mayores en las ciudades

Las ciudades y sus componentes conforman una escala territorial menor para el estudio del envejecimiento. América Latina y el Caribe tiene una gran diversidad de ciudades según su tamaño, configuración y función, y en el cuadro II.2 se presentan datos, de los censos de las décadas de 2000 y 2010, acerca del proceso de envejecimiento de la población en 12 ciudades de la región que tienen 1 millón de habitantes o más. El porcentaje de personas de 60 años y más da cuenta de que, independientemente de la escala geográfica de análisis, el proceso de envejecimiento continúa, con distintas intensidades dependiendo de la etapa de la transición demográfica en que se encuentre cada país.

Las variaciones relativas al envejecimiento de algunas grandes ciudades se pueden observar en el cuadro II.2. El Gran Buenos Aires es la ciudad más envejecida de las seleccionadas: el porcentaje de personas mayores no varió mucho de un censo a otro, pero se ha mantenido sobre el porcentaje promedio a nivel nacional y urbano. Río de Janeiro fue la segunda ciudad más envejecida en 2010 y presenta una proporción de personas mayores superior a la media nacional y urbana en ese año y en 2000. La tercera ciudad en términos de envejecimiento es Caracas, donde las personas mayores representaron el 12,7% de la población total en 2011, proporción que aumentó en forma considerable de un censo a otro y continuó siendo superior a la media nacional y urbana. En São Paulo, las personas mayores aumentaron 3 puntos porcentuales de un censo a otro, aunque en 2000 el porcentaje estaba por debajo de los promedios nacional y urbano y en 2010 fue muy similar a estos. Quito presentaba un porcentaje de personas de edad inferior al promedio nacional y urbano en 2001, pero en el último censo, de 2010, la proporción de población de 60 años y más es superior a la de las áreas urbanas e igual al promedio nacional. Guayaquil, por su parte, es la ciudad menos envejecida, con una proporción de personas mayores del 8,6% en 2000 y del 8,4% en 2010. Las personas de edad que residen en Ciudad de México representan el 9,9% en 2010, cifra que supera al promedio nacional y urbano. En cambio, el porcentaje de personas mayores de la ciudad de Panamá ha sido similar a la media nacional y urbana durante el período analizado.

■ Cuadro II.2

América Latina (12 ciudades): población total, población de 60 años y más e indicadores de envejecimiento, censos de 2000 y 2010

Ciudad	Año del censo	Población (en número de personas)		Personas mayores (en porcentajes)	Relación de dependencia en la vejez	Índice de envejecimiento
		Total	De 60 años y más			
Gran Buenos Aires	2001	12 046 602	1 827 204	15,2	25,3	60,9
	2010	13 578 548	2 091 150	15,4	25,2	65,5
La Paz	2001	1 436 935	85 280	5,9	9,9	17,3
	2012	1 687 426	137 999	8,2	13,0	28,5
São Paulo	2000	17 076 766	1 345 346	7,9	12,6	31,9
	2010	19 459 583	2 079 309	10,7	15,8	48,8
Río de Janeiro	2000	11 056 863	1 158 738	10,5	17,2	44,9
	2010	11 777 368	1 569 295	13,3	20,2	64,0
San José	2000	1 031 817	93 157	9,0	14,3	32,4
	2011	1 202 680	142 381	11,8	17,9	53,9

Las dimensiones del envejecimiento y los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe

Cuadro II.2 (conclusión)

Ciudad	Año del censo	Población (en número de personas)		Personas mayores (en porcentajes)	Relación de dependencia en la vejez	Índice de envejecimiento
		Total	De 60 años y más			
Quito	2001	1 399 378	117 474	8,4	13,3	29,4
	2010	1 607 734	149 984	9,3	14,6	34,8
Guayaquil	2001	2 159 910	185 799	8,6	13,9	29,2
	2010	2 509 530	210 652	8,4	13,4	29,1
Tegucigalpa	2001	773 978	41 326	5,3	8,9	15,4
	2013	1 055 729	77 694	7,4	12,3	25,1
Ciudad de México	2000	17 506 282	1 220 766	7,0	11,0	23,9
	2010	19 519 434	1 935 139	9,9	15,2	39,8
Panamá	2000	1 212 435	97 460	8,0	12,6	28,8
	2010	1 577 959	158 024	10,0	15,6	38,9
Santo Domingo	2002	2 148 261	157 724	7,3	11,9	23,7
	2010	3 119 494	253 277	8,1	12,9	28,3
Caracas	2001	2 876 858	276 313	9,6	14,9	37,2
	2011	2 901 918	369 677	12,7	19,3	59,8

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Distribución Espacial de la Población y Urbanización en América Latina y el Caribe (DEPUALC), 2017 [base de datos en línea] <https://celade.cepal.org/bdcelade/depualc/>.

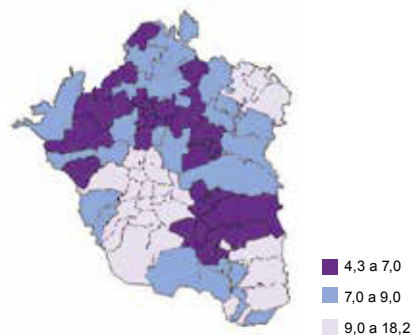
Buenos Aires, Río de Janeiro y Caracas son las ciudades que registran los índices más altos de dependencia en la vejez y de envejecimiento: en 2010, en estas ciudades había 25, 20 y 19 personas de 60 años y más por cada 100 potencialmente activas, respectivamente, mientras que por cada 100 habitantes menores de 15 años había entre 60 y 65 personas mayores. El resto de las ciudades analizadas respecto de la década de 2010 presenta relaciones de dependencia en la vejez menores al 18%. Se destaca Tegucigalpa por exhibir la menor relación de dependencia en la vejez (12 personas de 60 años y más por cada 100 potencialmente activas). Una situación similar se observa al analizar el índice de envejecimiento, ya que en esa ciudad hay 25 personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15 años.

En el mapa II.2, se presenta la proporción de personas mayores según las divisiones administrativas menores que componen algunas de estas grandes ciudades. En los cuatro aglomerados metropolitanos analizados se constata que la mayor proporción de personas mayores se localiza en las áreas céntricas y más antiguas de la ciudad. Por ejemplo, más del 15% de la población de seis municipios centrales de Ciudad de México tiene 60 años y más; en la ciudad de Panamá, los distritos que presentan la mayor proporción de personas mayores (sobre el 10%) son los dos más antiguos (Panamá y San Miguelito), y los cantones centrales de San José tienen proporciones de personas de edad superiores al 11% de la población. São Paulo presenta un comportamiento algo diferente, ya que tanto varios municipios centrales como otros localizados hacia la periferia de la ciudad presentan valores superiores al 9,8%.

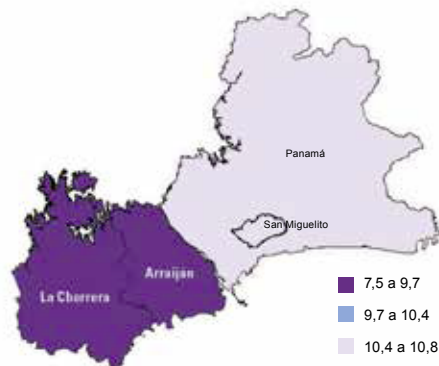
■ **Mapa II.2**

América Latina (4 ciudades): población de 60 años y más, según división administrativa menor, censos de la década de 2010
(En porcentajes)

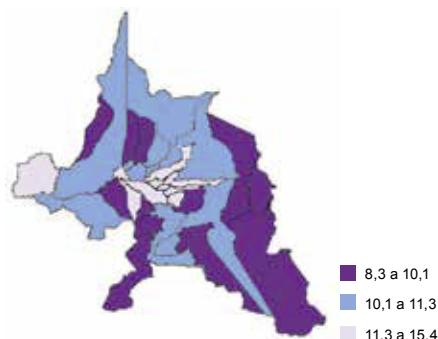
A. Ciudad de México (municipios), 2010



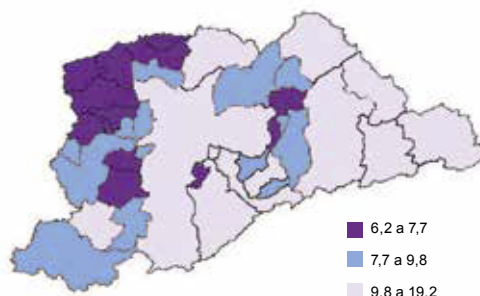
B. Panamá (distritos), 2010



C. San José (cantones), 2011



D. São Paulo (municipios), 2010



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Distribución Espacial de la Población y Urbanización en América Latina y el Caribe (DEPUALC), 2017 [base de datos en línea] <https://celade.cepal.org/bdcelade/depualc/>.

5. El acceso a la educación formal por generaciones

En el pasado, un rasgo característico de las personas mayores era su nivel educativo más bajo, fruto de las desigualdades de acceso a la educación que este grupo poblacional había experimentado en su formación. Con el transcurso de las décadas esta situación tiende a cambiar —y un claro ejemplo es la disminución del porcentaje de analfabetismo en las personas mayores, como se muestra en el cuadro II.3—, debido a que son cohortes más educadas porque disfrutaron de un mayor acceso a la educación formal cuando eran jóvenes o tuvieron una alfabetización más tardía gracias a los importantes programas de alfabetización puestos en marcha por los Estados. Sin embargo, aún persisten brechas entre un país y otro: mientras que el Uruguay presentaba un porcentaje de analfabetismo del 3% en 2010, en Bolivia (Estado Plurinacional de) y la República Dominicana ese porcentaje era del 30%. Además, en los países se mantienen las diferencias entre las áreas urbanas y rurales y entre hombres y mujeres.

■ Cuadro II.3

América Latina (10 países): población analfabeta de 60 años y más, según sexo, censos de 1990, 2000 y 2010

(En porcentajes)

País	1990			2000			2010		
	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
Argentina	10,7	12,4	11,6	5,4	6,1	5,8	4,0	4,4	4,2
Bolivia (Estado Plurinacional de)	38,1	67,2	53,5	30,3	62,3	47,5	17,9	40,8	30,2
Brasil	39,3	47,0	43,4	31,2	36,6	34,2	24,9	27,4	26,3
Costa Rica	-	-	-	16,5	16,1	16,3	8,0	8,0	8,0
Ecuador	27,7	38,9	33,5	21,6	29,3	25,6	19,6	28,2	24,1
México	-	-	-	24,1	36,0	30,4	18,7	27,5	23,4
Panamá	28,1	28,7	28,4	22,6	23,0	22,8	16,7	17,2	16,9
República Dominicana	-	-	-	29,8	35,5	32,7	28,8	31,7	30,3
Uruguay	8,5	6,5	7,4	-	-	-	3,8	2,5	3,0
Venezuela (República Bolivariana de)	25,0	32,6	29,1	21,4	29,5	25,8	14,6	18,0	16,4

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Sistema de recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM); sobre la base de microdatos censales de los respectivos países.

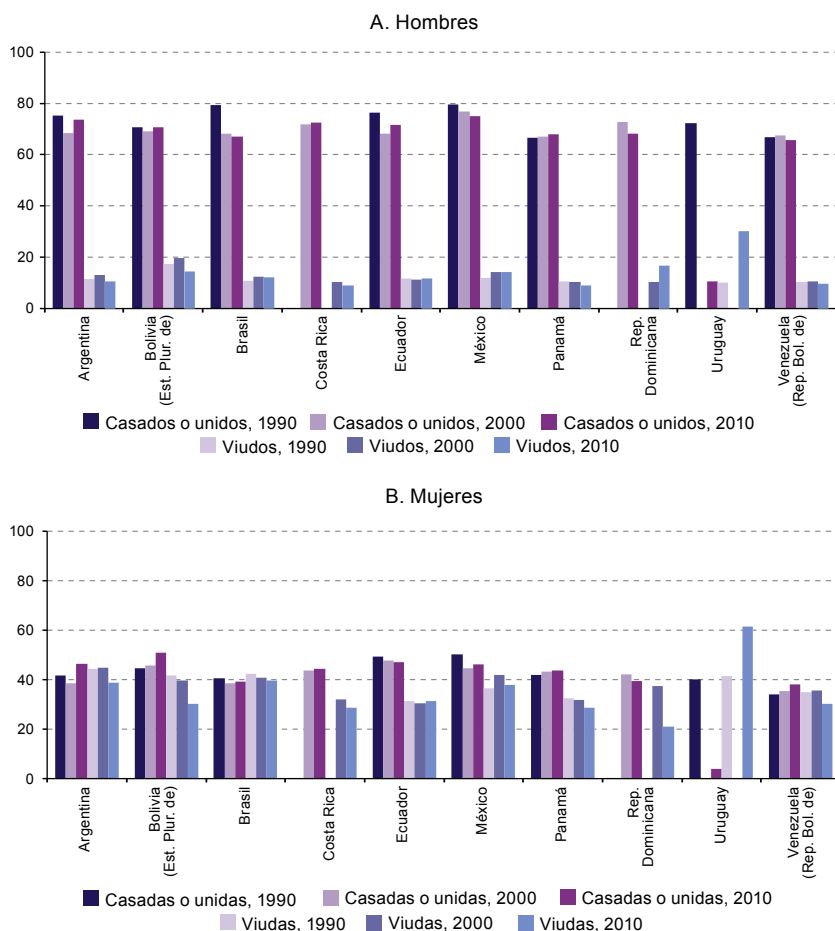
Es alentador constatar que en esta década las cohortes que se incorporan a la población de personas mayores tienen mayor nivel de instrucción que en décadas pasadas, y probablemente lo serán aún más en las siguientes. No obstante, las desigualdades territoriales y de género que afectan a las personas mayores permean estos avances, y la reducción de esas brechas se apreciará en varias décadas más.

6. Vejez femenina acompañada

En el gráfico II.22 se expone, en parte, la situación de las personas de edad en términos de estar o no acompañadas. En el caso de los hombres (véase el gráfico II.5A), se aprecia una alta proporción de hombres mayores casados —que en 2010 en todos los países superan el 65%—, mientras que el porcentaje de viudos de edad avanzada no supera el 17% en ese año, aunque el Uruguay se escapa de esta tendencia pues el 30% de los hombres son viudos. En el gráfico II.5B se muestra la situación de las mujeres y se observa una tendencia que, al parecer, comienza a revertirse. Si bien el porcentaje de viudas continúa siendo relativamente alto (mayor que el 30%) en comparación con el de hombres viudos, en algunos países este porcentaje empieza a disminuir y la proporción de mujeres casadas o unidas comienza a aumentar levemente hasta llegar a superar en algunos casos el 40%. Al parecer, las cohortes de mujeres que se han ido incorporando a la población de personas mayores tienden a cambiar el patrón sociocultural de no volver a unirse e intentan nuevas relaciones de pareja a edades más avanzadas o se unen con hombres de menor edad.

■ **Gráfico II.22**

América Latina y el Caribe (10 países): personas casadas o unidas y viudas, por sexo, censos de 1990, 2000 y 2010
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Sistema de recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM); sobre la base de microdatos censales de los respectivos países.

7. Los roles de las personas mayores en el hogar

Como ya se señaló, la región está experimentando un proceso de envejecimiento demográfico, y hay países en estadios avanzados o muy avanzados de este proceso, mientras que otros aún se encuentran en etapas incipientes. Otra forma de analizar este fenómeno es salir del ámbito del individuo y centrarse en los hogares y las familias donde están insertas las personas mayores, puesto que desde ahí realizan sus interacciones, ya sea dentro del propio grupo familiar o con la sociedad (Guzmán y Huenchuan, 2005). Es importante considerar también los cambios que ocurren en el interior del hogar cuando uno o más de sus miembros envejecen, pues a medida que avanza el ciclo de vida del hogar o la familia, surgen necesidades de apoyo y cuidado en los ámbitos de interacción social y familiar. Asimismo, no hay que perder de vista las diferencias de género existentes, puesto que adquieren relevancia a escala familiar. Los roles de hombres y mujeres no han sido iguales a lo largo del ciclo vital de los individuos y tampoco del ciclo familiar, y estas trayectorias muchas veces se acentúan en la vejez o cambian dadas las transformaciones que se advierten no solo en la estructura de los hogares, sino también de la sociedad.

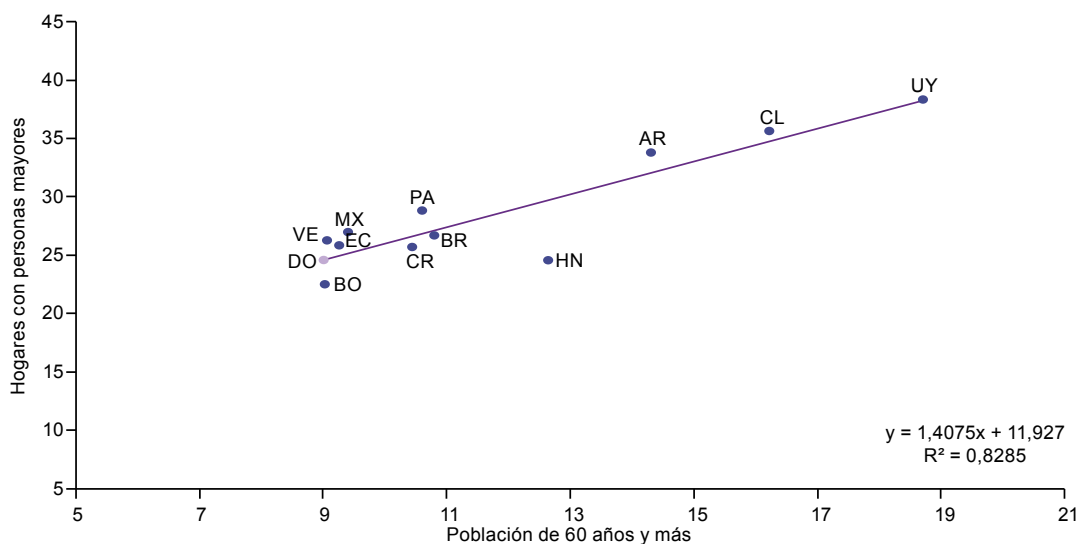
a) Los arreglos residenciales de las personas mayores

Con respecto a la proporción de hogares en que hay una o más personas mayores, los censos de la década de 2010 presentan cifras que se empujan sobre el 22% e incluso superan el 38%. Conocer estos resultados es relevante para la elaboración de las políticas públicas y los programas asociados a las personas mayores y el envejecimiento, pues muestran que el aumento de este grupo de personas a nivel de la sociedad tiene un impacto aún mayor cuando esta población se considera a partir de los hogares. Se debe tener en cuenta, no obstante, que estos valores no consideran las relaciones familiares y otras relaciones sociales significativas que mantiene una sociedad con las personas mayores (Guzmán y Huenchuan, 2005).

Analizando en detalle el gráfico II.23, se observa una correlación significativa entre el porcentaje de hogares con personas mayores y el porcentaje de personas que forman parte de este grupo de población, lo que es un indicador clave del envejecimiento demográfico. Se constata que en los países que se ubican en etapas más avanzadas del envejecimiento, como Chile y el Uruguay, el porcentaje de hogares en que vive a lo menos una persona mayor supera el 35%. Si bien algunos países —Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador, México, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de)— se encuentran en etapas incipientes y moderadas del proceso de envejecimiento y registran porcentajes de personas mayores inferiores al 10%, en todos ellos el porcentaje de hogares con personas de edad supera el 23%, es decir, alrededor de 1 de cada 4 hogares tiene al menos una persona mayor como residente. Esta situación ya se revelaba en los datos proporcionados por los censos de las décadas de 1990 y 2000, que presentaban una correlación significativa entre ambos porcentajes, aunque estos eran inferiores.

■ Gráfico II.23

América Latina y el Caribe (12 países): personas mayores y hogares con personas mayores, censos de 2010
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Sistema de recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM); sobre la base de microdatos censales de los respectivos países.

La información del gráfico II.24 permite constatar una tendencia, desde 1990 en adelante, hacia el aumento del porcentaje de hogares con personas mayores, lo que se aprecia nítidamente en el Brasil, Chile, Costa Rica, Honduras, México y Venezuela (República Bolivariana de). Bolivia (Estado Plurinacional de), el Ecuador y el Uruguay presentan una situación un poco más errática, mientras que en la Argentina los valores se han mantenido cercanos al 35%.

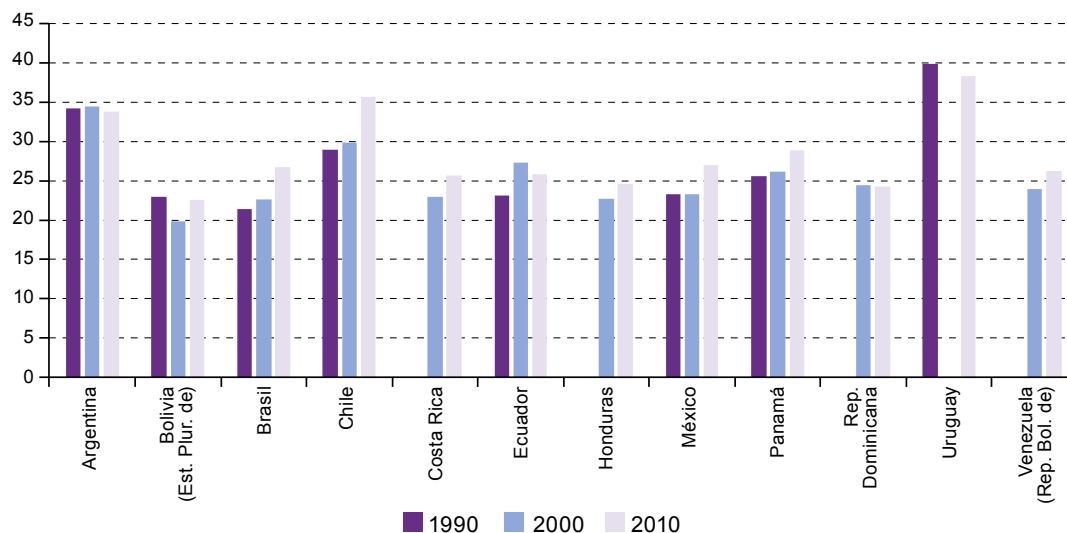
Los porcentajes de hogares con personas mayores son diferentes según el área de residencia (véase el gráfico II.25). Así, 9 de los 12 países de América Latina y el Caribe considerados presentan un porcentaje más alto de hogares con personas mayores en las zonas rurales, y en varios casos las diferencias son superiores a 5 puntos porcentuales. Chile se destaca por registrar la brecha más grande: mientras que en las áreas urbanas el 35% de los hogares tiene a lo menos una persona mayor como integrante, en las áreas rurales este porcentaje aumenta al 42,4%.

El envejecimiento prematuro del campo, que ya se mencionó en un apartado anterior, podría estar incidiendo en que haya un porcentaje más elevado de hogares con personas mayores en las áreas rurales de los países de la región, aunque esto también puede deberse a que en el campo priman los arreglos residenciales bigeneracionales o trigeneracionales, es decir, los hogares extendidos suelen ser más representativos.

■ **Gráfico II.24**

América Latina y el Caribe (12 países): hogares con personas mayores, censos de 1990, 2000 y 2010

(En porcentajes)

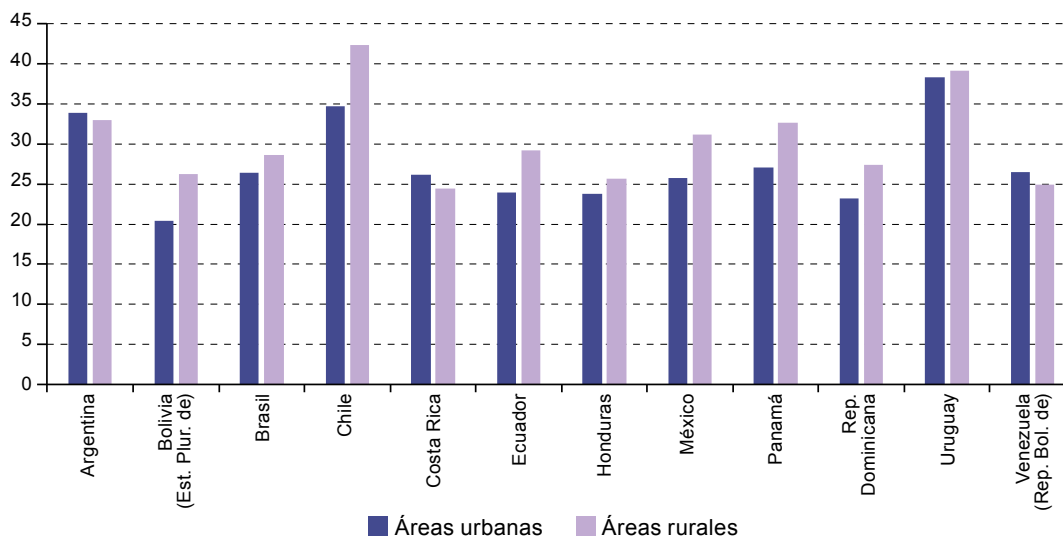


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Sistema de recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM); sobre la base de microdatos censales de los respectivos países.

■ **Gráfico II.25**

América Latina y el Caribe (12 países): hogares con personas mayores en las áreas urbanas y rurales, censos de 2010

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Sistema de recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM); sobre la base de microdatos censales de los respectivos países.

b) Las personas de edad que viven solas en sus hogares

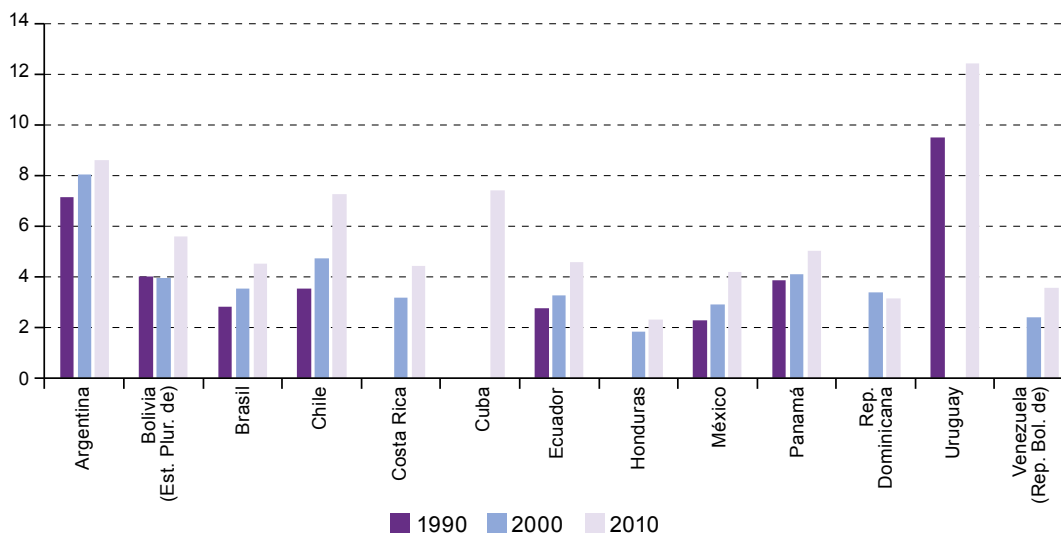
El gráfico II.26 expone el aumento del porcentaje de hogares de personas mayores que viven solas. En los años noventa esta proporción no superaba el 4% del total de hogares, con la excepción de la Argentina y el Uruguay, que presentaban valores cercanos al 7% y el 10%, respectivamente. En la década de 2000 el porcentaje tiende a aumentar, pero los valores siguen siendo bajos. En cambio, los resultados proporcionados por los censos de la década de 2010 revelan un notorio aumento de este porcentaje prácticamente en todos los países seleccionados en el análisis. Ciertamente, los valores más altos se registran en los países en que el envejecimiento demográfico está más avanzado: Uruguay (12,5%), Argentina (8,6%), Cuba (7,4%) y Chile (7,4%). Estas tendencias regionales ya han sido documentadas por Saad (2003), quien sostiene que existe una mayor propensión hacia arreglos residenciales independientes en los países que se encuentran en etapas más avanzadas del envejecimiento.

Si en el análisis se compara la situación de las áreas urbanas y rurales (véase el gráfico II.27), se advierte que en 9 de los 13 países seleccionados las áreas rurales presentan un mayor porcentaje de hogares unipersonales de personas de edad. Esto es evidente en el Estado Plurinacional de Bolivia, donde en las áreas rurales se duplica la proporción de hogares de personas mayores solas en relación con las áreas urbanas; en Chile, aunque la brecha entre áreas rurales y urbanas es menor, supera los 3 puntos porcentuales. Con menores diferencias entre las dos áreas, esta tendencia también se da en Costa Rica, el Ecuador, Honduras, México, Panamá, la República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de). Si se considera el envejecimiento prematuro del campo y los factores que lo han ocasionado, estos resultados parecen previsibles, pues quienes han emigrado a zonas urbanas o fuera del país ha sido población de edades medianas, y los mayores, particularmente los hombres, han permanecido en las áreas rurales.

■ **Gráfico II.26**

América Latina y el Caribe (13 países): hogares unipersonales de personas mayores, censos de 1990, 2000 y 2010

(En porcentajes)

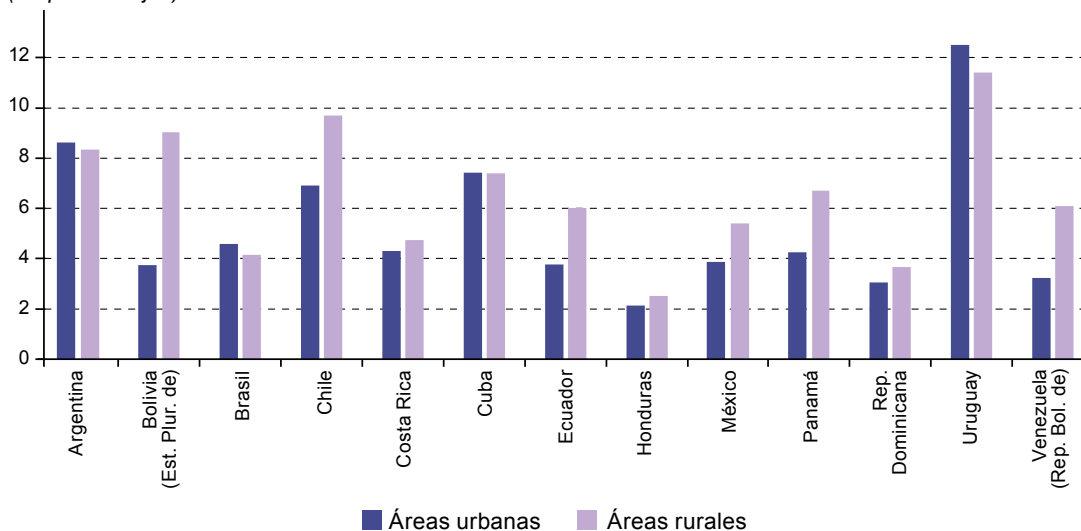


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Sistema de recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM); sobre la base de microdatos censales de los respectivos países.

■ **Gráfico II.27**

América Latina y el Caribe (13 países): hogares unipersonales de personas mayores en áreas urbanas y rurales, censos de 2010

(En porcentajes)



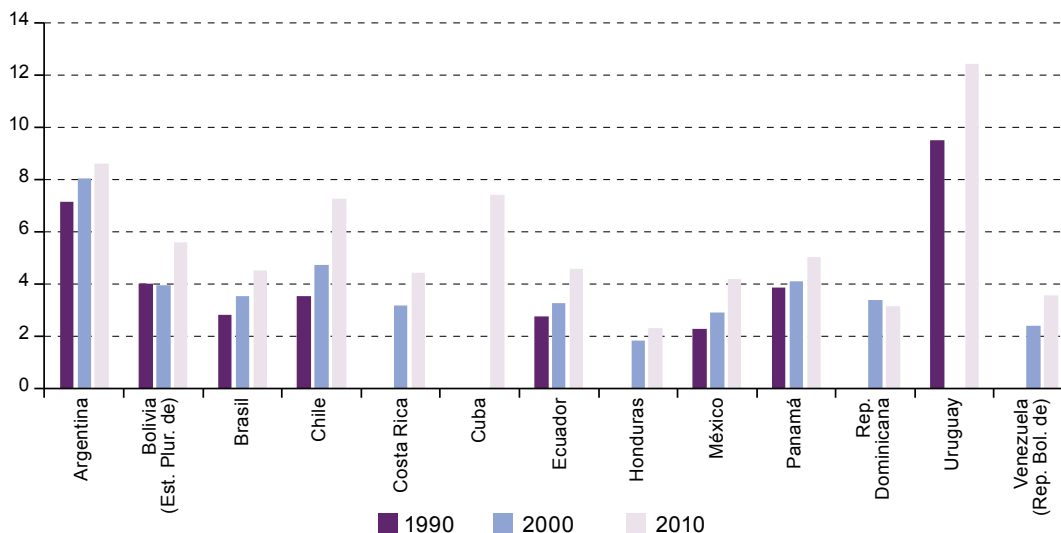
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Sistema de recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM); sobre la base de microdatos censales de los respectivos países.

Hasta ahora el estudio respecto de la vejez no acompañada se ha realizado a escala de hogares; otra manera de abordar el tema es estimando el peso relativo que tienen las personas de edad que viven solas en el total de la población de personas mayores. El gráfico II.28 muestra la tendencia, desde 1990, del porcentaje de personas de edad que viven solas, y se advierte que este ha aumentado en todos los países. El 23% de las personas mayores del Uruguay viven solas, y en la Argentina y Bolivia (Estado Plurinacional de) el porcentaje supera el 15%, mientras que en el resto de los países rebasa el 10%, a excepción de Honduras, donde alcanza el 7%.

■ **Gráfico II.28**

América Latina y el Caribe (13 países): personas de edad que viven solas, censos de 1990, 2000 y 2010

(En porcentajes)



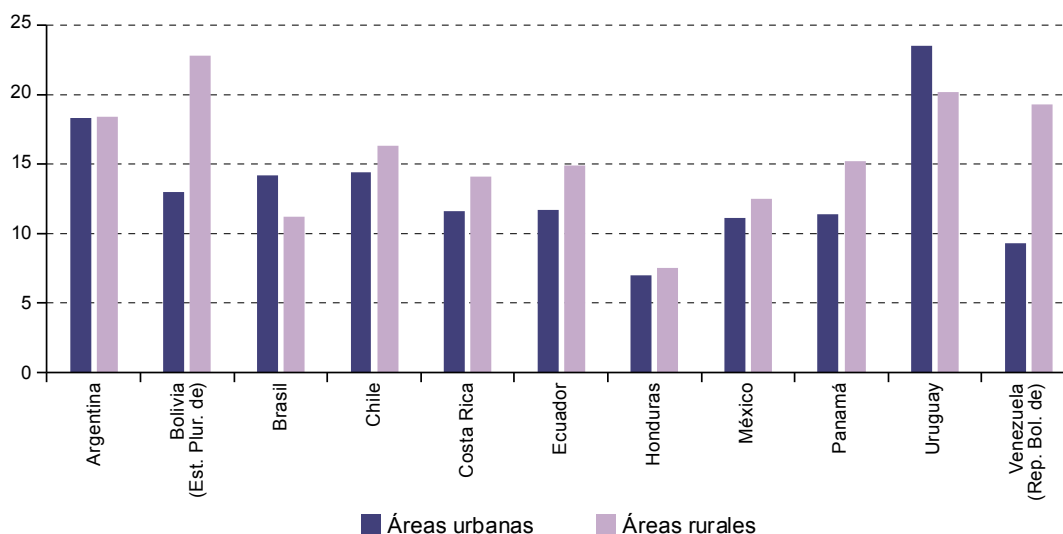
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Sistema de recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM); sobre la base de microdatos censales de los respectivos países.

Cuando el porcentaje de personas mayores que viven solas se analiza según lugar de residencia, en general es más probable que la cifra sea superior en el campo. Alrededor del 23% de las personas de edad bolivianas que residen en las áreas rurales viven solas, mientras que la cifra es cercana al 20% en el caso del campo venezolano. Algo similar ocurre en Chile, Costa Rica, el Ecuador y Panamá, donde el porcentaje de personas mayores que viven solas es más alto en las zonas rurales que en las urbanas. El Uruguay es el único país donde una proporción más elevada de personas mayores vive sola en las áreas urbanas que en las rurales, aunque en ambos casos los valores superan el 20%.

■ **Gráfico II.29**

América Latina y el Caribe (11 países): personas de edad que viven solas en las áreas urbanas y rurales, censos de 2010

(En porcentajes)



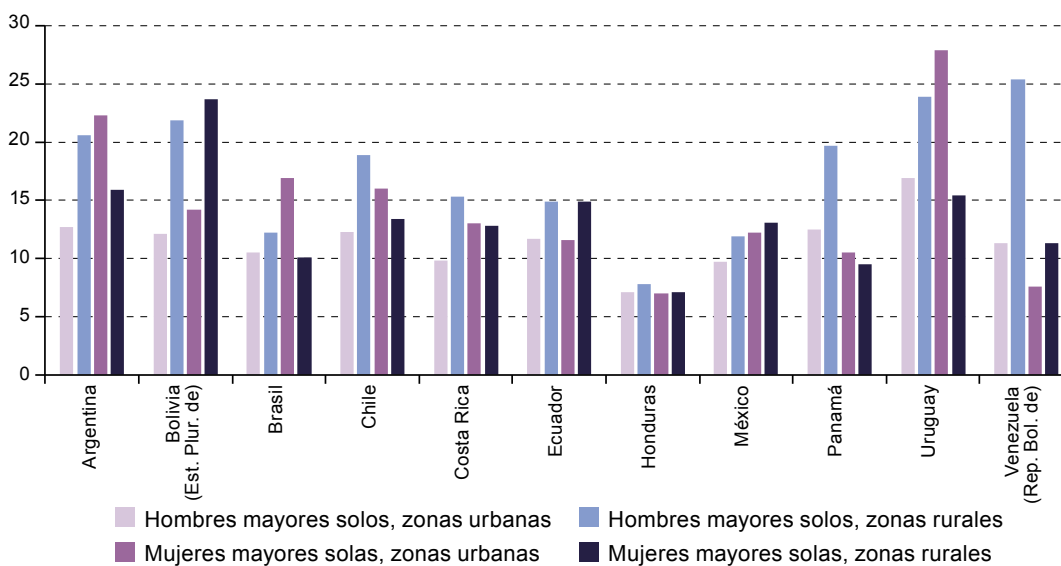
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Sistema de recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM); sobre la base de microdatos censales de los respectivos países.

Si la investigación, además de considerar el área de residencia, incluye el género, se advierten notables diferencias entre los países estudiados. En cuatro de ellos, tanto los hombres como las mujeres mayores tienden a vivir solos en mayor proporción en el campo (véase el gráfico II.30). Así, en Bolivia (Estado Plurinacional de) el 22% y el 24% de los hombres y las mujeres mayores que pertenecen al medio rural, respectivamente, viven solos, porcentajes que alcanzan el 15% en el caso de los hombres y las mujeres de edad del Ecuador. Por su parte, en Venezuela (República Bolivariana de) 1 de cada 4 hombres mayores que residen en el campo vive solo. Un panorama diferente es el de la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica, Panamá y el Uruguay, donde, aunque al igual que en los países mencionados la proporción de hombres mayores que viven solos es mayor en las zonas rurales, las mujeres de edad que están en esta condición registran una proporción más alta en las áreas urbanas. Por ejemplo, el 28% de las mujeres mayores uruguayas que viven en zonas urbanas lo hacen solas, mientras que el 24% de los hombres mayores del Uruguay residen solos en sus hogares cuando viven en un medio rural.

■ **Gráfico II.30**

América Latina y el Caribe (11 países): personas de edad que viven solas, según sexo, censos de 2010

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Sistema de recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM); sobre la base de microdatos censales de los respectivos países.

a) Mujeres mayores jefas de hogar

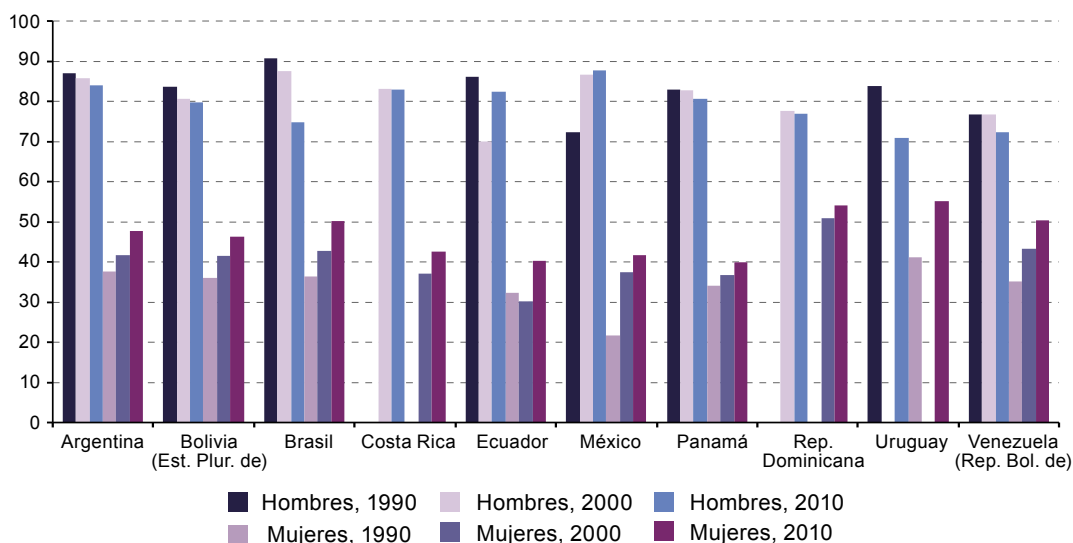
Si bien las tasas de jefatura de hogar siempre han sido más altas entre los hombres, en las últimas décadas se ha observado un aumento del número de mujeres jefas de hogar. En América Latina y el Caribe hay una alta proporción de personas mayores que sigue ejerciendo esta función y, en efecto, en la mayoría de los países, más del 50% de las personas de edad se encuentra a cargo del hogar en el que vive. Sin embargo, las cifras totales ocultan diferencias de género en el ejercicio de este rol. En este sentido, aunque hay más hombres a cargo del hogar, se aprecia un aumento sostenido de la jefatura femenina y un leve descenso de la proporción de hombres mayores que son jefes de hogar.

En 1990, menos del 40% de las mujeres mayores ejercía la jefatura de hogar en la región (solo en el Uruguay se superaba esta cifra). La información de los censos de la década de 2000 reveló que esta proporción había aumentado, ya que en varios países (Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de)) superaba el 40%. Actualmente, casi la mitad de las mujeres mayores ejerce la jefatura de hogar. Se destacan los casos del Brasil, la República Dominicana, el Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de), donde esta cifra es mayor que el 50% (véase el gráfico II.31).

■ **Gráfico II.31**

América Latina y el Caribe (10 países): personas mayores jefas de hogar, según sexo, censos de 1990, 2000 y 2010

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Sistema de recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM); sobre la base de microdatos censales de los respectivos países.

La jefatura de hogar puede asignarse por tres vías: i) el reconocimiento; ya sea otorgado por autodefinición o por los otros miembros del hogar; ii) el criterio de autoridad; cuando el rol se define en función del miembro de la familia que lidera los procesos de toma de decisiones y controla el mantenimiento del hogar, y iii) el criterio económico; que se utiliza cuando se decide sobre la base de quién realiza el principal aporte económico para la mantención del hogar. Una de las razones del aumento de la proporción de mujeres mayores jefas de hogar es que estas se encuentran en etapas más avanzadas del ciclo familiar y un porcentaje de ellas son viudas. Cabe mencionar, sin embargo, que en general son más las mujeres reconocidas actualmente como jefas de hogar, lo que también incluye a las mujeres mayores, incluso cuando viven con su pareja en hogares biparentales. Además, se debe tener en cuenta que, en varios hogares de la región, la persona mayor que vive en ellos aporta el ingreso principal y, entonces, es designada como jefe o jefa de hogar.

8. Discapacidad y limitaciones funcionales

A nivel general, el porcentaje de personas con discapacidad no es excesivamente elevado en los países de la región. Según datos censales de la década de 2010 el valor oscila entre un 5% y un 24% (González y Stang, 2014), aunque se incrementó en la última década por efecto de la mejor captación de datos de las diferentes fuentes estadísticas, particularmente los censos y las encuestas. Sin embargo, según avanza la edad, la proporción de personas con discapacidad va aumentando y, así, se constata que es más alta entre las personas mayores.

Siguiendo recomendaciones internacionales y nacionales, algunos países de América Latina mejoraron la captación de datos sobre las personas con discapacidad en los censos de población de la década de 2010, lo que se logró al pasar de un enfoque biomédico a uno biosocial o social en la manera de preguntar por sus limitaciones. En estos censos se indagó principalmente acerca de las limitaciones en la visión, auditivas, de movilidad o para caminar, para recordar o concentrarse,

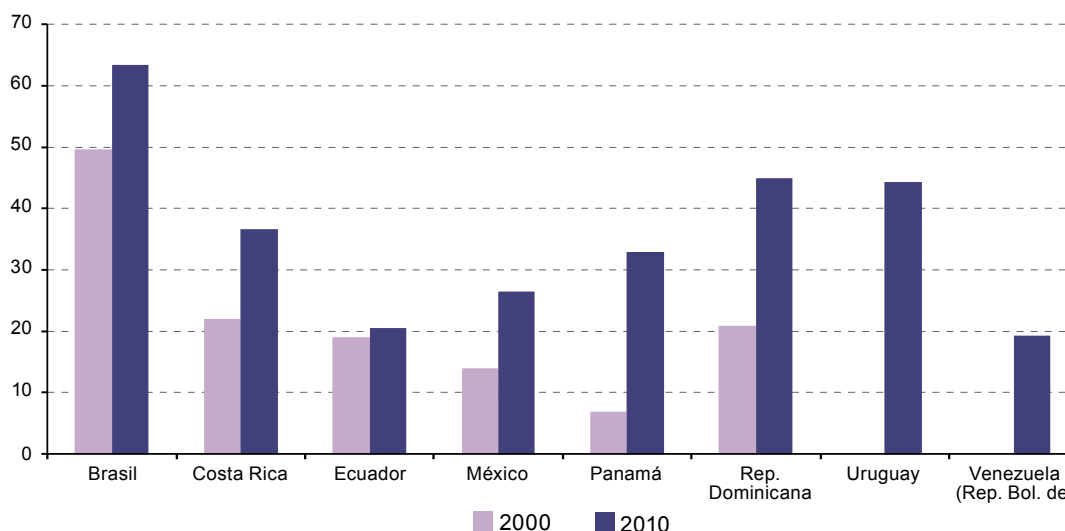
al realizar tareas de cuidado personal, y de comunicación. Ciertamente, los datos obtenidos de esta forma presentan aún ciertas restricciones, sin embargo, es la información con que se cuenta para conocer el porcentaje de personas con discapacidad de los países y de algunos grupos específicos, en este caso, las personas de edad.

El gráfico II.32 muestra el porcentaje de personas mayores con discapacidad en dos momentos censales, y se constata que en la década de 2010 es más alto en todos los países analizados. No obstante, es necesario revisar las cifras con cautela, puesto que el alza no se refiere solo a un aumento de la discapacidad, sino también a una mejor captación del dato, como se indicó en el párrafo anterior. Si el análisis se remite a los resultados proporcionados por los censos de la ronda de 2010, que considera 8 países latinoamericanos, alrededor de 41 de cada 100 personas mayores tenía algún tipo de discapacidad. Destacan el Brasil (más del 60%), así como la República Dominicana y el Uruguay (45%). La incidencia es más elevada en las mujeres que en los hombres: un 43% frente a un 38,8%.

■ **Gráfico II.32**

América Latina y el Caribe (8 países): personas mayores que tienen algún tipo de discapacidad, censos de 2000 y 2010

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Sistema de recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM); sobre la base de microdatos censales de los respectivos países.

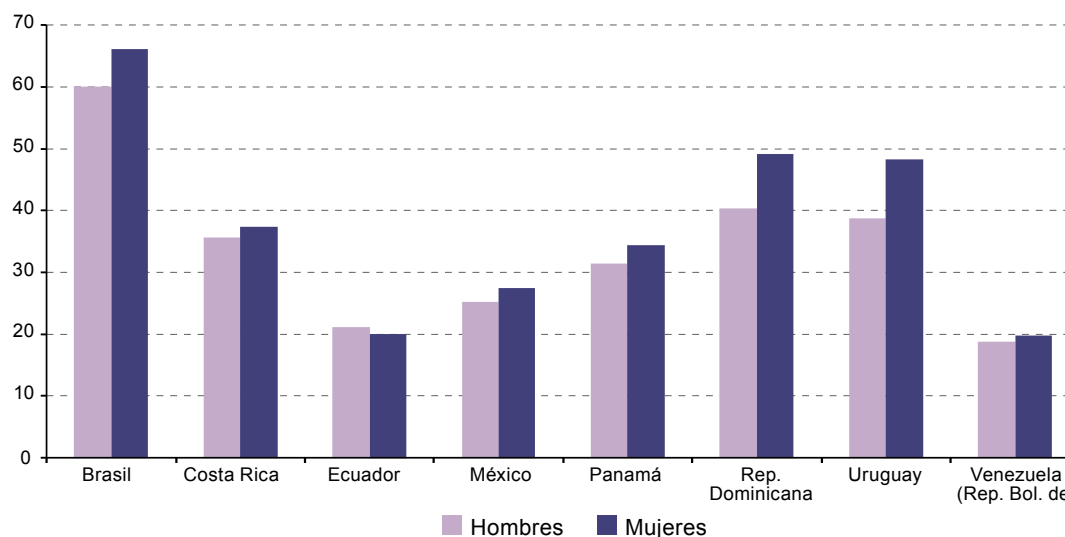
Estos valores a nivel agregado indican que un grupo considerable de la población mayor vive con algún tipo de discapacidad, que es necesario conocer dado que el apoyo con que debe contar una persona de edad que tiene, por ejemplo, una discapacidad física de tipo motriz es distinto al que requeriría si fuera ciega o sorda. En este sentido, también es importante averiguar si la persona mayor con discapacidad la tiene desde el nacimiento o la adquirió por efecto del deterioro físico de los años o de un accidente del último tiempo, asociado por ejemplo a una caída o una enfermedad crónica degenerativa. Una persona mayor que presenta alguna limitación para realizar las actividades de la vida diaria perderá autonomía física y social, según el grado de la limitación, es decir, se volverá más dependiente. Por lo tanto, junto con lo antedicho, se deben determinar las características sociodemográficas de estas personas, lo que contribuirá a definir el apoyo y los cuidados familiares que se les pueden brindar, y los programas integrales que les permitan lograr la mayor autonomía posible dada su limitación.

Una característica digna de mención es que el conjunto de las personas mayores que tienen al menos una discapacidad presenta relaciones de masculinidad inferiores a 100, es decir, tiene una mayor presencia femenina. En un estudio de la CEPAL (2013) sobre este tema se indicaba que las mujeres registraban una tasa de prevalencia de discapacidad más alta que la de los hombres, y que esta situación ocurría en más de la mitad de los países de la región. Los datos del gráfico II.33 así lo demuestran, pues ponen de manifiesto que entre las personas mayores de todos los países analizados, excepto del Ecuador, hay una mayor prevalencia de discapacidad en las mujeres. Esto se debe a que su mayor esperanza de vida aumenta la posibilidad de que tengan una discapacidad asociada a una enfermedad crónica o un accidente en etapas avanzadas de la vida.

Lo expuesto se puede observar claramente en el caso uruguayo: casi la mitad (48%) de las mujeres mayores presenta algún tipo de discapacidad, mientras que los hombres mayores que están en esta situación representan el 38%, según el censo de 2011. El Uruguay es uno de los países más envejecidos de la región y, por tanto, registra un alto porcentaje de mujeres de 60 años y más, que como ya se indicó estarían más expuestas a padecer algún tipo de discapacidad. Algo similar ocurre en el Brasil y Costa Rica, que, si bien se encuentran en una etapa menos avanzada del envejecimiento, tienen a más del 13% de la población en este grupo etario y, por ende, más personas expuestas al riesgo de experimentar alguna discapacidad.

■ **Gráfico II.33**

América Latina y el Caribe (8 países): personas mayores que tienen algún tipo de discapacidad, según sexo, censos de 2010
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Sistema de recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM); sobre la base de microdatos censales de los respectivos países.

A medida que continúe desarrollándose el proceso de envejecimiento demográfico en los países de la región, es probable que las mujeres tengan aun mayor relevancia en el grupo de personas con discapacidad. Esto merece la máxima atención desde la perspectiva de la política pública porque es sabido que la condición de género se interseca, además de con la discapacidad, con otras variables, como la edad y la clase social, para generar situaciones de mayor desigualdad. De esta forma, debido a las inequidades sufridas en el transcurso de su vida, las mujeres suelen vivir más años con limitaciones funcionales que los hombres. Para ellas, al igual que para los hombres

—aunque en menor medida en este último caso—, 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 la calidad de vida en la vejez.

9. El acceso al agua potable en los hogares con personas mayores

Conforme a la resolución 64/292 de la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada en 2010, esta reconoce que el derecho al agua potable y el saneamiento es un derecho humano esencial para el pleno disfrute de la vida y de todos los derechos humanos. Por tanto, es un derecho en sí mismo y un medio fundamental para garantizar todos los derechos humanos (Justo, 2013), especialmente los relativos a la vivienda y la salud. En este contexto, cabe indagar en qué situación se encuentran las personas mayores respecto del acceso al agua potable y el saneamiento en sus hogares y viviendas, para así poder evaluar el nivel de cumplimiento de este derecho en este grupo de población. Además, en la Agenda 2030, particularmente en el Objetivo 6, se propone garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos, incluidas las personas de edad. Asimismo, en la medida prioritaria 77 del capítulo G del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo se menciona la necesidad de promover el desarrollo y el bienestar de las personas de todos los territorios, sin ningún tipo de discriminación, incluido el pleno acceso a los servicios sociales básicos.

Durante las últimas décadas, a nivel internacional se han adoptado diversas normativas, junto con modificaciones a la institucionalidad, que obligan a los países de la región a contar con políticas públicas en materia del derecho humano al agua y el saneamiento, así como a regular las prácticas de los agentes privados y estatales vinculados con el sector de abastecimiento de agua potable y saneamiento.

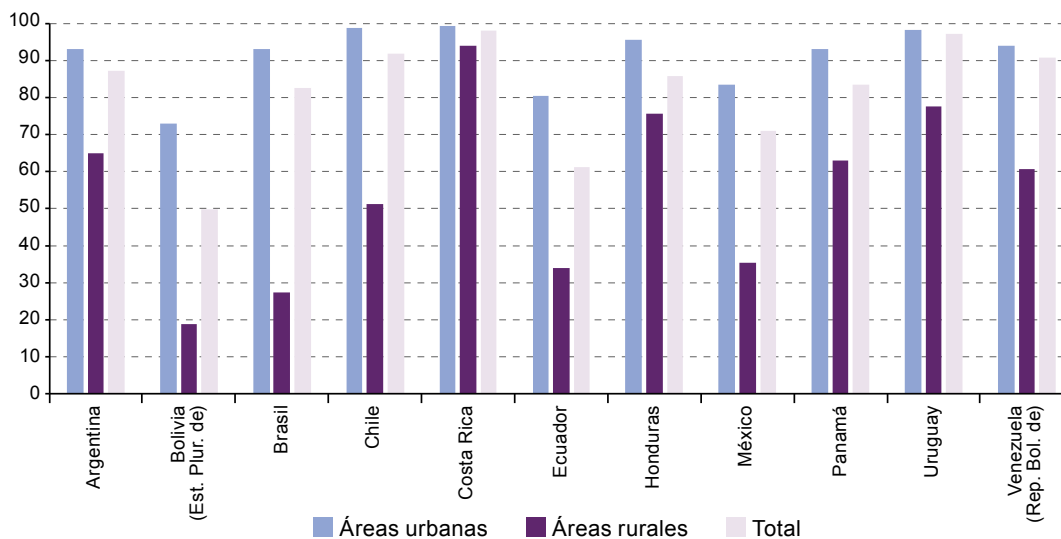
Los resultados de los censos de la década de 2010 revelan que alrededor de un 20% de las personas mayores de la región no cuenta con acceso al agua potable dentro de la vivienda en que reside. Se ha seleccionado este indicador más riguroso —en lugar de considerar la disponibilidad de agua en el terreno donde se encuentra el hogar—, ya que para las personas mayores, sobre todo las que presentan dificultades para desplazarse o cargar cosas pesadas, no es fácil trasladar el agua —por ejemplo, con un balde o botellas— desde alguna fuente de acceso ubicada dentro del terreno donde habitan hacia su vivienda. Las personas de edad que residen en las áreas urbanas de la región tienen un mejor acceso a este servicio, puesto que el 88% de esta población cuenta con agua potable dentro de la vivienda. En condiciones menos favorables se encuentran las personas mayores de la región que residen en las áreas rurales, pues solo el 64% de estas accede al servicio en su vivienda. Esto implica que una proporción de personas mayores debe trasladarse a otros lugares, ya sea dentro del terreno donde habita o fuera de este, en busca de agua potable para satisfacer sus necesidades diarias de suministro, con todas las dificultades que conlleva el traslado.

En el gráfico II.34, que incluye 11 países, se advierte que en ocho de ellos (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Honduras, Panamá, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de)) un alto porcentaje de la población mayor a nivel nacional, superior al 80%, tiene acceso al agua potable. En el Ecuador y México este porcentaje desciende al 60% y 70%, respectivamente, mientras que en Bolivia (Estado Plurinacional de) solo la mitad de las personas mayores cuenta con agua potable dentro de la vivienda.

■ **Gráfico II.34**

América Latina y el Caribe (11 países): población de 60 años y más con acceso al agua potable dentro de la vivienda en las áreas urbanas y rurales, censos de 2010

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Sistema de recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM); sobre la base de microdatos censales de los respectivos países.

Estos valores nacionales cambian al hacer el análisis según área de residencia —urbana o rural—; ya se mencionaron las desigualdades que existen entre estas dos áreas, que también están presentes en este caso y de manera indiscutible (véase el gráfico II.17). Cerca del 90% de las personas mayores que residen en zonas urbanas tienen acceso al agua potable, mientras que en las zonas rurales esta proporción cae a un 64%. Los países en que esta brecha es mayor son, en orden descendente, el Brasil, el Estado Plurinacional de Bolivia, México, Chile y el Ecuador, aunque en todos los países en estudio las personas mayores de las áreas rurales presentan menores porcentajes de acceso al agua potable. Al respecto, cabe además indicar que no solo es importante considerar el acceso a este recurso, sino también la continuidad del suministro, puesto que en muchas zonas rurales la disponibilidad de agua potable está limitada a algunas horas del día o días de la semana. Esto obliga a las personas de edad a buscar estrategias para intentar disponer de agua potable de manera más constante, lo que no es fácil cuando la movilidad comienza a disminuir y los lugares donde está el recurso son alejados y de difícil accesibilidad.

Fuente A. Arenas (2019), *Los sistemas de pensiones en la encrucijada: desafíos para la sostenibilidad en América Latina*; Cap. I C, pp. 36-42.

E. Envejecimiento regional y sistemas de pensiones

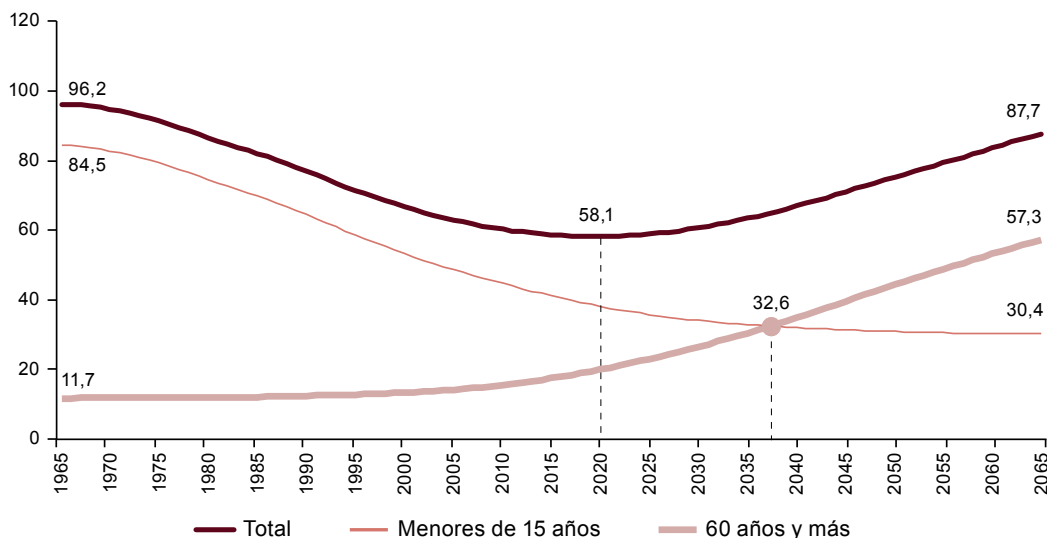
1. Envejecimiento y sistemas de pensiones

Dos de los indicadores más utilizados para analizar los cambios demográficos y los efectos que estos pueden tener en los sistemas de pensiones son la relación de dependencia demográfica y la relación de apoyo potencial. La relación de dependencia demográfica total es la que existe entre la población teóricamente dependiente (jóvenes y personas mayores) y la población en edad activa (potenciales trabajadores). Este indicador puede descomponerse en la relación de dependencia de los jóvenes (jóvenes/población en edad activa) y la relación de dependencia de las personas mayores (personas mayores/población en edad activa). El inverso de este último indicador es la relación de apoyo potencial, es decir, la población en edad activa (potenciales trabajadores) por cada persona de 60 o 65 años y más.

La relación de dependencia demográfica total disminuyó en América Latina entre 1965 y 2017, y se estima que alcanzará su mínimo en 2020, cuando el crecimiento de la relación de dependencia de las personas mayores supere la reducción de la relación de dependencia de los jóvenes¹⁹. Así, se estima que la relación de dependencia demográfica total en la región pasará de 58 a 88 dependientes por cada 100 potenciales trabajadores entre 2020 y 2065 (véase el gráfico II.35).

■ Gráfico II.35

América Latina: relación de dependencia demográfica total, de los menores de 15 años y de las personas de 60 años y más, 1965-2065^a
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), “Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100: revisión 2017”, Santiago, 2017.

^a Las fórmulas para calcular las relaciones de dependencia demográfica son, respectivamente, las siguientes: $[(\text{población de entre 0 y 14 años} + \text{población de 60 años y más}) / \text{población de 15 a 59 años}] * 100$; $(\text{población de entre 0 y 14 años} / \text{población de 15 a 59 años}) * 100$, y $(\text{población de 60 años y más} / \text{población de 15 a 59 años}) * 100$.

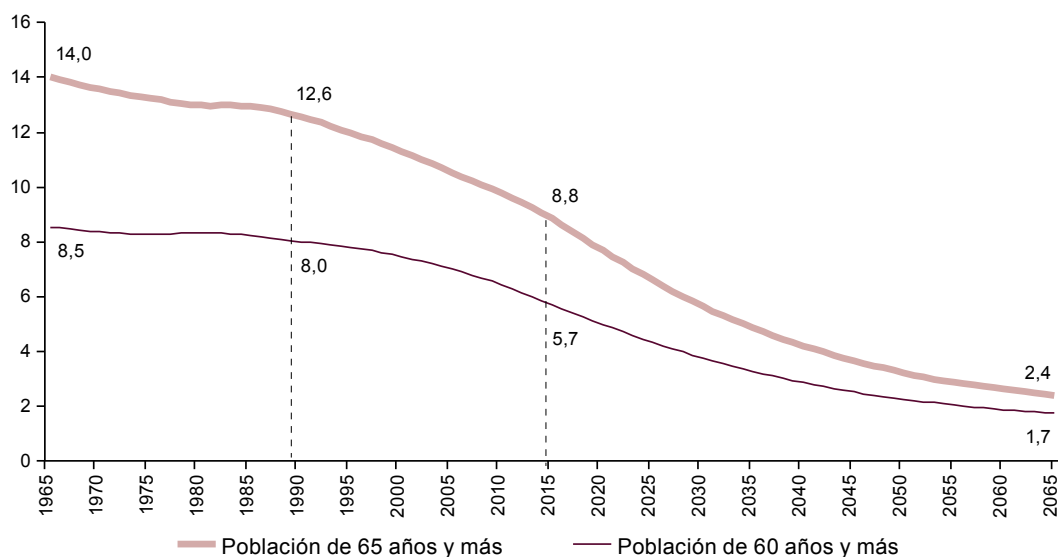
¹⁹ Cuando la relación de dependencia demográfica total comience a aumentar, la región en promedio iniciará el cierre de los beneficios del llamado bono demográfico.

En cuanto a la relación de apoyo potencial respecto de las personas de 60 años y más, esta disminuyó de 8,5 a 5,7 potenciales trabajadores por cada persona mayor (potencial pasivo) entre 1965 y 2015. En la primera mitad de ese período (1965-1990), la relación de apoyo potencial presentó una moderada disminución de 8,5 a 8,0, sin embargo, en la segunda mitad (1990-2015), esa relación disminuyó de 8,0 a 5,7 potenciales trabajadores por cada persona mayor. Las proyecciones de población indican que esta relación de apoyo potencial continuaría disminuyendo hasta llegar a menos de dos potenciales trabajadores por cada persona mayor de 60 años en 2065. La relación de apoyo potencial respecto de las personas de 65 años y más exhibe una caída aún mayor en el período analizado. Entre 1965 y 2015, dicha relación pasó de 14,0 a 8,8, y se proyecta que en 2065 será de 2,4 potenciales trabajadores por cada persona de 65 años y más (véase el gráfico II.36).

■ **Gráfico II.36**

América Latina: relación de apoyo potencial respecto de las personas de 60 y 65 años y más, 1965-2065^a

(En número de personas activas por pasivo)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), “Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100: revisión 2017”, Santiago, 2017.

^a Las fórmulas para calcular las relaciones de dependencia demográfica son, respectivamente, las siguientes: población de entre 15 y 59 años/población de 60 años y más; población de entre 15 y 64 años/población de 65 años y más.

Estos antecedentes demográficos y sus proyecciones confirman los importantes efectos que habrá en la estructura etaria de la población y, por tanto, en los sistemas de pensiones, que podrían ser objeto de reformas significativas destinadas a enfrentar el acelerado envejecimiento de la población en América Latina.

Fuente CEPAL (2017), *Panorama Social de América Latina*; B, pp. 24-33.

F. El contexto demográfico en el debate sobre los sistemas de pensiones

Diferentes elementos contextuales inciden en la capacidad de los sistemas de pensiones para operar con arreglo a un enfoque de derechos y cumplir con sus objetivos, incluidos aspectos vinculados con la capacidad contributiva de las personas a lo largo de su vida activa, las condiciones del mercado laboral, las reglas de operación según los diversos diseños de los sistemas y las diferentes capacidades fiscales de los países. En particular, el contexto demográfico en el que operan los sistemas es fundamental para determinar la capacidad de aporte de las cohortes en etapa activa y la demanda potencial de prestaciones por parte de aquellas en etapa pasiva. A continuación se presentan los principales hitos y desafíos derivados de este contexto para los sistemas de pensiones en la región.

1. Evolución del proceso de envejecimiento en la región con respecto a los países desarrollados

La evolución del proceso de envejecimiento en América Latina y el Caribe ha sido mucho más rápida que en el mundo desarrollado (Huenchuan, 2013a). Esto significa que los Gobiernos de la región cuentan con menos tiempo, y por tanto menos margen de error, para realizar los ajustes necesarios para hacer frente a las demandas de una población que envejece y promover una sociedad equitativa e inclusiva para todas las edades. En los países europeos, el proceso de transición demográfica se produjo con anterioridad y el tránsito de altos a bajos niveles de mortalidad y fecundidad fue mucho más lento que en los países latinoamericanos y caribeños, de manera que el envejecimiento de la población fue más paulatino²⁰. 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 mayor representaba el 5,6%. A partir de 1950, el descenso de la fecundidad comenzó a ser evidente en América Latina y el Caribe y se tradujo en el gradual angostamiento de la base de la pirámide de edades. En 2017, la proporción de personas mayores en Europa llegaba casi al 25% de la población, porcentaje 2,1 veces mayor que en América Latina y el Caribe. En 2040 esta razón disminuiría a 1,5 (el 32,4% y el 21,4%, respectivamente). En 2050, se prevé que las personas mayores de América Latina y el Caribe representarán el 26% de la población. Esto significa que, a mediados de este siglo, la región podría llegar al mismo estadio del proceso de envejecimiento que se observa en los países desarrollados en la actualidad.

El proceso de envejecimiento poblacional presenta características particulares entre las personas indígenas o afrodescendientes. En el caso de los pueblos indígenas, las fuentes de datos disponibles —que han sido poco explotadas para analizar la situación de las personas mayores— brindan evidencias de la desigualdad social, considerando los ciclos de vida. Por ejemplo, al tener en cuenta que los factores estructurales de pobreza material y exclusión que afectan a los pueblos indígenas tienden a incrementar el riesgo daño acumulado en salud, al que se suma su mayor exposición a la degradación del medio ambiente y al alto impacto de grandes proyectos de desarrollo, es probable que las personas mayores indígenas vivan situaciones más desventajosas con respecto a su bienestar en comparación con sus pares no indígenas (CEPAL, 2016a). Si bien se

²⁰ Por ejemplo, mientras la duplicación de la proporción de personas de 65 años y más (del 7% al 14%) tomó varias décadas en los países europeos, e incluso 115 años en Francia, en países de América Latina y el Caribe como Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Chile y Colombia, este cambio se dará en apenas dos décadas.

dispone de pocos datos sobre las poblaciones afrodescendientes, la prevalencia de enfermedades crónicas (como diabetes e hipertensión) entre las personas mayores es mayor que entre las personas no afrodescendientes y determina condiciones de vida más desfavorables. También es importante destacar que las cifras relativas de personas mayores a nivel nacional ocultan diferencias territoriales dentro de los países, incluidas las diferencias entre áreas urbanas y rurales. Esto se debe en gran medida a la notable desigualdad en materia de transición demográfica entre áreas urbanas y rurales, que se ha traducido en un envejecimiento particularmente acentuado en las primeras, el que muchas veces es compensado por la tendencia de los jóvenes a migrar del campo a la ciudad (CEPAL, 2012). Asimismo, debido al alto nivel de informalidad laboral entre las poblaciones indígenas, afrodescendientes y rurales, es necesario tener una consideración especial por las desigualdades que afectan a estas poblaciones en el diseño de los sistemas de pensiones, sobre todo aquellos ligados a pensiones contributivas.

2. Envejecimiento dentro del grupo de las personas mayores

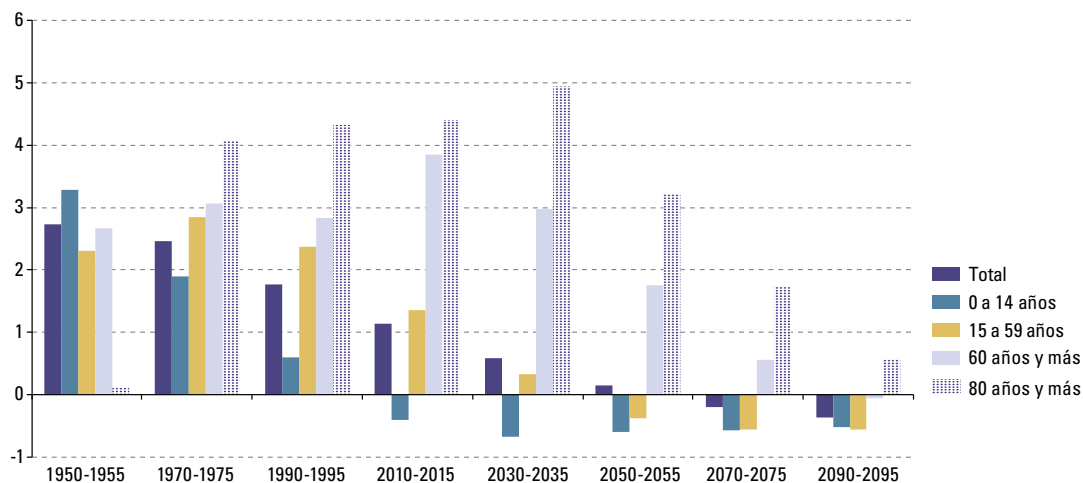
Los avances médicos y sanitarios permiten disfrutar de índices de esperanza de vida impensables hace algunas décadas (CEPAL, 2011b). En los últimos 65 años, el promedio de vida de los habitantes de la región aumentó 24,4 años. La población de América Latina y el Caribe pasó de una esperanza de vida al nacer de 51,3 años en el período 1950-1955 a 75,7 años para ambos sexos en el quinquenio 2015-2020. Aunque este incremento en la esperanza de vida se explica principalmente por la reducción de la mortalidad en la niñez, también se debe a un aumento de la longevidad. Por ejemplo, la esperanza de vida a los 60 años en América Latina y el Caribe se ha incrementado 7,1 años entre los períodos 1950-1955 y 2015-2020. En la actualidad, la esperanza de vida media a los 60 años se aproxima a la observada en los países desarrollados (20,6 años en el caso de los hombres y 23,9 años en el de las mujeres, según estimaciones para 2015-2020).

Como consecuencia de la abrupta reducción de la fecundidad y la extendida longevidad en la región, las tasas de crecimiento —observadas y proyectadas— del grupo de personas mayores de 80 años son superiores a las de cualquier otro grupo de edad entre 1950 y 2100 (véase el gráfico II.37). Este grupo, cuya tasa de crecimiento anual es del 4% en la actualidad, es el único que experimentaría un crecimiento positivo hasta finales del siglo XXI. Si la supervivencia de las personas mayores aumentara más de lo previsto en las proyecciones actuales, el crecimiento de este grupo podría ser todavía más acentuado. En consecuencia, el peso relativo del grupo de 80 años y más entre las personas mayores seguirá aumentando y se traducirá en un envejecimiento interno de la población mayor. En términos relativos, el porcentaje de la población de 80 años y más con respecto al total ha aumentado en forma considerable. Mientras que en 1950 las personas de edad muy avanzada representaban solamente el 0,4% de la población de América Latina y el Caribe, en 2017 este grupo se había cuadruplicado con creces hasta alcanzar el 1,8%. Se estima que esta proporción continuará aumentando rápidamente y llegará al 5,6% a mediados del siglo XXI. En 2075, más de 1 de cada 10 personas tendría más de 80 años, superando incluso a la población de menores de 15 años.

■ **Gráfico II.37**

América Latina y el Caribe: tasa de crecimiento medio anual de la población por grupos de edad, 1950-2090

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, “World Population Prospects: The 2017 Revision”, 2017 [en línea] <https://esa.un.org/unpd/wpp/>.

El estudio de las condiciones de vida y el ejercicio de los derechos del grupo de personas de edad muy mayor ha cobrado y cobrará aún más relevancia en la región, debido, entre otros factores, a las condiciones de particular vulnerabilidad de los adultos en este tramo de edad. Se prevé un aumento significativo del número de personas de edad dependientes o con mayores dificultades para participar en las actividades económicas e integrarse socialmente (Chackiel, 2000), pues el riesgo de tener alguna discapacidad y de caer en dependencia funcional se incrementa notablemente después de los 80 años, sobre todo en ausencia de una red social de apoyo (Abellán García y otros, 2007).

En definitiva, el crecimiento de la población de 80 años y más generará desafíos económicos y sociales de gran envergadura en la mayoría de los países, ya que se incrementarán las demandas de pensiones, los costos de atención de salud y las necesidades de cuidado a largo plazo y de arreglos residenciales especiales para este segmento de la población de edad avanzada.

En América Latina y el Caribe las mujeres son las principales responsables de cubrir las necesidades de cuidado de los adultos muy mayores. Además, a menudo son las personas mayores (de 60 años y más) quienes, en calidad de hijos e hijas, proporcionan a las personas de edad muy avanzada (de 80 años o más) no solo ayuda monetaria y manutención, sino también cuidados y dedicación. En consecuencia, si los Estados no brindan prestaciones y servicios públicos adecuados, las familias, y en particular las mujeres, tendrán que responder de forma individual a estas exigencias, muchas veces a expensas de su participación en el mercado laboral, su bienestar y su realización personal (Huenchuan, 2013).

Ante esto, las estrategias para enfrentar las consecuencias del envejecimiento de la población deberán tener en cuenta las demandas y las nuevas necesidades de otros grupos sociales. Por ello, se debería dar prioridad a la consolidación de políticas sistemas integrados de cuidado en los países, la universalización del acceso garantizado a los servicios de salud y, fundamentalmente, al desarrollo de políticas específicas para garantizar el acceso universal a la protección social de las personas mayores, considerando el rediseño de los sistemas de pensiones para permitir el acceso de este grupo etario a la seguridad económica. En el marco de estas políticas, es necesario desarrollar mecanismos para fortalecer la sostenibilidad financiera de los sistemas de pensiones mediante políticas fiscales que tengan en cuenta los efectos del envejecimiento poblacional.

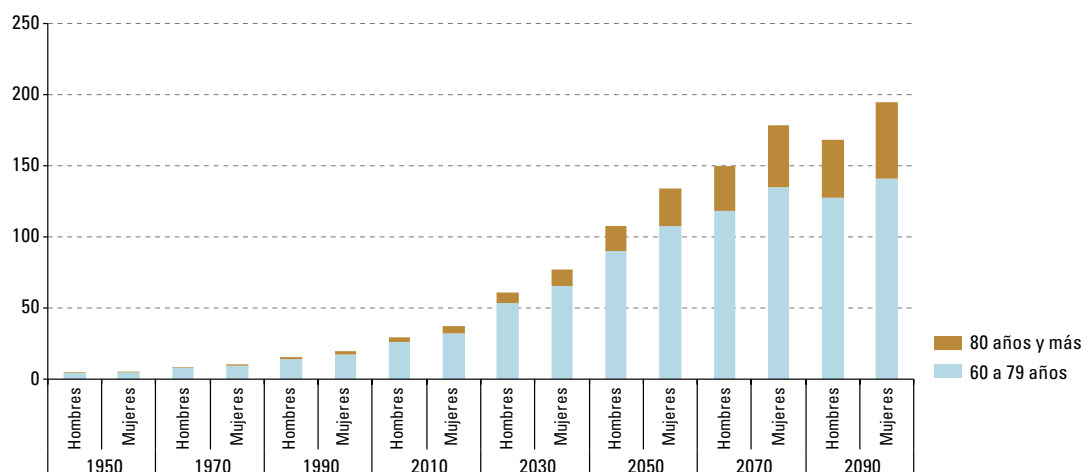
3. Feminización de la población adulta mayor conforme avanza el proceso de envejecimiento poblacional

En América Latina y el Caribe, la sobremortalidad masculina, que supone una mayor esperanza de vida de las mujeres, aumentó de entre tres y cuatro años entre 1950 y 1955 a más de siete años en la actualidad. Esta tendencia se traduce en la feminización del proceso de envejecimiento poblacional. Como puede observarse en el gráfico II.38, las diferencias en la mortalidad por sexo redundan en una mayor presencia de mujeres en los grupos de edades avanzadas.

■ Gráfico II.38

América Latina y el Caribe: personas de 60 años y más por sexo y edad, 1950-2090

(En millones de personas)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2017 Revision", 2017 [en línea] <https://esa.un.org/unpd/wpp/>.

La menor participación económica de las mujeres debido a la desigual distribución sexual del trabajo constituye una barrera a su autonomía económica y es una de las causas de su mayor vulnerabilidad en las edades avanzadas. Como se indica el capítulo IV, a pesar de los avances

que se han hecho al respecto en América Latina, todavía subsiste la discriminación en el mercado laboral, pues a trabajo de igual valor no se recibe igual remuneración; la presencia de las mujeres en el trabajo informal suele ser mayor con respecto a los hombres; las mujeres realizan la mayor parte del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado; presentan mayores lagunas previsionales debido a los períodos de maternidad o de trabajo de cuidado no remunerado (Aguirre y Scuro, 2010) y se ven más excluidas que los hombres de los sistemas de pensiones y pueden depender en mayor grado de pensiones de viudez y no contributivas. Asimismo, el envejecimiento diferencial femenino se caracteriza por mayores niveles de viudez que en el caso de los hombres, en parte por el mayor número de uniones conyugales de mujeres con hombres de más edad que ellas²¹. Al mismo tiempo, esto aumenta sus años de viudez. No sorprende, entonces, la mayor incidencia de mujeres mayores sin ingresos propios que hombres mayores en esta situación.

Las mayores tasas de viudez femenina, sumadas a la menor participación económica de las mujeres y, por ende, a la menor cobertura de la protección social contributiva, redundan en que muchas mujeres mayores, que viven en promedio más años que los hombres, se encuentren cerca o por debajo de la línea de pobreza y formen un grupo de alta vulnerabilidad que es necesario considerar con especial atención en el diseño de las políticas públicas y los sistemas de pensiones.

4. La relación de dependencia demográfica y sus desafíos para los sistemas de pensiones

En la actualidad se observa una disminución de la relación de dependencia demográfica en la región, que caracteriza el período del bono demográfico²². Esto representa una oportunidad para la generación de inversiones productivas, el aumento de la inversión social en la lucha contra la pobreza, la inversión en la infancia y la juventud para mejorar su acceso a la educación, el empleo y los servicios de salud y puede ayudar, además, a anticipar reformas necesarias frente al aumento de la población adulta mayor (CEPAL, 2008). En promedio, la relación de dependencia en América Latina y el Caribe alcanzará su valor mínimo alrededor de 2020, con un valor de 58 personas en edades potencialmente “dependientes” (0 a 14 años y 60 años y más) por cada 100 personas en edades potencialmente activas (15 a 59 años) (véase el gráfico II.39).

La relación de dependencia total tiene dos componentes: la carga proveniente de los menores de 15 años (dependencia infanto-juvenil) y la carga de los mayores de 60 años (dependencia en edades avanzadas). Como puede observarse en el gráfico II.39, la disminución de la relación de dependencia obedece principalmente a la marcada reducción de la relación de dependencia de los menores de 15 años y, por el contrario, el aumento posterior se debe al acelerado aumento de la carga de los mayores de 60 años. De esta forma resulta evidente que un mismo valor de la relación de dependencia demográfica antes o después del punto mínimo correspondería a dos escenarios con protagonistas muy diferentes. Los valores anteriores al punto mínimo indican que las demandas están ancladas en la población joven, mientras que aquellos posteriores indican la situación contraria (demandas ancladas en la población mayor). En 2040, la dependencia de edades avanzadas superará por primera vez la dependencia de edades infanto-juveniles.

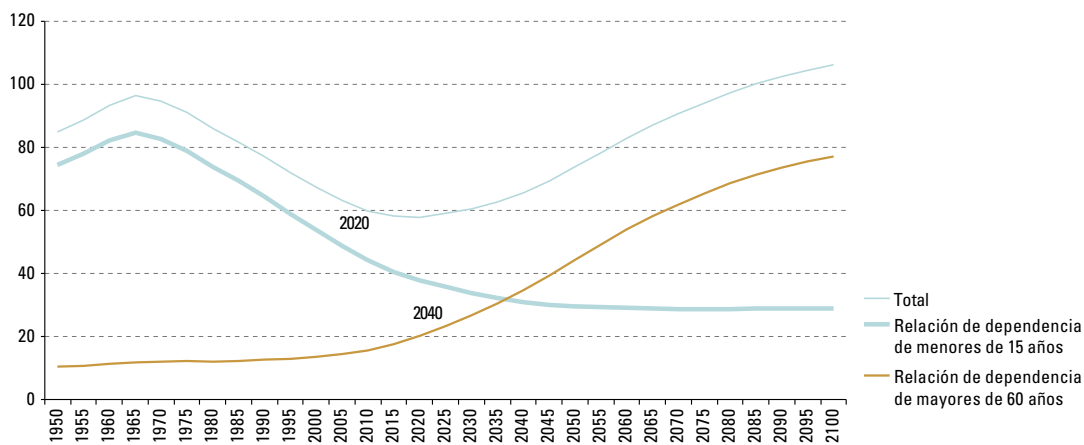
²¹ Según datos de los censos de población de la ronda de 2010 de la Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, el Uruguay, Panamá, Costa Rica y Honduras, procesados en el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). El porcentaje de viudas duplica y en algunos casos triplica el porcentaje de viudos después de los 60 años.

²² Relación de dependencia demográfica = ((población de 0 a 14 años de edad + población de 60 años y más) / (población de 15 a 59 años))*100.

■ **Gráfico II.39**

América Latina y el Caribe: relación de dependencia total de la población de 0 a 14 años y de 60 años y más, 1950-2100

(Por cien)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, “World Population Prospects: The 2017 Revision”, 2017 [en línea] <https://esa.un.org/unpd/wpp/>.

Nota: Relación de dependencia = ((población de 0 a 14 años + población de 60 años y más)/población de 15 a 59 años)*100.
 Relación de dependencia de menores de 15 años = ((población de 0 a 14 años)/población de 15 a 59 años)*100.
 Relación de dependencia de mayores de 60 años = ((población de 60 años y más)/población de 15 a 59 años)*100.

El cambio demográfico ocurre en un contexto regional caracterizado por una persistente desigualdad (CEPAL, 2016a), que se expresa en la no realización de los derechos humanos en diferentes dimensiones. El contexto demográfico en el que se enmarcan las decisiones de políticas públicas indica que la región podría beneficiarse actualmente, y por cierto período de tiempo, de las ventajas potenciales del bono demográfico. Esta es una gran oportunidad para avanzar en el campo de la igualdad. Al mismo tiempo, ya se avizora la siguiente etapa, de desafío demográfico, en la que el envejecimiento provocará presiones fiscales.

5. Ajustes en pos de la igualdad para todas las edades

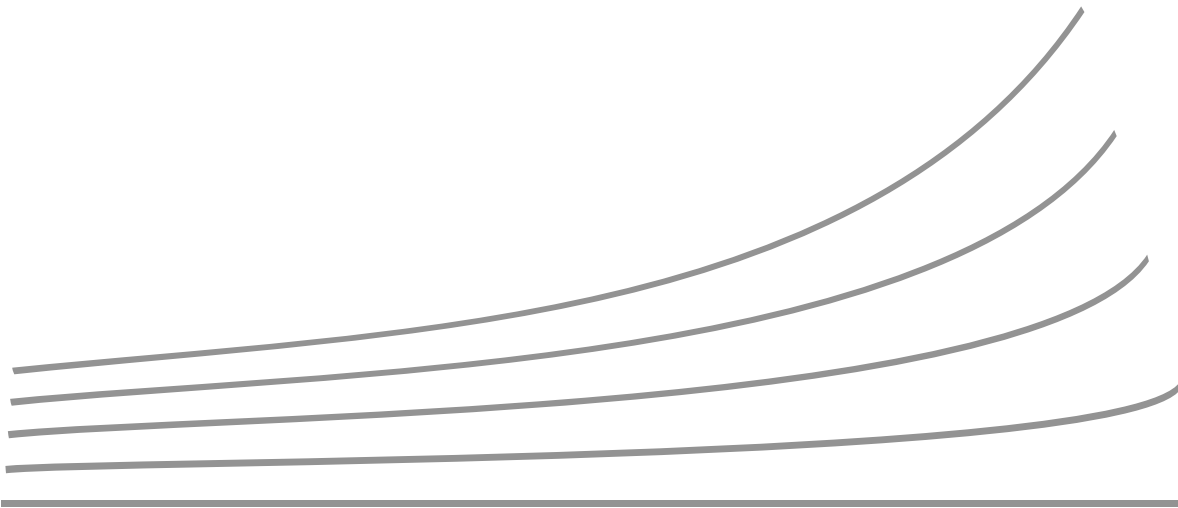
La ralentización del aumento del número de niños, niñas y adolescentes, acompañada de un incremento constante en el número de personas de edad avanzada, incide directamente en la equidad y la solidaridad intergeneracionales e intrageneracionales, que son los fundamentos de la sociedad (Naciones Unidas, 2010). Así, los países no solo deberían diseñar estrategias específicas para enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población, sino también tener en cuenta antiguas demandas y nuevas necesidades de otros grupos sociales.

Las soluciones “estrictamente demográficas” para retrasar el envejecimiento de la población no son viables, tanto porque no conciben con el enfoque de derechos (en el caso de las políticas pronatalistas) como porque sus efectos no son sostenibles en el mediano y largo plazo. La clave está en la planificación de largo plazo y el desarrollo de políticas públicas que interpreten los procesos demográficos, adoptando una perspectiva de largo plazo, a diferencia de la que habitualmente

prima en las administraciones de gobierno, debido al poco tiempo de que disponen para lograr resultados en sus gestiones. El envejecimiento de la población requiere atención especial, tanto por sus consecuencias para la sociedad en su conjunto (envejecimiento poblacional), como para las personas (envejecimiento individual). La región cuenta con un tiempo limitado para implementar ajustes en pos de una sociedad igualitaria e inclusiva para la población de todas las edades. Dadas las crecientes necesidades de cuidado de las personas mayores, la reducción de las cuidadoras no remuneradas como resultado de la integración cada vez mayor de las mujeres en el mercado laboral y la mantención de una desigual distribución sexual del trabajo de cuidado en el hogar (CEPAL, 2011c), estos ajustes suponen la redefinición del papel del Estado, el sector privado y la familia. Los responsables de las políticas públicas de los países deben tener en cuenta las características desiguales del envejecimiento poblacional, incluidas su mayor feminización y las condiciones más desfavorables para mujeres, indígenas y afrodescendientes.

En particular, las tendencias expuestas plantean una serie de desafíos para los sistemas de pensiones. La sostenibilidad financiera de los sistemas de pensiones contributivos se verá afectada por los cambios demográficos y la disminución en la relación entre cotizantes y beneficiarios, en especial en los sistemas públicos de reparto. Al crecer la proporción de personas mayores, aumentará la presión sobre los recursos de los sistemas de reparto. Así, la prolongación de la vida requiere de evaluaciones actuariales que guíen cambios paramétricos (Uthoff, 2017) y activen políticas fiscales con el objetivo de proteger a los asegurados. En el sistema de capitalización individual, la prolongación de la vida supone pensiones inferiores y el ajuste es automático. La solución puede ser individual (ahorrar más), colectiva (ahorro colectivo), por medio de aportes fiscales o una combinación de todas las anteriores. Asimismo, las altas tasas de informalidad que caracterizan al mercado laboral latinoamericano comprometen la financiación de los sistemas e incrementan la presión sobre las arcas fiscales, que de todas formas resultarán afectadas ante el aumento de una población envejecida, que a menudo carece de recursos adecuados para hacer frente a sus necesidades cada vez mayores de cuidados, servicios de salud y pensiones y que requiere de crecientes aportes no contributivos. Así, además de desarrollar políticas, intervenciones y medidas que promuevan la formalización de las empresas y del empleo, con el objetivo de aumentar la base contributiva de los sistemas de pensiones, será necesario evaluar ese conjunto de cambios para redefinir los paradigmas de los sistemas de pensiones y asegurar el derecho al acceso a la seguridad social consagrado en los diversos instrumentos reseñados en la primera sección, incluida la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Una de las mejores maneras de adoptar esta perspectiva de largo aliento es que los gobiernos desarrollen instrumentos para examinar el impacto fiscal y económico de los cambios en la población, procurando, al mismo tiempo, maximizar las prestaciones que puedan otorgarse para garantizar el ejercicio de los derechos de la ciudadanía, prever los mayores recursos que se necesitarán, incrementar las fuentes de financiamiento ante las crecientes demandas y mantener los criterios de responsabilidad fiscal y económica. Si bien muchos gobiernos formulan periódicamente pronósticos sobre la sostenibilidad de sus sistemas públicos de pensiones, rara vez incluyen evaluaciones de su incidencia en el carácter redistributivo del sistema y, por lo tanto, de sus repercusiones en la desigualdad. Es importante comprender los desafíos del envejecimiento desde una perspectiva más amplia, que tenga en cuenta su impacto en las personas, las familias, el sector privado y el Estado. De lo contrario, se corre el riesgo de que el enfoque limitado exclusivamente a la sostenibilidad de los programas de gobierno se traduzca en políticas que propondrán “resolver” los desafíos del envejecimiento mediante el traslado de la carga de los gobiernos a las personas y las familias (CELADE, 2014).



Capítulo III

Las dimensiones socioeconómicas del envejecimiento y las relaciones intergeneracionales

Fuente:

A. CEPAL (2018), *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe. La inserción laboral de las personas mayores: necesidades y opciones*
<https://bit.ly/36rqx1k>

B y C. CEPAL (2014), *La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe: la hora de la igualdad según el reloj poblacional*
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37252/1/MPD_ddr2_esp.pdf

D a H. CEPAL (2010), *Notas de Población Vol.37 N° 90*
<https://bit.ly/2GPxnoE>

Introducción

El capítulo III se enfoca en algunas dimensiones socioeconómicas del envejecimiento poblacional como el análisis de la magnitud y las características de la inserción de las personas mayores en los mercados laborales de América Latina, los beneficios que aportan el bono demográfico y de género –período particularmente favorable para el crecimiento económico–, así como los principales rasgos de la economía generacional.

Se inicia con el análisis de los acelerados procesos de envejecimiento que se están registrando en muchos países de la región y su impacto en los mercados laborales y los sistemas de protección social. Se abordan las características de la inserción laboral y los motivos de una mayor permanencia o (re)inserción de las personas mayores, que son variados y pueden diferenciarse entre subgrupos etarios y entre países con mercados laborales y sistemas de jubilación de diferentes niveles de desarrollo.

A continuación, se aborda el tema del aprovechamiento del bono demográfico, período en el que se produce una concentración de la población en el segmento de los adultos en edades activas, particularmente favorable para el crecimiento económico, ya que la fuerza laboral potencial crece más rápidamente que la población dependiente. Se plantean particularmente las posibilidades de invertir para mejorar la cobertura y la calidad de la educación y del bono de género, que de manera general se refiere al beneficio económico potencial que se obtiene por el incremento de la participación de la mujer en la actividad laboral.

Por último, el capítulo se centra en el abordaje de la economía generacional, y la información que ofrecen las cuentas nacionales de transferencias, estudios que consisten en ofrecer un método integral y sistemático para la medición y el análisis de los flujos económicos desde una perspectiva generacional. Se compone de las instituciones y mecanismos económicos que se utilizan para trasladar recursos económicos entre grupos etarios o generaciones. Finalmente, se ofrecen orientaciones de políticas públicas relacionadas con las transferencias para favorecer a las personas adultas mayores.

Fuente

CEPAL (2018), *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe. La inserción laboral de las personas mayores: necesidades y opciones*; pp. 21 - 42.

A. Inserción laboral de las personas mayores, necesidades y opciones

1. ¿Cuáles son los factores que influyen en el nivel y la evolución de la tasa de participación laboral de las personas mayores?

La participación laboral de las personas mayores es un tema de creciente interés, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, incluidos los de América Latina. La tasa de participación a nivel regional aumentó, tanto entre las personas mayores que en general ya superaron la edad legal (65 años y más) como en el grupo etario de 60 a 64 años, que representa un grupo mixto de personas menores y mayores de este umbral legal. Los motivos de la mayor permanencia o (re)inserción de las personas mayores son variados y pueden diferenciarse entre subgrupos etarios y entre países con mercados laborales y sistemas de jubilación de diferentes niveles de desarrollo y los cambios correspondientes. Entre las causas que influyen en la participación de las personas mayores en el mercado laboral se pueden destacar las siguientes:

- La falta de ingresos de las personas mayores, en el contexto de la menor presencia de hogares multigeneracionales y la debilidad de los sistemas de pensiones, puede obligarlas a seguir trabajando más allá de la edad legal de jubilación para generar ingresos para su subsistencia.
- Las tendencias de envejecimiento pueden tener consecuencias en los mercados laborales— entre ellas la escasez de oferta laboral— y en los sistemas de pensiones, cuya sostenibilidad puede peligrar. Esto vale tanto para los sistemas de solidaridad intergeneracional (con un aumento de la razón entre jubilados y personas en edad activa) como para los sistemas de ahorro individual (con un período de jubilación cada vez más extenso en comparación con el período durante el cual se contribuye a la cuenta) y puede fomentar el diseño de medidas que incentiven o, como en el caso del aumento de la edad legal de jubilación, impongan una actividad laboral más extendida.
- Los mejores niveles de salud, el interés en el contenido y los aspectos sociales y económicos del trabajo y la expectativa de una vida más larga pueden estimular el interés de las personas mayores en seguir vinculadas con el mercado laboral.
- Específicamente, la evolución de la participación laboral de las mujeres de 60 años y más debe considerarse en el contexto del incremento gradual de la inserción de las mujeres en general en los mercados de trabajo, que determinaría una reducción de las brechas de participación y ocupación entre hombres y mujeres en todos los grupos etarios. Además, pueden influir aspectos como la mayor esperanza de vida de las mujeres y los niveles correspondientes de viudez, en un contexto de baja autonomía económica de muchas mujeres mayores, relacionada con los sesgos inherentes a los sistemas de jubilación, que se traducen en menores niveles de cobertura y montos.

Con respecto al primer tipo de causas de la inserción laboral de las personas mayores, Scheil-Adlung (2013, pág. 5) muestra que, a nivel mundial, existe una correlación negativa entre la proporción de personas mayores que perciben una pensión y la tasa de participación de este grupo etario. En conjunto, América Latina y el Caribe se encuentran en un nivel intermedio, tanto con respecto a la cobertura de pensiones como a la tasa de participación de las personas mayores (Scheil-Adlung, 2013,

pág. 5). Además, las diferencias en la cobertura de los sistemas de pensiones sugieren que entre los países de la región existiría cierto grado de heterogeneidad en cuanto a la participación laboral de las personas mayores. Mientras que en la década de 1990 se aumentó la edad legal de jubilación y se tomaron medidas que redujeron la tasa de reemplazo en varios países (Bertranou, 2006), con las reformas aplicadas en el período más reciente se amplió el acceso a jubilaciones, tanto mediante la extensión de la cobertura de los sistemas contributivos como por la introducción o ampliación de los sistemas no contributivos (CEPAL, 2018a), que puede haber reducido la presión a trabajar para muchas personas mayores¹. Además, alrededor del período 2002-2011, el monto promedio de las pensiones aumentó en términos reales de 233,5 a 270,1 dólares de 2005 (CEPAL, 2013, pág. 185)².

De acuerdo con un análisis de la evolución de las tasas de participación laboral en los países avanzados realizado por el FMI (2018), el aumento de las tasas de participación de las personas de 55 años y más se explica principalmente por intervenciones políticas y por un aumento del nivel educativo de este grupo etario³. En efecto, con respecto al segundo tipo de causas de la variación de la inserción laboral de las personas mayores, las medidas implementadas en los países desarrollados para enfrentar las consecuencias del proceso de envejecimiento de la población contribuyeron al marcado aumento de la tasa de participación de las personas mayores. Entre estas medidas destacan el aumento de la edad de jubilación, la reducción del monto de las jubilaciones, las restricciones a la jubilación anticipada y los incentivos fiscales a la participación laboral de las personas mayores (Larsen y Pedersen, 2017; Lewandowski y Magda, 2018; Kyyrä y Pesola, 2018). También en algunos países latinoamericanos, las tendencias de envejecimiento aumentaron el interés en aprovechar mejor la fuerza de trabajo de las personas mayores⁴. Sin embargo, como ya se mencionó, en esta región prevalecieron las medidas para ampliar la cobertura de los sistemas de pensiones, de manera que este factor habría sido menos relevante que en los países desarrollados⁵.

Algunos de los cambios mencionados en los sistemas de pensiones introducidos en los países desarrollados suelen fomentar especialmente la participación laboral de las personas con bajos ingresos y, en algunos casos, de las personas pertenecientes a grupos que antes tenían regímenes especiales de jubilación con condiciones más favorables que las ofrecidas por el sistema general de pensiones.

En contraste, el tercer conjunto de motivaciones tiende a estimular la permanencia en el mercado laboral sobre todo de las personas con mayores niveles de educación e ingresos (incluidas las pensiones). Así, Larsen y Pedersen (2017) encontraron que en Suecia un cambio composicional, caracterizado por un aumento de la participación de las personas mayores de niveles educativos más

¹ Otro factor que puede obstaculizar el acceso de las personas mayores a un empleo asalariado son las actitudes de discriminación en la selección de personal, basadas en supuestos sobre su baja productividad (véase, por ejemplo, CEPAL (2017a, pág. 67)). En este documento no se indaga en este factor.

² Sin embargo, se registra una gran brecha entre la pensión promedio de los miembros de los hogares del primer quintil por ingresos per cápita (119 dólares de 2005) y la de los jubilados del quinto quintil (402 dólares de 2005).

³ Se argumenta además que, en algunos países, la crisis financiera de fines de la década pasada habría conducido a una mayor participación laboral de las personas mayores, debido al impacto negativo en el rendimiento de sus ahorros, su riqueza y su nivel de endeudamiento. En sentido contrario, se encontró que la pérdida de empleos con alto contenido de rutina afectó en mayor grado a las personas de edad, lo que habría incentivado su salida de la fuerza de trabajo.

⁴ Véase, por ejemplo, Diario Financiero (2017).

⁵ Si bien en varios países de la región se debate la manera de adaptar los sistemas de pensiones a las tendencias de envejecimiento de la población, últimamente no se han tomado medidas como el aumento de la edad de jubilación. Guatemala constituye una excepción, pues la edad de jubilación para las personas que se afiliaron al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) a partir del 1 de enero de 2011 se incrementó de 60 a 62 años. En ese país también se aumentó gradualmente el número de contribuciones requeridas. Recientemente, el Gobierno del Brasil fracasó en su intento de implementar una reforma previsional que incluía medidas como el aumento de la edad de jubilación y del número mínimo de contribuciones.

elevados, ha sido un importante factor explicativo del aumento de la participación laboral de este grupo etario. En el caso de Europa y los Estados Unidos, Graham (2014) encontró que las personas mayores que siguen trabajando están más satisfechas y felices con su vida que las jubiladas. En particular, la autora propone fomentar esquemas de retiro parcial (trabajo a tiempo parcial voluntario). Jacobs y Piyapromdee (2016) muestran que, en efecto, en los Estados Unidos hay una proporción elevada de personas mayores que trabajan a tiempo parcial, aunque no distinguen si prevalece la opción voluntaria o un tipo de inserción obligada por falta de alternativas⁶.

La salud y las discapacidades están estrechamente relacionadas con este conjunto de motivaciones. Por una parte, ambos factores suelen representar obstáculos a la inserción laboral para una mayor proporción de personas mayores que de los otros grupos etarios. Por ejemplo, según Blundell y otros (2017), en los Estados Unidos y el Reino Unido, el deterioro de la salud explica entre el 3% y el 15% de la reducción del nivel de empleo en el grupo de 50 a 70 años. Con la edad también aumenta la proporción de personas con alguna discapacidad, entre otras cosas como resultado de las condiciones de trabajo (Scheil-Adlung, 2013). Por otra parte, las mejoras en la salud de las personas mayores tenderían a incentivar su mayor permanencia en el mercado laboral, mientras que las nuevas tecnologías ayudarían a la inserción laboral de las personas con discapacidad⁷. Otro factor que influye en la inserción laboral voluntaria de las personas mayores es el contexto macroeconómico, pues cuando la decisión de trabajar no está determinada por la necesidad, las oportunidades percibidas para generar ingresos laborales influyen en esta decisión y también en las características de esta inserción.

Por último, como indican los datos sobre los cambios en la participación laboral de hombres y mujeres en un grupo de países europeos, la tasa de participación de las mujeres mayores aumentó más que la de los hombres de la misma edad. Esto es parte de la tendencia más amplia al cierre gradual de las brechas en las tasas de participación que se observa tanto en esos países como en América Latina. En consecuencia, podría esperarse que, en un contexto de aumento general de la inserción de las personas mayores en el mercado laboral, esta sea mayor para las mujeres que para los hombres.

2. Proyecciones demográficas y de participación laboral

De acuerdo con los datos y las proyecciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el proceso de envejecimiento de la población de América Latina conlleva una creciente proporción de personas mayores, no solo en la población total, sino específicamente en la fuerza de trabajo (véase el cuadro III.1). En efecto, se estima que entre 1980 y 2015 la proporción de personas con 60 años y más en la población total aumentó del 6,4% al 11,1%. Para 2050 se proyecta un fuerte incremento, al 25,4%. Como consecuencia de la mayor esperanza de vida de las mujeres, ellas representarían la mayoría de las personas con 60 años y más (proyección del 55%, tanto en 2030 como en 2050).

⁶ Jacobs y Piyapromdee (2016) analizan específicamente los casos relativamente frecuentes en los Estados Unidos en que las personas mayores regresan al mercado laboral después de haberse retirado y los vinculan con el fenómeno de desgaste profesional y la recuperación siguiente.

⁷ Mientras que el efecto positivo de las mejoras de la salud en la participación laboral parece un hecho bien establecido, las consecuencias del retiro del mercado laboral para la salud son ambiguas y dependen principalmente de las características del trabajo en que la persona se desempeñaba y su importancia en la vida de las personas (interacciones sociales, sentido de identidad, establecimiento de rutinas diarias, trabajo manual o cognitivo, entre otros) (Kuhn, 2018).

■ Cuadro III.1

América Latina: proporción de personas mayores en la población total y en la fuerza de trabajo, tasas de participación, por subgrupo etario

(En porcentajes)

Edad y sexo	1980	2000	2010	2015	2020	2030	2040	2050
Proporción de personas mayores en la población total								
60 años y más	6,4	8,0	9,7	11,1	12,7	16,6	20,9	25,4
Tasa de participación								
60 a 64 años, total	41,1	43,4	48,4	49,6	50,2	50,7	51,7	51,9
60 a 64 años, hombres	67,3	65,9	67,5	68,6	69,4	70,3	71,2	71,3
60 a 64 años, mujeres	17,3	23,3	31,3	32,8	33,3	33,3	33,8	33,8
65 a 69 años, total	30,2	31,6	35,4	36,0	36,2	36,1	36,8	37,1
65 a 69 años, hombres	51,0	50,1	51,0	51,2	51,6	51,5	52,5	52,6
65 a 69 años, mujeres	12,3	15,9	21,9	22,8	23,0	22,8	23,1	23,2
70 a 74 años, total	22,3	22,5	25,2	25,6	25,3	24,8	24,6	25,1
70 a 74 años, hombres	38,8	37,3	37,8	37,7	37,1	36,4	36,0	36,2
70 a 74 años, mujeres	8,7	10,7	14,9	15,6	15,5	15,3	15,2	15,5
75 a 79 años, total	17,0	16,7	18,5	18,7	18,6	18,1	17,7	18,0
75 a 79 años, hombres	30,1	28,8	29,0	28,7	28,4	27,6	27,0	27,1
75 a 79 años, mujeres	6,7	7,9	10,7	11,0	11,0	10,7	10,5	10,6
Proporción de personas mayores en la fuerza de trabajo								
60 años y más	5,4	5,5	6,6	7,5	8,3	10,3	12,7	15,0

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), “Estimaciones y proyecciones de población total, urbana y rural, y económicamente activa. América Latina, revisión 2017”, Santiago, 2017 [en línea] <https://www.cepal.org/es/temas/proyecciones-demograficas/estimaciones-proyecciones-poblacion-total-urbana-rural-economicamente-activa>.

Para el período entre 1980 y 2050, se proyecta un marcado aumento de la tasa de participación laboral de todos los subgrupos etarios, sobre todo de las personas en el rango de 60 a 69 años. Sin embargo, al contrario de lo observado en la evolución demográfica, en la cual el incremento de la proporción se acelera a lo largo del período, la tasa de participación laboral de las personas mayores aumentó sobre todo entre 1980 y 2010, mientras que para las décadas siguientes se proyectan solo leves aumentos entre las personas de 60 a 69 años y una estabilización de la tasa correspondiente a las personas de 70 años y más.

El aumento de las tasas de participación laboral entre 1980 y 2010 se debió exclusivamente a la mayor inserción laboral de las mujeres de 60 años y más, mientras las tasas correspondientes a los hombres se estancaron. En contraste, los aumentos de la tasa de participación del grupo etario de 60 a 69 años proyectados para las décadas posteriores se deberían a moderados incrementos para ambos sexos.

Como resultado de los procesos demográficos y las tendencias de participación laboral, entre 1980 y 2000 la proporción de personas mayores en la fuerza de trabajo se mantuvo estable alrededor del 5,5% y empezó a crecer posteriormente. Los porcentajes proyectados son del 10,3% para 2030 y del 15,0% para 2050. Obviamente, esta dinámica se debe más a las tendencias demográficas que a las variaciones de las tasas de participación.

3. Tendencias de ocupación y jubilación

A continuación se presentan algunos resultados de un procesamiento especial de las encuestas de hogares de ocho países latinoamericanos sobre la inserción laboral de las personas mayores⁸. En este trabajo, el concepto de personas mayores comprende a las personas de 60 años y más. Como se verá más adelante, el acceso a una jubilación incide significativamente en los niveles de inserción laboral. Sin embargo, la edad legal de jubilación varía entre los países analizados y, en muchos de ellos, también difiere entre hombres y mujeres. Para tener en cuenta esta heterogeneidad entre las personas mayores, en la mayoría de los cuadros y gráficos que se presentan a continuación se diferencian los resultados para tres subgrupos etarios, así como para hombres y mujeres. La cobertura de pensiones se refiere a la percepción de ingresos de jubilación provenientes de sistemas contributivos de pensiones⁹. Se procesaron encuestas de alrededor de 2002, 2012 y 2016 y se revisaron sobre todo los promedios simples de los resultados de los países, como reflejo de las tendencias predominantes¹⁰.

Como se observó en el cuadro III.1 con respecto a las tasas de participación, del cuadro III.2 se desprende que —como era de esperar— las tasas de ocupación disminuyen con la edad. La tasa de ocupación del conjunto de personas mayores de 60 años y más registra un leve aumento entre 2002 y 2016, debido a la mayor tasa de ocupación de las mujeres. Si bien la tasa de ocupación de los hombres disminuyó levemente, todavía duplicaba con creces la de las mujeres en 2016. Estas tendencias opuestas pueden estar relacionadas con el aumento de la proporción de jefas de hogar entre las mujeres mayores, mientras que esta proporción tiende a disminuir entre los hombres mayores (CEPAL, 2017a, pág. 40).

■ Cuadro III.2

América Latina (países seleccionados): tasas de ocupación por sexo y grupo de edad, alrededor de 2002, 2012 y 2016

(En porcentajes)

Edad	Total			Hombres			Mujeres		
	2002	2012	2016	2002	2012	2016	2002	2012	2016
60 a 64 años	49,6	54,0	55,7	70,7	73,1	74,1	30,4	36,9	39,6
65 a 69 años	38,6	39,0	39,3	55,7	55,4	54,8	23,2	24,8	26,2
70 años y más	22,1	19,9	20,4	34,1	30,4	30,8	12,0	11,4	11,9
60 años y más	34,2	34,6	35,4	50,6	49,8	49,8	20,0	21,8	23,3

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre la base de encuestas de hogares de la Argentina, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, México y el Perú.

Como se vio en el cuadro III.1 con respecto a los cambios en las tasas de participación entre 2000 y 2015, las variaciones en el agregado que se observan en el cuadro III.2 obedecen al considerable aumento de la tasa en el grupo de 60 a 64 años para ambos sexos, si bien mucho más marcado para las mujeres. El fuerte aumento de la tasa de ocupación de hombres y mujeres en este grupo etario debe analizarse en el marco del crecimiento de la ocupación que caracterizó a la

⁸ Los países cubiertos son: Argentina, a nivel urbano, y Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, México y Perú, a nivel nacional. Estos países representan el 80,7% de la población de América Latina con 60 años y más.

⁹ Se excluyen del cálculo los sistemas no contributivos, pues suelen otorgar pensiones con montos bajos y, en consecuencia, tendrían un impacto menor en la posibilidad de dejar de trabajar. Por ejemplo, alrededor de 2015, el promedio simple de las pensiones contributivas de ocho países fue de 679,8 dólares de 2010 (calculado a paridad del poder adquisitivo entre los países), mientras que el de las pensiones no contributivas fue de 127,2 dólares (sobre la base de CEPAL (2018a, pág. 74)). En un ejercicio futuro habría que ampliar el análisis a los sistemas no contributivos y comparar su impacto con el de los sistemas contributivos.

¹⁰ En el caso de Guatemala, se dispuso solo de dos encuestas (2000 y 2014). Para no sesgar los resultados del conjunto de países (promedio simple), se incorporaron los datos de Guatemala de 2014 a los promedios de 2012 y 2016.

región entre 2004 e inicios de la década de 2010, pues este grupo etario es el más estrechamente vinculado con el mercado laboral.

En contraste, la tasa de ocupación del grupo de 65 a 69 años solo aumentó levemente, como resultado de una modesta reducción de la tasa de los hombres y un aumento algo mayor de la tasa de las mujeres. Por último, la tasa de ocupación correspondiente al grupo de 70 años y más disminuyó como resultado de la contracción de la tasa de los hombres y el estancamiento de la tasa de las mujeres.

En consecuencia, el aumento promedio de la tasa de ocupación para el conjunto de las personas mayores en los países bajo estudio fue bastante moderado (del 34,2% al 35,4%), con cambios heterogéneos entre hombres y mujeres y subgrupos etarios. Este moderado aumento en el agregado fue bastante menor que el significativo aumento de la inserción laboral de las personas mayores que se registró en muchos países desarrollados. Estas diferencias probablemente se relacionan con las políticas aplicadas en este período, caracterizadas por medidas para incentivar una mayor permanencia en el mercado laboral en el caso de muchos países desarrollados y una expansión de los sistemas de pensiones en muchos países latinoamericanos.

La tasa de ocupación de las mujeres es mucho menor que la de los hombres y entre las personas mayores la brecha crece con la edad. Sin embargo, a raíz de las diferencias entre las variaciones de la tasa de ocupación por sexo en 2016, esta brecha era algo menor que en 2002: mientras la tasa de las mujeres de 60 años o más representaba el 39,5% de la de los hombres del mismo grupo etario en 2002, ese porcentaje aumentó al 46,7% en 2016. Aun así, esta brecha fue mucho mayor que en los grupos etarios más jóvenes, pues en 2016 las tasas de ocupación para la región en su conjunto alcanzaron el 70,0% para los hombres y el 45,3% para las mujeres, de manera que la tasa de estas últimas representó un 64,7% de la de los hombres (CEPAL, 2018b).

Un segundo fenómeno que se observa en el período examinado es el aumento en la proporción de personas mayores que cobran pensiones provenientes de sistemas contributivos. Esta cobertura se incrementó en el promedio de los ocho países, tanto para los hombres (del 41,6% en 2002 al 43,8% en 2016) como —en mayor magnitud— para las mujeres (del 29,1% al 37,1%). El aumento de la cobertura de pensiones se concentró en las personas mayores de 65 años y más, con aumentos de entre 8 y 10 puntos porcentuales entre las mujeres y de alrededor de 4 puntos entre los hombres. Sin embargo, estos últimos registran niveles de cobertura más elevados que los de las mujeres: alrededor de 2016, estos ascendían al 48,3% y el 37,2%, respectivamente, en el grupo de 65 a 69 años, y al 55,6% y el 42,3%, respectivamente, en el grupo de 70 años y más. En contraste, la cobertura en el grupo de 60 a 64 años aumentó solo entre las mujeres (del 21,2% en 2002 al 28,3% en 2016), mientras que la de los hombres disminuyó del 25,2% al 21,8%. Cabe recordar que el grupo de 60 a 64 años se distingue de los otros grupos etarios porque en la mayoría de los países los hombres de este grupo —y en algunos países también las mujeres— no han llegado a la edad general de jubilación¹¹. Aun así, un porcentaje no menor de hombres y mujeres de este grupo recibe una pensión contributiva en todos los países, que en aquellos donde la edad legal de jubilación se alcanza a los 65 años puede explicarse por regímenes especiales para ciertas ocupaciones que permiten una jubilación a una edad más temprana o por jubilaciones anticipadas.

Al comparar los países según la tasa de ocupación de las personas mayores y la cobertura de los sistemas de pensiones contributivas, se observa una clara relación negativa, que confirma los resultados globales ya mencionados (Scheil-Adlung, 2013). Esta relación vale tanto para el conjunto de las personas mayores, como para los subgrupos etarios (véase el gráfico III.1)¹². Este

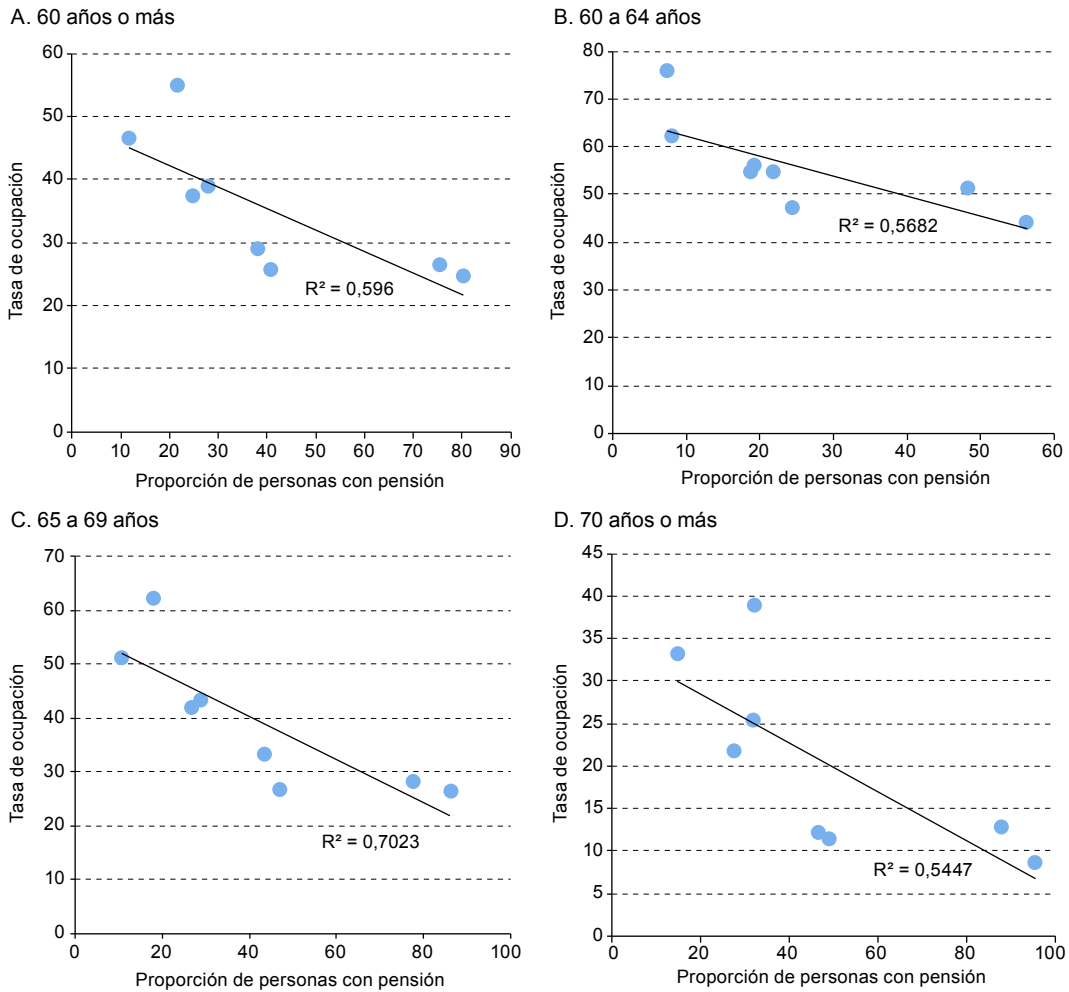
¹¹ Véase información sobre la edad de jubilación en los ocho países bajo estudio en el anexo II.A1.

¹² Eggleston, Sun y Zhan (2018) hallaron otra relación entre la percepción de una pensión por las personas mayores y el mercado laboral, pues encontraron que en China la introducción de un sistema de pensiones para las personas mayores de hogares rurales estimuló la migración laboral de los hijos.

resultado subraya la predominancia en la región del primer grupo de motivaciones para la inserción laboral de las personas mayores mencionado en la introducción, a saber, la falta de otras fuentes de ingresos, especialmente de pensiones, que obliga a muchas de ellas —probablemente en contra de sus preferencias— a trabajar, incluso más allá de la edad legal de jubilación. Específicamente, los elevados niveles de inserción laboral de las personas mayores que superaron la edad legal de jubilación constituyen una clara advertencia sobre la debilidad de los sistemas de protección social de la región.

■ **Gráfico III.1**

América Latina (países seleccionados): proporción de personas mayores que perciben una pensión contributiva y tasa de ocupación, por grupo de edad, alrededor de 2016
(En porcentajes)



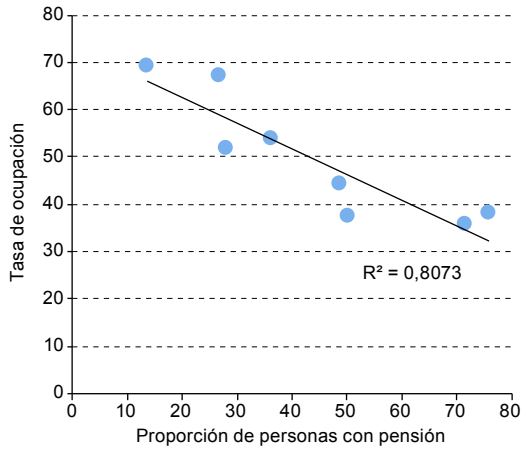
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre la base de encuestas de hogares de la Argentina, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, México y el Perú.

Al analizar esta relación por separado para hombres y mujeres se observa que se mantiene negativa para ambos sexos (véase el gráfico III.2). Sin embargo, la relación es sumamente estrecha para los hombres, tanto en el conjunto de los hombres mayores como en los demás subgrupos etarios, mientras que en el caso de las mujeres hay una dispersión mayor.

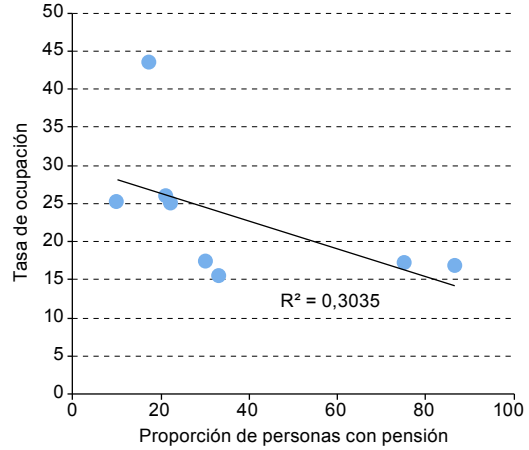
■ Gráfico III.2

América Latina (países seleccionados): proporción de personas mayores que perciben una pensión contributiva y tasa de ocupación, por sexo y grupo de edad, alrededor de 2016
(En porcentajes)

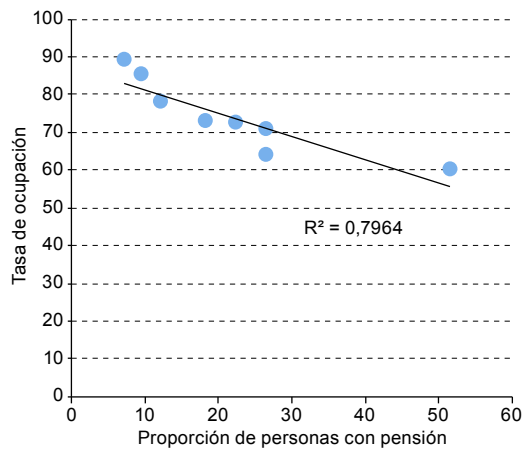
A. Hombres, 60 años o más



B. Mujeres, 60 años o más



C. Hombres, 60 a 64 años



D. Mujeres, 60 a 64 años

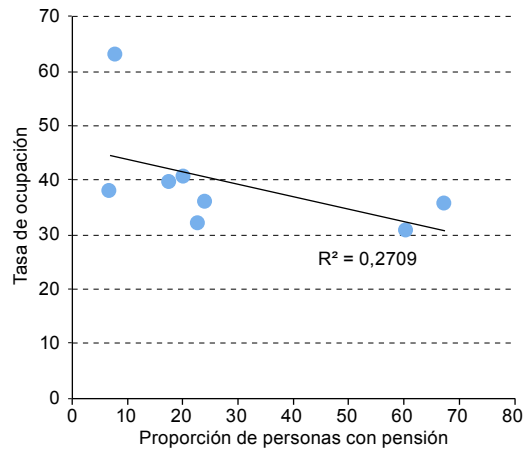
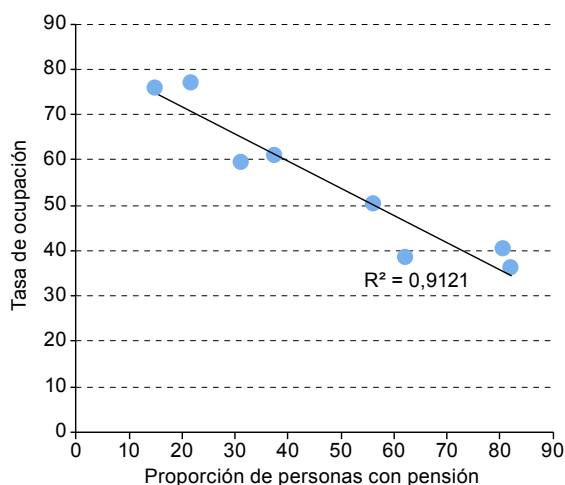
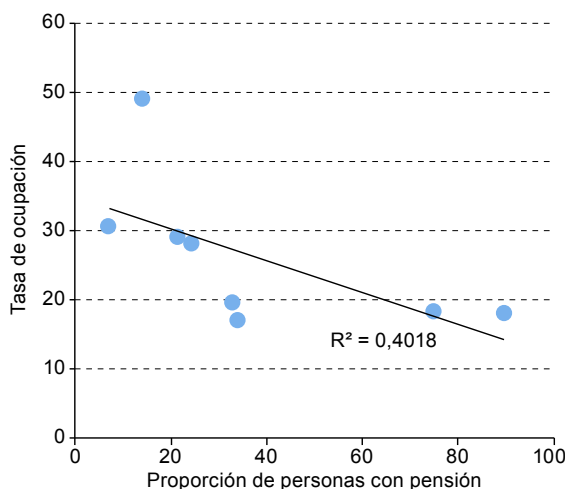


Gráfico III.2 (conclusión)

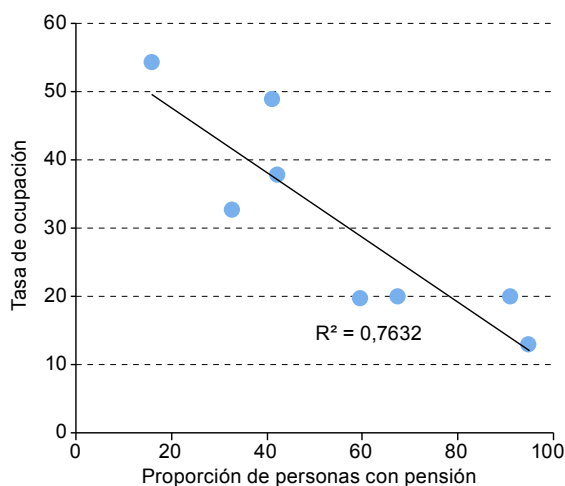
E. Hombres, 65 a 69 años



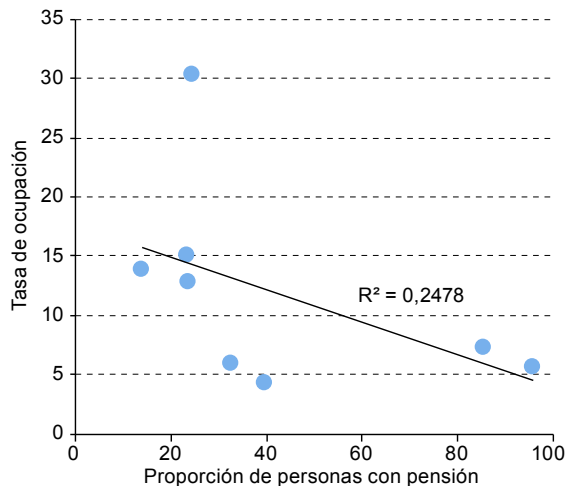
F. Mujeres, 65 a 69 años



G. Hombres, 70 años o más



H. Mujeres, 70 años o más



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre la base de encuestas de hogares de la Argentina, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, México y el Perú.

Esto indica que entre las personas mayores persiste la pauta cultural del proveedor hombre que, aun en la vejez, estaría a cargo de asegurar la subsistencia de los miembros del hogar. También entre las mujeres se observa esta correlación negativa y la falta de ingresos por jubilación obliga igualmente a muchas de ellas a seguir trabajando en edad avanzada, fenómeno que podría relacionarse con la creciente proporción de jefas de hogar entre las mujeres mayores.

En varios subgrupos, la relación negativa entre el trabajo y las pensiones se observa también con respecto a los cambios ocurridos entre 2002 y 2016. Así, entre los hombres y las mujeres de 70 años y más y los hombres de 65 a 69 años se registra, simultáneamente, un aumento de la cobertura de pensiones y una reducción o un estancamiento de la inserción laboral, mientras en el caso de los hombres de 60 a 64 años se observa una disminución de la cobertura de pensiones, que coincide con un aumento de la tasa de ocupación.

Sin embargo, no en todos los subgrupos se observa esta correlación negativa entre la cobertura del sistema de pensiones y la inserción laboral de las personas mayores. A ello contribuye que una parte de las personas mayores continúe trabajando a pesar de percibir una pensión. Además, la expansión de la cobertura de pensiones no siempre conlleva una menor inserción en el mercado laboral, tal como se desprende de los datos sobre la proporción de personas mayores que perciben una pensión de un sistema contributivo y trabajan (véase el cuadro III.3). En efecto, mientras que en el período analizado aumentó la cobertura de los sistemas de pensiones contributivas, la proporción de personas que perciben ese tipo de pensión y, simultáneamente, trabajan aumentó levemente, sobre todo entre las mujeres. A ello habría contribuido, obviamente, el bajo monto de la pensión.

■ Cuadro III.3

América Latina (países seleccionados): proporción de personas mayores que trabajan y perciben una pensión contributiva, por sexo, 2002, 2012 y 2016

(En porcentajes)

Edad	Total			Hombres			Mujeres		
	2002	2012	2016	2002	2012	2016	2002	2012	2016
60 a 64 años	7,2	7,7	7,1	9,8	8,6	7,9	4,9	6,9	6,6
65 a 69 años	9,0	10,6	10,4	14,2	16,0	15,5	4,5	6,0	6,1
70 años y más	5,2	5,4	5,6	9,1	9,2	9,4	2,2	2,5	2,7
60 años y más	6,7	7,3	7,2	10,5	10,7	10,4	3,5	4,5	4,6

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre la base de encuestas de hogares de la Argentina, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, México y el Perú.

Específicamente, entre las mujeres de 60 a 64 y de 65 a 69 años aumentaron tanto la tasa de ocupación como la cobertura de las pensiones. Esto puede deberse a que, entre 2002 y 2012, hubo un desarrollo dinámico de los mercados laborales, que generó nuevas oportunidades de trabajo para muchas mujeres. Por otra parte, algunas de las reformas de los sistemas de pensiones incluyeron medidas para contrarrestar las brechas de género en el mercado de trabajo y su impacto en las pensiones¹³. Sin embargo, en muchos casos las pensiones pueden haber sido insuficientes para satisfacer las necesidades materiales y no habrían desincentivado la inserción laboral de las personas mayores¹⁴. En consecuencia, aún con un aumento de la cobertura de las pensiones, no se redujo el porcentaje de mujeres que trabajan a pesar de recibir una pensión, que en cambio disminuyó lentamente en el caso de los hombres.

A raíz de las tendencias resumidas hasta ahora, se redujo la proporción de personas mayores que no trabajan ni perciben una pensión. Sin embargo, alrededor de 2016, la proporción de este segmento especialmente vulnerable sigue siendo alta para el conjunto de las personas mayores (31,7%) y, sobre todo, para las mujeres (44,3%) (véase el cuadro III.4). Esto es obviamente resultado de la desigualdad de género con respecto a la división del trabajo, que excluye a una gran proporción de mujeres del mercado laboral, en particular del empleo formal que les permitiría acceder a una pensión basada en un sistema contributivo. De esta manera, la desigualdad que caracteriza la edad activa se reproduce en la edad de jubilación. La falta de ingresos propios de muchas mujeres de edad pone de relieve el desafío de fortalecer la autonomía económica de las mujeres.

¹³ Por ejemplo, en varios países se fomentó la cobertura de los sistemas de pensiones entre las empleadas domésticas. Además, en Chile se introdujo una bonificación universal por hijo nacido o adoptado, que incide en el monto de las pensiones de las madres. En otros países de la región (Estado Plurinacional de Bolivia y Uruguay) se bajó la edad de jubilación de las mujeres en función del número de hijos.

¹⁴ En 2015, el monto promedio de las pensiones totales en 17 países fue de 613,3 dólares de 2010 (ajustados por paridad de poder adquisitivo) en el caso de los hombres y 483,9 dólares en el de las mujeres (sobre la base de CEPAL (2018a, pág. 74)).

■ Cuadro III.4

América Latina (países seleccionados): proporción de personas mayores que no trabajan ni perciben una pensión contributiva, por sexo, 2002, 2012 y 2016

(En porcentajes)

Edad	Total			Hombres			Mujeres		
	2002	2012	2016	2002	2012	2016	2002	2012	2016
60 a 64 años	34,4	27,6	25,8	13,9	11,7	11,6	53,3	41,9	38,7
65 a 69 años	35,0	29,4	28,8	14,2	13,0	12,4	53,6	53,8	42,8
70 años y más	41,5	38,0	37,1	23,9	23,8	23,0	56,2	49,3	48,5
60 años y más	37,6	32,8	31,7	18,3	17,4	16,9	54,5	45,8	44,3

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre la base de encuestas de hogares de la Argentina, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, México y el Perú.

La tasa de personas que no trabajan ni perciben una pensión es más elevada en el grupo de más edad (70 años y más), que también registró la menor reducción de esta tasa en el tiempo (tanto entre los hombres como entre las mujeres), lo que refleja la elevada vulnerabilidad de este grupo. Finalmente, los avances se desaceleraron y para el conjunto de las personas mayores (60 años y más), esta tasa bajó 0,5 puntos porcentuales por año entre 2002 y 2012 y solo 0,3 puntos porcentuales por año entre 2012 y 2016.

En el cuadro III.5 se muestran la tasa de ocupación y la tasa de percepción de una pensión de las personas mayores según su nivel educativo. Estos datos indican que el segundo grupo de motivaciones para la actividad laboral de las personas mayores (el interés personal en una vida activa) también es relevante para la inserción laboral de dicho grupo etario. Se observa —en cierto sentido contrario a la correlación negativa establecida a nivel agregado entre el acceso a una pensión y la inserción laboral— que, en comparación con los otros grupos educativos, las personas mayores que cuentan con un nivel de estudios más elevado (13 años y más) presentan tanto una mayor percepción de pensiones (el 61,5% de las personas de 60 años y más en 2016, frente al 35,6%-49% en los otros grupos educativos) como una tasa de ocupación más alta (el 41,4%, frente al 33,4%-38,7% en los otros grupos educativos).

■ Cuadro III.5

América Latina (países seleccionados): tasas de ocupación y de percepción de una pensión entre las personas mayores, según años de estudio, sexo y situación jubilatoria, alrededor de 2016

(En porcentajes)

Años de estudio	0 a 6 años		7 a 9 años		10 a 12 años		13 y más años		Total	
	TO	TPP	TO	TPP	TO	TPP	TO	TPP	TO	TPP
Total	33,4	35,6	38,7	43,1	35,4	49,0	41,4	61,5	35,4	40,2
Sin pensión	42,8	0	52,2	0	52,1	0	70,9	0	47,0	0
Con pensión	16,4	100	20,8	100	18,1	100	22,9	100	18,0	100
Hombres	47,9	40,1	54,1	47,1	50,0	51,6	51,6	57,7	49,8	43,7
Sin pensión	65,1	0	78,8	0	76,9	0	83,0	0	70,0	0
Con pensión	22,2	100	26,3	100	24,8	100	28,6	100	23,8	100
Mujeres	22,1	32,2	23,1	39,3	23,0	46,8	28,1	66,1	23,3	37,1
Sin pensión	27,3	0	29,1	0	32,6	0	49,9	0	29,6	0
Con pensión	11,1	100	13,9	100	12,1	100	17,0	100	12,5	100

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre la base de encuestas de hogares de la Argentina, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, México y el Perú.

Nota: TO= tasa de ocupación, TPP= tasa de percepción de una pensión.

El hecho de que los máximos valores para ambos indicadores coincidan en el grupo con niveles educativos más elevados mostraría la presencia de un segmento (minoritario en el conjunto de las personas mayores que trabajan) en que la motivación para trabajar a edad avanzada se relaciona más con las preferencias que con las necesidades de esas personas.

Esta interpretación se ve apoyada por el hecho de que la mayor tasa de ocupación corresponde a las personas con mayor nivel educativo, tanto entre quienes no perciben una pensión (el 70,9% en comparación con el 42,8%-52,2% en los otros niveles educativos sin pensión) como entre aquellos que sí lo hacen (el 22,9% en comparación con el 16,4%-20,8% en los otros niveles educativos con pensión)¹⁵.

Como se constató previamente, los niveles de cobertura de las pensiones y la tasa de ocupación de las mujeres de edad avanzada son más bajos que los de los hombres. La única excepción son las mujeres mayores más educadas, cuya tasa de percepción de pensiones es ligeramente más elevada que la de los hombres del mismo nivel educativo. Entre las mujeres, el aumento simultáneo de la tasa de ocupación y la tasa de percepción de pensiones con un nivel educativo creciente es muy marcado. Entre los hombres sucede lo mismo en el caso de las pensiones, pero la tasa de ocupación es más elevada en el grupo que ha completado entre 7 y 9 años de estudios.

Por último, la tasa de desempleo abierto de las personas mayores suele ser relativamente baja. Por ejemplo, en el último trimestre de 2017, la tasa de desocupación en Chile fue del 6,4% (6,0% para los hombres, 6,8% para las mujeres). En contraste, la tasa de desempleo abierto de las personas de 60 años y más fue del 2,7% (3,0% para los hombres, 2,1% para las mujeres)¹⁶. A este bajo nivel contribuirían los siguientes factores:

- Las personas mayores que tienen una inserción laboral involuntaria necesitan ingresos laborales y no pueden darse el lujo de quedar desempleadas. Se trata de un fenómeno similar al verificado habitualmente en la región de que las tasas de desempleo abierto de los hombres de bajo nivel educativo sean relativamente bajas.
- Como se verá más adelante, entre los adultos ocupados, la agricultura está sobrerrepresentada y en esta rama de actividad la tasa de cesantía habitualmente está por debajo del promedio. Esto se debe a que las personas que se dedican al trabajo agrícola suelen conocer el ciclo productivo y, por lo tanto, saben cuándo vale la pena buscar empleo y cuándo no.
- Muchas de las personas mayores que trabajan por preferencia más que por necesidad tienen su propio proyecto económico o trabajan a partir de una oportunidad que se les ofrece, más que después de una búsqueda de empleo.

¹⁵ La elevada tasa de ocupación entre los adultos más calificados que no perciben una pensión reflejaría la presencia de personas que previamente trabajaron fuera de los sistemas de pensiones contributivos, sobre todo como trabajadores independientes.

¹⁶ Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadísticas (INE), "Encuesta Nacional de Empleo, ENE" [base de datos en línea] <http://www.ine.cl/estadisticas/laborales/ene?categoria=Situaci%C3%B3n%20de%20Fuerza%20de%20Trabajo>.

4. Características de la inserción laboral de las personas mayores

En comparación con el conjunto de los ocupados, entre las personas mayores destaca la mayor proporción de empleadores y trabajadores por cuenta propia (véase el cuadro III.6)¹⁷. En este grupo etario, la proporción de trabajadores independientes aumenta con la edad¹⁸. En contraste, la proporción de asalariados es menor que entre los ocupados en su conjunto y disminuye gradualmente con la edad¹⁹. Entre las personas mayores, la proporción de ocupados que se desempeñan como trabajadores (familiares) no remunerados es algo menor que en el agregado, debido a que en esta categoría suele encontrarse una alta proporción de jóvenes. Sin embargo, entre las personas mayores los datos muestran un leve aumento de esta proporción con la edad²⁰. Por último, la proporción de trabajadores domésticos entre los ocupados mayores es similar a su proporción en el empleo en su conjunto y se reduce con la edad²¹. Cabe señalar que todas las tendencias indicadas con respecto a la comparación entre los subgrupos etarios de las personas mayores se observan tanto para los hombres como para las mujeres.

■ Cuadro III.6

América Latina (países seleccionados): personas mayores (60 años y más) ocupadas, según categoría de ocupación, por sexo, 2002, 2012 y 2016

(En porcentajes)

	Total			Hombres			Mujeres		
	2002	2012	2016	2002	2012	2016	2002	2012	2016
Empleador	8,6	8,4	8,1	10,1	9,9	9,7	5,3	5,5	5,1
Trabajador por cuenta propia	50,5	47,3	45,9	52,1	47,3	46,2	47,6	46,6	45,4
Asalariado	30,3	35,5	36,8	34,6	40,3	41,6	20,7	26,0	28,1
Empleado doméstico	4,6	4,5	5,6	0,7	0,5	0,9	13,4	13,5	14,7
Trabajador no remunerado	6,0	4,2	3,5	2,4	1,9	1,6	13,1	8,4	6,8

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre la base de encuestas de hogares de la Argentina, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, México y el Perú.

En términos generales, la elevada proporción del empleo independiente en este grupo de edad estaría relacionada con dos situaciones: en primer lugar, la preferencia de los empleadores por personas más jóvenes puede excluir a las personas mayores del empleo asalariado y, en segundo lugar, las personas mayores pueden preferir un trabajo independiente y aprovechar las habilidades y los conocimientos adquiridos a lo largo de su vida laboral para trabajar fuera de la estructura jerárquica del empleo asalariado. En el primer caso, la inserción se caracterizaría por condiciones laborales precarias, mientras que en el segundo no necesariamente es así.

Igual que para el conjunto de los ocupados, la proporción de mujeres es menor que la de hombres con respecto a los empleadores, los trabajadores por cuenta propia y los asalariados y mayor en el empleo doméstico y el trabajo familiar no remunerado. Sin embargo, llama la atención que también entre las mujeres la proporción de trabajadoras independientes es muy elevada (alrededor

¹⁷ Véase la estructura del empleo según la categoría de ocupación en América Latina en los anexos de las diferentes ediciones del Panorama Laboral de América Latina y el Caribe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y del Panorama Social de América Latina de la CEPAL.

¹⁸ En 2016, la proporción de los empleadores crece del 7,5% en el grupo de 60 a 64 años al 10,6% en el de 70 años y más. En el caso de los trabajadores por cuenta propia el aumento es del 42,1% al 58,4%.

¹⁹ La proporción del 40,9% en el grupo de 60 a 64 años disminuye al 22,2% en el de 70 años y más.

²⁰ En 2016, el 3,3% de las personas del grupo de 60 a 64 años se desempeñó en esta categoría, mientras que en el grupo de 70 años y más esta proporción fue del 4,7%.

²¹ Mientras que en 2016 esta proporción fue del 6,2% en el grupo de 60 a 64 años, en el de 70 años y más llegó al 4%.

del 50%), probablemente debido a la ya mencionada creciente proporción de jefas de hogar entre las mujeres de 60 años y más. De todas maneras, esta proporción representa alrededor de la mitad de la de los hombres en el caso de los empleadores y alcanza tasas similares en el caso de los trabajadores por cuenta propia.

Entre 2002 y 2016, la proporción de trabajadores independientes, tanto empleadores como trabajadores por cuenta propia, disminuyó moderadamente. El trabajo no remunerado también perdió peso en la estructura de empleo de las personas mayores. En contraste, en este período caracterizado por una dinámica generación de empleo asalariado en el mercado de trabajo regional, aumentó la proporción de esta categoría también entre los ocupados de edad²². Asimismo, aumentó la proporción del servicio doméstico, sobre todo entre las mujeres, un proceso contrario a la evolución del mercado de trabajo en su conjunto, donde se registra un descenso de la proporción de esta categoría de ocupación en el empleo. Posiblemente, el aumento de la proporción de esta categoría entre las mujeres de 60 años y más se debe a que las mujeres más jóvenes optan cada vez más por otras ocupaciones, de manera que surgen más oportunidades para las mujeres mayores.

Al comparar la inserción laboral por categoría de ocupación, diferenciando a las personas mayores que trabajan y, además, perciben una pensión de los que no tienen esta segunda fuente de ingresos, se observa que el primer grupo se caracteriza por una mayor proporción de trabajadores independientes (empleadores o trabajadores por cuenta propia), tanto entre los hombres como entre las mujeres (véase el cuadro III.7).

■ Cuadro III.7

América Latina (países seleccionados): personas mayores (60 años y más) ocupadas, según categoría de ocupación, por situación jubilatoria y sexo, alrededor de 2016
(En porcentajes)

	Total		Hombres		Mujeres	
	Con pensión	Sin pensión	Con pensión	Sin pensión	Con pensión	Sin pensión
Empleador	10,7	8,1	12,3	9,7	6,8	5,1
Trabajador por cuenta propia	49,4	45,9	50,6	46,2	49,3	45,4
Asalariado	30,8	36,8	32,0	41,6	27,1	28,1
Empleado doméstico	5,1	5,6	1,4	0,9	12,1	14,7
Trabajador no remunerado	4,0	3,5	3,6	1,6	4,7	6,8

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre la base de encuestas de hogares de la Argentina, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, México y el Perú.

Esto puede reflejar, principalmente, dos situaciones. En primer lugar, que a lo largo de su vida laboral la persona mayor cumplió los requisitos para percibir una pensión y antes de llegar a la edad de jubilación inició un trabajo de manera independiente, que mantuvo aun teniendo acceso a la jubilación²³. En segundo lugar, que la persona se jubiló como asalariada y, para mantener una vida activa e ingresos adicionales, empezó una nueva fase de su vida laboral como trabajadora independiente. Por lo tanto, este resultado podría indicar nuevamente que, a nivel regional, si bien entre las personas mayores que trabajan predominan los casos en que se ven obligadas a trabajar por la falta o insuficiencia de otras fuentes de ingresos (además de pensiones, podrían ser subsidios o remesas), también hay situaciones que corresponden al tercer tipo de motivaciones, es decir la

²² En contraste, entre 1990 y 2003 decreció la proporción de asalariados entre los ocupados de 60 años y más (Bertranou, 2006), lo que subraya la importancia del contexto macroeconómico y la evolución laboral en su conjunto para las opciones de inserción de este grupo de edad.

²³ La afiliación a los sistemas contributivos suele ser muy baja entre los trabajadores independientes (Gontero y Weller, 2017), por lo cual es muy probable que muchas de estas personas hayan trabajado previamente como asalariadas.

preferencia —más que la necesidad— de seguir trabajando aunque se haya llegado a la edad de jubilación y la percepción de ingresos por este concepto.

Algo similar puede darse en el caso de los hombres mayores que trabajan y perciben una pensión y que se desempeñan como trabajador familiar no remunerado. También en este caso la proporción es más alta que entre aquellos que solo trabajan. Es de suponer que entre estos hombres predominan aquellos que después de jubilarse colaboran con la empresa familiar (que antes posiblemente dirigían), que ahora estaría bajo la dirección de la generación siguiente. Este no es el caso de las mujeres, pues la proporción es más alta entre aquellas que no perciben una jubilación. Probablemente predominan los casos en que las mujeres ya se desempeñaban como trabajadoras familiares no remuneradas y siguieron con sus actividades cuando llegaron a la edad de jubilación.

En contraste, entre los hombres mayores que trabajan y no perciben ninguna pensión, la proporción de asalariados es mucho más elevada que entre aquellos que trabajan y obtienen una jubilación, mientras que entre las mujeres la proporción de asalariadas es similar en ambos grupos.

Dado que los sistemas de pensiones contributivas suelen diseñarse en relación con empleos formales y que estos se centran en las zonas urbanas, se puede suponer que existe una relación significativa con la estructura productiva y, específicamente, con el peso del empleo agropecuario. En el promedio de 17 países latinoamericanos, a inicios de la década actual, el 11% de los ocupados en el sector agropecuario tenían 65 años o más de edad, en marcado contraste con las otras ramas de actividad, donde esta proporción oscilaba entre el 1,5% en el sector de electricidad, gas y agua y el 5,1% en el comercio, con una tasa del 5,3% para el conjunto de las ramas de actividad²⁴. Tanto entre los hombres como entre las mujeres, la proporción de personas mayores en el empleo agropecuario sobrepasa claramente las respectivas tasas de las otras ramas de actividad (véase el cuadro III.8).

■ Cuadro III.8

América Latina (países seleccionados): personas mayores (65 años y más) ocupadas, según rama de actividad, por sexo, alrededor de 2012

(En porcentajes)

	Composición de la ocupación de las personas mayores			Proporción de personas mayores en el empleo		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Agricultura, ganadería y pesca	41,2	48,7	23,4	11,0	11,4	9,7
Minería	0,3	0,4	0,1	2,2	2,4	0,4
Electricidad, gas y agua	0,2	0,2	0,2	1,5	1,7	1,1
Industria manufacturera	8,9	7,2	13,2	3,9	3,6	4,4
Construcción	3,8	5,6	0,1	2,6	2,7	0,7
Comercio, restaurantes y hoteles	23,0	17,1	36,3	5,1	5,3	4,9
Servicios financieros, bienes raíces y servicios a empresas	2,7	3,3	1,5	2,7	3,8	0,9
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	3,5	4,8	0,9	2,7	3,2	1,1
Otros servicios	16,1	12,6	24,2	3,1	4,4	2,3
Total	100,0	100,0	100,0	5,3	6,0	4,3

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre la base de encuestas de hogares de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, el Paraguay, el Perú, la República Dominicana, el Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

Nota: Mientras que en los otros cuadros y gráficos el concepto de persona mayor corresponde a las personas con 60 años o más, en este cuadro se refiere a las personas de 65 años o más, debido a la agrupación disponible en la fuente original.

²⁴ Estos datos corresponden al promedio de los datos de 17 países latinoamericanos alrededor de 2012, procesados en el marco de un proyecto de la CEPAL (Weller, 2016).

En consecuencia, el 41,2% de las personas mayores ocupadas de 65 años o más de edad trabajan en el sector agropecuario²⁵. Esta permanencia productiva de las personas mayores del sector agropecuario refleja la falta de fuentes de ingreso alternativas a causa de la debilidad de los sistemas de pensiones en las zonas rurales, sobre todo para los trabajadores agropecuarios (Weller, 2016). También se debe a las características específicas de la economía campesina (integración de unidad productiva y hogar) y a la falta de mecanismos de transición intergeneracional en el manejo de las fincas (Dirven, 2002). En consecuencia, el mencionado peso relativo de la agricultura en el trabajo de las personas mayores está relacionado con la marcada presencia de empleadores y trabajadores por cuenta propia en este sector²⁶.

A raíz de la mayor permanencia de las personas mayores en actividades productivas del sector agropecuario, su tasa de participación es mucho más elevada en las zonas rurales que en las urbanas. En el promedio ponderado de los países de la región, en 2014, la tasa de participación de los hombres de 60 años o más fue del 44,7% en las zonas urbanas y del 66,8% en las zonas rurales. Entre las mujeres del mismo grupo etario las tasas correspondientes fueron del 20,3% y el 32,9% (CEPAL, 2016).

Si bien el número promedio de horas de trabajo por semana disminuye gradualmente con la edad de los ocupados, este número es muy elevado para las personas mayores (véase el cuadro II.9). Por otra parte, no sorprenden los otros resultados sobre las horas de trabajo de las personas mayores. Específicamente, las personas que solo trabajan lo hacen durante más horas que los que, además, perciben una pensión. Sin embargo, las diferencias no son muy marcadas, salvo en el caso de los hombres de 60 a 64 años, muchos de los cuales todavía no tienen la opción de jubilarse debido a las regulaciones correspondientes.

■ Cuadro III.9

América Latina (países seleccionados): horas de trabajo por semana de las personas mayores (60 años y más) ocupadas, por situación jubilatoria y sexo, alrededor de 2002 y 2016

	Total		Hombres		Mujeres	
	Trabajan	Trabajan y perciben una pensión	Trabajan	Trabajan y perciben una pensión	Trabajan	Trabajan y perciben una pensión
2002						
60 a 64 años	44,7	38,5	48,0	40,1	36,6	35,8
65 a 69 años	42,8	39,2	45,9	40,4	34,5	38,5
70 años y más	39,0	37,9	40,2	39,1	35,6	27,7
60 años y más	43,0	38,6	45,8	39,7	35,9	35,3
2016						
60 a 64 años	43,8	36,5	47,4	38,1	37,6	35,2
65 a 69 años	41,0	39,2	44,6	42,1	34,5	33,3
70 años y más	38,1	36,2	40,9	37,7	32,9	33,0
60 años y más	42,1	37,3	45,5	39,2	36,1	34,2

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre la base de encuestas de hogares de la Argentina, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, México y el Perú.

²⁵ Esta proporción es del 23% para el grupo etario de 50 a 64 años y del 20,2% para el conjunto de los ocupados.

²⁶ En el promedio de 15 países, alrededor de 2012, un 22,3% de los empleadores y un 17,8% de los trabajadores por cuenta propia que se desempeñaban en el sector agropecuario tenían 65 años y más (Weller, 2016, pág. 88). Estas tasas superan claramente el citado 11% que este grupo etario representa en el empleo agropecuario en su conjunto.

Además, se observa que:

- En ambos grupos, los hombres trabajan durante más horas en el mercado laboral que las mujeres²⁷.
- Al avanzar la edad disminuyen las horas trabajadas. Sin embargo, esto ocurre muy gradualmente y los hombres y las mujeres de 70 años y más que trabajan lo hacen en promedio 39,2 y 31,1 horas por semana, respectivamente.
- Entre 2002 y 2016, en la mayoría de los subgrupos se registra una leve reducción de las horas trabajadas, con la excepción principal de las mujeres que trabajan sin percibir una pensión (específicamente en los grupos de 60 a 64 y 65 a 69 años).

Por último, se analizan los ingresos laborales por hora de las personas mayores. En el cuadro III.10 los ingresos de cada subgrupo etario y sexo se expresan en relación con el promedio de los ingresos laborales por hora de todas las personas mayores ocupadas.

■ Cuadro III.10

América Latina (países seleccionados): ingreso laboral por hora relativo de las personas mayores (60 años y más) ocupadas, por situación jubilatoria y sexo, alrededor de 2002 y 2016
(Índice ingreso laboral promedio de todas las personas mayores ocupadas del año correspondiente=100)

	Total			Hombres			Mujeres		
	Total	Trabajan	Trabajan y perciben una pensión	Total	Trabajan	Trabajan y perciben una pensión	Total	Trabajan	Trabajan y perciben una pensión
2002									
60 a 64 años	103,5	100,6	126,3	111,6	107,9	133,6	80,0	78,4	113,3
65 a 69 años	99,6	93,9	146,7	108,6	109,9	164,6	73,4	75,6	73,9
70 años y más	80,0	87,0	98,1	83,7	99,8	96,7	61,5	56,1	81,6
60 años y más	100,0	97,5	123,5	107,5	104,8	128,9	77,0	75,6	105,0
2016									
60 a 64 años	104,7	102,3	126,4	106,8	104,1	142,0	98,1	96,0	102,2
65 a 69 años	92,1	94,8	107,6	95,6	99,4	108,7	82,7	82,6	84,8
70 años y más	86,8	91,6	89,7	89,2	99,7	91,5	76,6	70,4	72,8
60 años y más	100,0	99,0	108,8	102,4	101,7	112,8	93,0	90,9	103,3

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre la base de encuestas de hogares de la Argentina, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, México y el Perú.

Nota: Se marcan en color más oscuro los valores superiores a los comparables en la otra situación jubilatoria.

El ingreso por hora tiende a disminuir con la edad y es más alto para los hombres que para las mujeres, si bien esta última brecha se redujo algo entre 2002 y 2016. Es interesante notar que, en ambos años, en la mayoría de los subgrupos por edad y sexo, las personas que además de trabajar perciben una pensión ganan, en promedio, ligeramente más que los que solo trabajan. Este resultado puede obedecer a dos fenómenos diferentes: que los ingresos que perciben las personas del primer grupo mediante sus pensiones les permitan ser más selectivos al realizar algún trabajo y que la mayor informalidad que caracteriza a las personas sin acceso a una pensión esté vinculada con trabajos menos productivos que generan ingresos más bajos.

²⁷ Hay que tener en cuenta las horas que las mujeres trabajan en tareas de cuidado y otras labores domésticas, que suelen ser muchas más que las que dedican los hombres a esas tareas.

5. Conclusiones y consideraciones sobre políticas públicas

En América Latina, la falta de una pensión surge como factor principal para la inserción laboral de las personas mayores, ilustrado por una correlación negativa muy marcada entre la proporción de personas mayores con acceso a una jubilación y la tasa de ocupación de este grupo etario. La correlación es particularmente estrecha entre los hombres y refleja el papel que históricamente se les adjudica como responsables de generar los recursos monetarios para la subsistencia del hogar. Sin embargo, esta relación también es bastante acentuada entre las mujeres, tanto debido a la importancia de los hogares encabezados por mujeres, como por su necesidad de ingresos adicionales e interés en alcanzar la autonomía económica.

A diferencia de lo ocurrido en muchos países desarrollados, las políticas para promover una permanencia más extendida de las personas mayores en el mercado laboral (aumento de la edad de jubilación, entre otras) y desincentivar la jubilación temprana (restricción del acceso a opciones de jubilación anticipada, entre otras) no han desempeñado un papel relevante en América Latina. Al contrario, a partir de niveles mucho más bajos de cobertura de los sistemas contributivos de pensiones, la proporción de personas de 60 años y más que perciben una jubilación de un sistema contributivo aumentó significativamente en la región, como resultado de una dinámica generación de empleo formal y políticas de formalización laboral. No obstante, todavía persiste una gran brecha hasta la universalización del acceso a esta fuente de ingreso clave en la vejez²⁸. En consecuencia, alrededor del período 2002-2016, el aumento de las tasas de participación laboral y ocupación entre las personas mayores se concentró en el subgrupo más cercano a la edad activa (60 a 64 años, que para la mayoría de los hombres y para muchas mujeres todavía no representa la edad de jubilación). Se supone que la tendencia al aumento de la cobertura de los sistemas de pensiones se mantendrá vigente en el futuro cercano, por lo cual no se proyectan grandes aumentos de las tasas de participación laboral de las personas mayores, sobre todo aquellas con más de 65 años, cuya tasa se mantendría estable o disminuiría levemente.

Por otra parte, si bien en la comparación entre los países se registra una fuerte correlación negativa entre la cobertura de pensiones y la tasa de ocupación, esto no significa que el acceso a una pensión necesariamente conlleva la salida de la fuerza de trabajo. La proporción de hombres y mujeres que trabajan a pesar de percibir una pensión no ha disminuido en el tiempo. Esto puede deberse, básicamente, a dos situaciones. La primera tendría que ver con el monto de las pensiones, que puede ser insuficiente para la subsistencia del hogar, de manera que las personas necesitan generar ingresos adicionales por medio del trabajo remunerado. La segunda puede estar relacionada con las preferencias de las personas mayores, pues, al igual que en los países desarrollados, la permanencia en actividades remuneradas una vez superada la edad de jubilación podría estar motivada por el deseo de mantenerse económicamente activas (para seguir haciendo una contribución productiva, mantener relaciones sociales, plantearse objetivos específicos, entre otras cosas), más que por la necesidad económica. Destacan en este contexto la inserción relativamente elevada de las personas de edad con mayores niveles educativos, incluso entre los que perciben una jubilación, y el nivel relativamente alto de personas mayores que trabajan de manera independiente (empleador trabajador por cuenta propia).

Los factores de contexto, en particular las tendencias y los aspectos estructurales del empleo, también desempeñan un papel importante en la inserción laboral de las personas mayores y su variación. Específicamente, si bien las tasas de ocupación de las mujeres mayores están muy por debajo de las de los hombres de la misma edad, esta brecha se redujo, en concordancia con las tendencias generales de los mercados laborales de la región. Además, al contrario de lo observado

²⁸ Al mismo tiempo, en muchos países se crearon y ampliaron esquemas no contributivos de pensiones, pero estos no se tuvieron en cuenta en este trabajo debido al bajo monto de las pensiones que generalmente otorgan.

en la fase anterior (Bertranou, 2006), en el período analizado aumentó la proporción de asalariados entre los ocupados mayores, nuevamente en concordancia con la tendencia predominante en los mercados laborales. Por último, la composición del empleo de las personas mayores según la categoría de ocupación está fuertemente influenciada por las características del empleo agropecuario y el peso de las personas mayores en ese sector.

Como consecuencia de un leve aumento de la tasa de ocupación y de la proporción de personas mayores que perciben una pensión contributiva, entre 2002 y 2016 la proporción de este grupo etario que no dispone de ingresos del trabajo ni de una pensión se redujo del 37,6% al 31,7% en el promedio de los ocho países bajo estudio. Sin embargo, esta proporción —todavía elevada a pesar de los avances recientes— es mucho más alta para grupos específicos, especialmente para las mujeres y el grupo de mayor edad (70 años y más). Además, los avances en la reducción de estas tasas se concentraron en el período 2002-2012, mientras que se enlentecieron en los años siguientes.

¿Cuál debería ser la orientación de las políticas en esta área? Desde una perspectiva de derechos, las políticas deberían diferenciar entre la inserción laboral involuntaria y voluntaria de las personas mayores, para enfrentar los factores que determinan la primera y facilitar la segunda.

Entre las medidas para reducir la inserción laboral involuntaria destaca, por supuesto, el acceso a una pensión digna mediante la expansión y transformación de los sistemas de pensiones. Esto implica expandir los sistemas contributivos de pensiones por medio de la formalización de las relaciones laborales e impulsar reformas financieramente sostenibles que aumenten los montos otorgados por los sistemas de pensiones, sobre todo para las personas que tienen bajos ingresos laborales a lo largo de su vida activa. Además, es necesario fortalecer los sistemas no contributivos, visto que —debido a la estructura de los mercados laborales latinoamericanos— para gran parte de la población es imposible alcanzar un monto digno de jubilación a través de sus aportes a un sistema contributivo²⁹. En este contexto, es fundamental considerar la manera de fortalecer la autonomía económica de las mujeres mayores, pues muchas de ellas no tienen acceso a una pensión digna debido a los sesgos en la inserción en el trabajo remunerado (CEPAL, 2018a).

La presión por insertarse de manera involuntaria en el mercado laboral a pesar de haber alcanzado y superado la edad de jubilación también puede suavizarse mediante una mayor percepción del cuidado de las personas mayores con necesidades como responsabilidad de la sociedad en su conjunto. Incrementar el acceso a los servicios correspondientes reduciría la presión de generar los ingresos monetarios que se requieren, por ejemplo, para cubrir los costos del cuidado del cónyuge.

Además de la necesidad de generar más recursos para financiar mayores beneficios a través de los sistemas de pensiones, los procesos de envejecimiento de la población latinoamericana generan nuevos desafíos para la sostenibilidad financiera de dichos sistemas. Esto requiere un amplio diálogo para definir medidas efectivas y que cuenten con una amplia aceptación, aunque en algunos casos probablemente no sean populares, como se observa en muchos países desarrollados donde se están tomando medidas para enfrentar los retos que el envejecimiento representa para la sostenibilidad de los sistemas de pensiones.

Por otra parte, habría que revisar los reglamentos de los sistemas de pensiones para determinar y, en la medida de lo posible, eliminar los obstáculos que pueden enfrentar las personas mayores en edad de jubilación que prefieren seguir trabajando sin perder sus derechos a una pensión. Sería especialmente importante promover oportunidades de trabajo remunerado a tiempo parcial para las personas mayores que quieran mantenerse activas y obtener ingresos adicionales.

Otro aspecto relevante es la discriminación que las personas mayores a menudo enfrentan al buscar un empleo asalariado (CEPAL, 2017a, pág. 67). Además de regular las situaciones más obvias

²⁹ Véase un análisis sobre la heterogeneidad de los trabajadores por cuenta propia y las limitaciones para hacer aportes permanentes a un sistema contributivo de pensiones en Gontero y Weller (2017).

de discriminación, este obstáculo a la inserción laboral requiere un cambio cultural generalizado. Posiblemente, el mismo proceso de envejecimiento ayuda a reducir el número de situaciones de discriminación, sobre todo en contextos de escasez de fuerza de trabajo, especialmente con competencias y cualificaciones específicas. En algunos casos será necesario capacitar a las personas mayores para adaptar sus cualificaciones a los cambios en los procesos productivos y organizativos, por ejemplo, cuando el envejecimiento o alguna discapacidad les impidan desempeñarse en su ocupación anterior, pero tengan la capacidad y el interés para trabajar en otra ocupación.

En el caso del trabajo independiente, el acceso al crédito puede ser un obstáculo que tiende a agravarse para las personas mayores, por consideraciones de riesgo de las instituciones financieras. En respuesta a esta restricción, en varios países se han establecido programas especiales que otorgan créditos para este grupo de edad (CEPAL, 2017a, págs. 115-118). Revisar estas experiencias y diseñar productos financieros para las personas mayores, con un adecuado manejo del riesgo, puede facilitar su inserción productiva voluntaria.

Fuente CEPAL (2014), *La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe: la hora de la igualdad según el reloj poblacional*; B, pp. 40-42, C, pp. 42-45.

B. La propagación del bono y del impuesto demográfico en el mundo

La convergencia global de la estructura etaria de la población, tiende a contribuir a la convergencia global del bienestar económico. Todas las poblaciones pasan por un período en el que se produce una concentración de la población en el segmento de los adultos de edades activas, lo que corresponde con la segunda y tercera etapa de la transición de la estructura etaria (mostradas en el mapa II.1), cuando se produce una oleada de la población de adultos jóvenes y de mediana edad. Este período es particularmente favorable para el crecimiento económico, ya que la fuerza laboral potencial crece más rápidamente que la población dependiente (Bloom, Canning y Sevilla, 2003; Wong y Carvalho, 2006).

Este período económico favorable o *bono demográfico* dura algunas décadas, y en su punto máximo puede contribuir con más del 1% al crecimiento anual del PIB per cápita. Todos los países del mundo experimentan este bono demográfico, en el que la estructura por edad de su población es particularmente favorable para el crecimiento económico. Sigue después un período en el que el cambio demográfico es adverso, ya que la fuerza laboral potencial crece más lentamente que la población dependiente. Este período económico de impuesto demográfico también es temporal. Así, a raíz de que los países en desarrollo están pasando por una etapa favorable de bono demográfico y los desarrollados por una fase adversa de impuesto demográfico, las diferencias demográficas contribuirían a una convergencia del PIB per cápita entre el mundo en desarrollo y el desarrollado.

Este cambio del PIB per cápita a causa de las transformaciones de la estructura etaria de la población se calcula de manera simplificada mediante la diferencia entre la velocidad de crecimiento de la población en edad de trabajar —considerándola como un proxy de la fuerza laboral y el crecimiento del PIB— y la velocidad de crecimiento de la población en general. Por ejemplo, en el caso de México, la población en edad laboral (de 20 a 64 años) creció a una tasa anual del 2,5% en el período de 1980 a 2010 (de 29 millones a 62 millones de personas). La población total creció a un ritmo más lento, de 1,7% anual de 1980 a 2010 (de 70 millones a 115 millones). Este crecimiento más rápido de la población en edad laboral que la población total habría incrementado el PIB per cápita en un 0,9% anual, o un 30% entre 1980 y 2010. Si se usan las proyecciones de población por edad de las Naciones Unidas, se pueden calcular fácilmente los efectos del cambio de la estructura etaria sobre el crecimiento económico para períodos de 30 años, observando la propagación de los bonos y los impuestos demográficos en todo el mundo, tal como se muestra en el mapa III.1.

En el mapa III.1a se observan los importantes impactos del cambio de la estructura etaria sobre el crecimiento del PIB per cápita. En el período 1980-2010 el impacto económico del bono demográfico fue particularmente grande en México y China, donde el PIB por persona se incrementó aproximadamente en un 30%, es decir, se añadió alrededor del 1% por año al crecimiento anual del PIB per cápita.

En el mapa III.1b se aprecia un cambio sustancial de la geografía del verano demográfico para el período 2010-2040. Durante las próximas décadas, será África la región que disfrute de los beneficios de una estructura etaria más favorable, pues su población se concentrará en las edades activas. En América Latina se observa que el bono demográfico se desplazará hacia Centroamérica, con efectos particularmente intensos en esa zona, así como en los países andinos en América del Sur.

En este mismo período, se perciben los primeros impuestos demográficos. En algunos países se proyecta que la población dependiente crecerá significativamente más rápido que aquella en edad de trabajar. Este cambio demográfico pesaría en el crecimiento del PIB per cápita. El efecto es leve,

pero notable. El Japón, grandes partes de Europa, Canadá, Australia y Cuba pagarán impuestos demográficos a medida que envejeczan sus poblaciones —sufrirán un giro hacia condiciones económicamente más adversas en las próximas décadas.

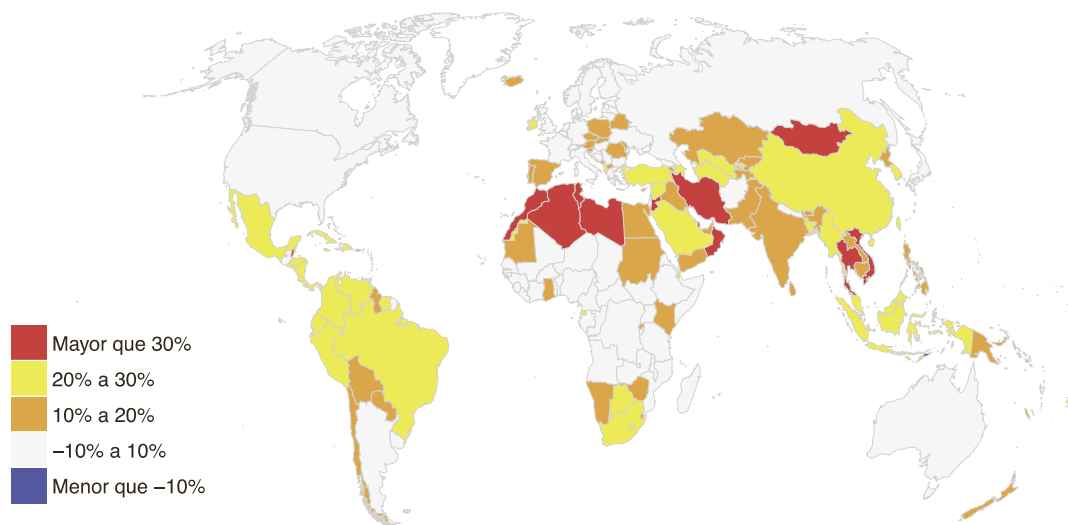
En el mapa III.1c se aprecia la proyección del período comprendido entre 2040 y 2070. Ese lapso marca la desaparición del bono demográfico en el mundo. Unos cuantos países de África continuarían registrando efectos positivos; sin embargo, el bono demográfico habría terminado en la mayoría. En América Latina se observaría el comienzo del período del impuesto demográfico en el Brasil, Chile y Costa Rica, junto con China, Indonesia y una gran parte del Oriente Medio y del norte de África. El impuesto demográfico, así como el bono demográfico, constituyen fases temporales. Una vez que la gran onda de población generada por la disminución de la fecundidad pase por la población, la era de los bonos y los impuestos terminará. Es decir, el mundo está experimentando un evento demográfico único que se desarrollará en el transcurso de este siglo.

Los efectos directos del bono demográfico, como se ha medido aquí, ascienden solamente al 1% por año, en un período de 30 años. Por supuesto, en las economías en las que el PIB per cápita está creciendo a una tasa del 8% o el 9% anual, este impacto demográfico directo representa una proporción pequeña del crecimiento. Sin embargo, los bonos demográficos pueden ser realmente importantes para el bienestar económico. En primer lugar, existen efectos indirectos sustanciales de los cambios de la estructura etaria sobre las economías, que pueden ser mucho más significativos que los efectos directos medidos aquí y que son planteados en la próxima sección. En segundo lugar, también es importante tener en cuenta que la mayoría de los beneficios directos del bono demográfico los experimentarán las familias —y especialmente las más pobres—, dado que la reducción del número de hijos en el hogar aumenta el consumo per cápita dentro de este, así como también la posibilidad de trabajar fuera de él. Entonces, los cambios demográficos no solo han contribuido a un aumento del PIB per cápita, también fueron muy importantes en la reducción de la pobreza en la región. Un reciente informe del UNFPA resume la evidencia macroeconómica: “Transformaciones de estructuras de edad son responsables de una parte sustancial de la reciente reducción de la pobreza en algunos países, debido al bono demográfico” (Hakkert y otros, 2012).

■ Mapa III.1

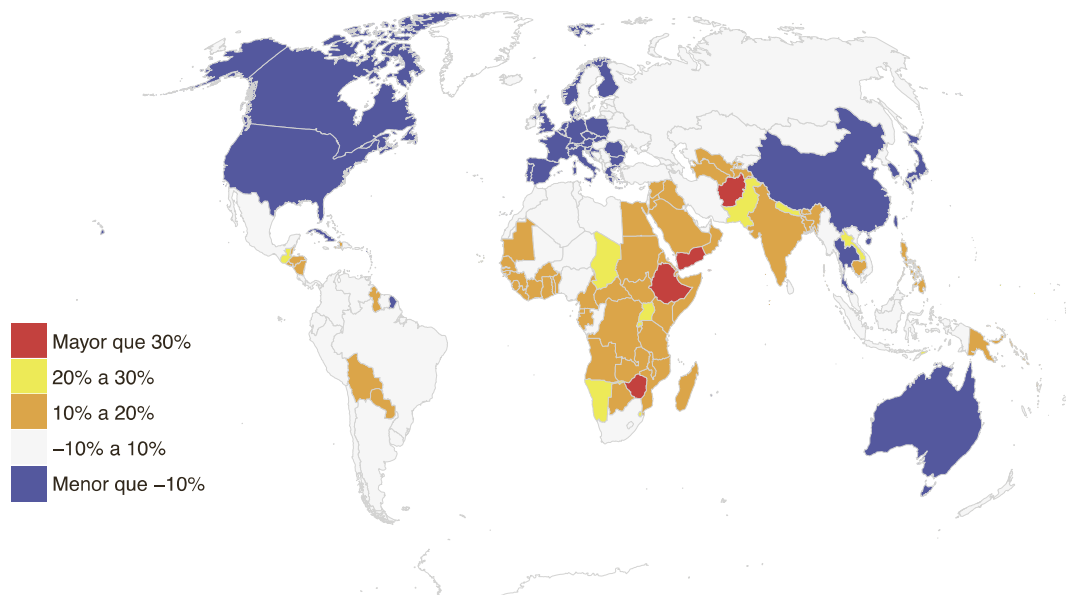
La contribución de las transformaciones de la estructura etaria al crecimiento del pib per cápita^a
(En puntos porcentuales)

A. 1980-2010

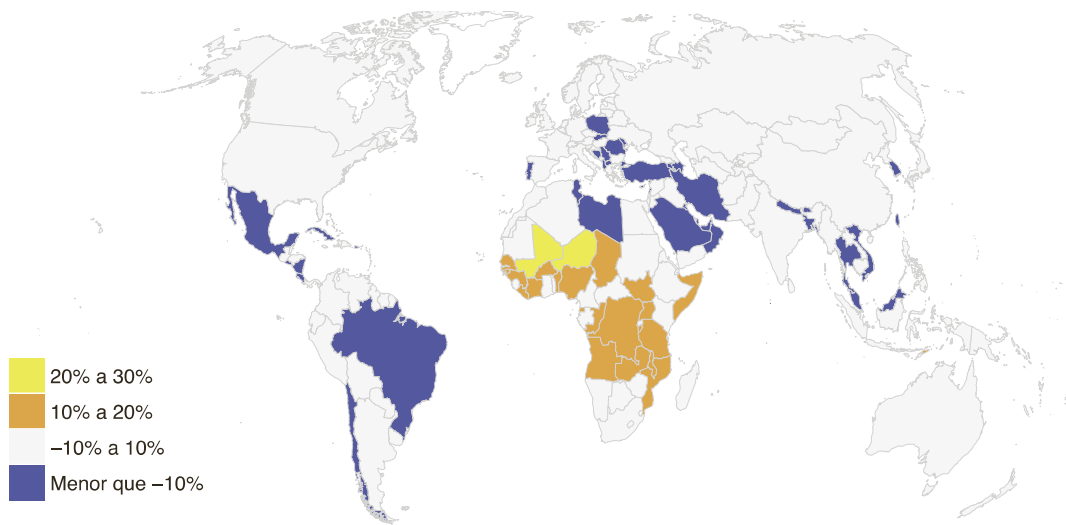


Mapa III.1 (conclusión)

B. 2010-2040



C. 2040-2070



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de *United Nations, World Population Prospects: The 2012 Revision*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, 2013.

^a La contribución del cambio de la estructura etaria al crecimiento del PIB per cápita durante cada período de 30 años se mide como la diferencia entre el crecimiento de la población en edad laboral (de 20 a 64 años) y la población total durante ese período de 30 años.

C. El bono de la igualdad de género

Por lo general, la participación de la mujer en la actividad económica ha sido tradicionalmente baja en América Latina. Sin embargo, en las últimas décadas se ha observado un incremento significativo de este indicador, favorecido por el proceso de transición demográfica, especialmente la reducción de la fecundidad y los cambios del tamaño y la composición de las familias asociados a ella. El incremento de la participación de las mujeres en la actividad económica, en la medida que esté vinculado a empleos de calidad, puede traducirse en un aumento sustancial del aporte que ellas realizan a los ingresos de sus hogares y, por lo tanto, al crecimiento económico y a la reducción de la pobreza. De ahí surge el concepto de bono de género, que de manera general se refiere al beneficio económico potencial que se obtiene por el incremento de la participación de la mujer en la actividad laboral. La magnitud económica del *bono de género* se define como el incremento del producto per cápita que se logra en la medida en que se avanza hacia la equidad de género en la participación económica (Martínez, Miller y Saad, 2013).

Una manera de estimar la magnitud del bono de género en un determinado país sería mediante el aumento de la producción económica per cápita resultante de la paridad laboral entre hombres y mujeres, calculado sobre la base de las cuentas nacionales del país. Se trata de una medida aproximada, ya que no considera en sus cálculos la producción económica que no es captada en las cuentas nacionales, tales como el cuidado de la familia y el trabajo en el hogar. Dado que las mujeres desempeñan estas actividades con mayor frecuencia que los hombres, la estimación en este caso tendería a exagerar la magnitud del verdadero bono de género. Es decir, esta medida trae implícito el supuesto de que las mujeres no generan ningún aporte económico fuera del mercado de trabajo; pero en realidad lo que sucede es que por lo general ellas producen servicios esenciales que, de acuerdo a las prácticas metodológicas actuales, no se incluyen en las cuentas nacionales. De todas formas, si bien esta medida exagera la verdadera magnitud del bono de género, refleja fielmente su impacto en el crecimiento del PIB per cápita medido por las cuentas nacionales.

En el gráfico III.3, se muestra las contribuciones anuales de los dos bonos combinados (demográfico y de género) al crecimiento económico anual de 20 países de América Latina en el pasado reciente (1980-2010). El impacto estimado sobre el crecimiento del PIB per cápita es considerable: casi todos los países muestran una contribución de más de un punto porcentual por año al crecimiento —con la excepción de Cuba, Haití y el Uruguay. El país con el mayor bono combinado durante el pasado reciente fue Colombia, donde el impacto sobre el crecimiento del PIB per cápita fue de 1,8 puntos porcentuales. Las contribuciones del bono de género y del bono demográfico fueron más o menos iguales allí. Observando todos los países se encuentra que, en promedio, el bono de género fue casi tan grande como el bono demográfico durante este período. En promedio, el bono de género contribuyó aproximadamente 0,6 puntos porcentuales al crecimiento anual del PIB per cápita, igual que el dividendo demográfico. Esa es precisamente una de las principales conclusiones: que el bono de género es casi tan significativo como el bono demográfico.

Sin embargo, aparece una variación sustancial entre los países. La Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, el Ecuador y Guatemala tuvieron bonos de género por encima de la media regional —que contribuyeron en más de 0,8 puntos porcentuales por año al crecimiento del PIB per cápita. Mientras, otros países como Cuba y Haití registraron bonos de género inferiores a esa medida —con contribuciones inferiores a los 0,2 puntos porcentuales. Respecto del bono demográfico se evidenció una variación similar durante el pasado reciente: en el Brasil, Costa Rica, Colombia, Cuba y México fue superior a la media en el período —contribuciones de más de 0,8 puntos porcentuales anuales al

crecimiento del PIB per cápita—, en tanto que otros países, tales como la Argentina, Guatemala y el Uruguay, registraron bonos inferiores a ese parámetro, con un dividendo demográfico que contribuyó menos de 0,2 puntos porcentuales al crecimiento anual del PIB per cápita.

Si se mira hacia el futuro próximo, las estimaciones del impacto combinado de los bonos demográfico y de género en el período 2010-2040 ponen en evidencia cambios entre los países. Se proyecta que Colombia, que tuvo el bono combinado más alto de los últimos tiempos (1,8 puntos porcentuales), pasaría a tener uno de los dividendos más bajos en un futuro próximo (0,4 puntos porcentuales). Haití, que al contrario registró el bono combinado más bajo en el pasado reciente (0,4 puntos porcentuales), alcanzaría un bono combinado de 0,9 puntos porcentuales en el futuro cercano. Además, se prevé que varios países tendrán bonos que excedan un punto porcentual por año: Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua.

En comparación con el pasado reciente, se observa una disminución del tamaño del bono demográfico en la mayoría de los países de la región (16 de 20). En promedio, la contribución de este bono al crecimiento del PIB per cápita caería de 0,6 a 0,3 puntos porcentuales. La contribución del bono de género al crecimiento económico, en tanto, también se reduciría desde 0,6 a 0,4 puntos porcentuales. Por lo tanto, en promedio, el dividendo de género será más importante que el bono demográfico en América Latina en el período considerado. Se proyecta que en 12 de los 20 países el dividendo de género excederá el bono demográfico. Este hallazgo tiene implicaciones importantes para la dirección de las futuras investigaciones y políticas públicas en la región.

En América Latina, como en gran parte del mundo en desarrollo, se está experimentando un incremento sustancial y sostenido de las tasas de participación económica de las mujeres, que conduce hacia una convergencia de la participación femenina hacia la magnitud de la participación masculina. Entre los principales factores relacionados con la creciente participación de las mujeres sobresale el descenso de la fecundidad, asociado al proceso de transición demográfica, así como una serie de transformaciones interrelacionadas con él, como la reducción del tamaño y el cambio de la estructura de los hogares, el aumento del nivel educativo de las mujeres y sus indudables avances en el logro de una mayor autonomía.

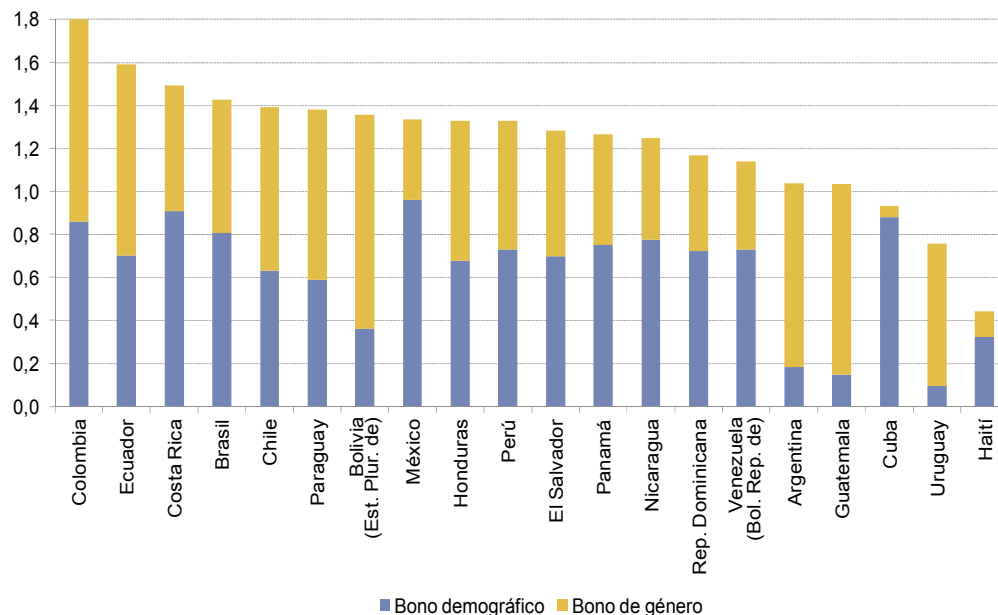
A pesar de ello, la brecha entre las tasas de participación económica de mujeres y hombres aún es muy alta e incluso los países más avanzados de la región muestran un importante retraso comparado con lo que han logrado algunos países europeos. Esto sugiere que persisten condiciones culturales y factores estructurales en el mercado laboral que no solo dificultan el acceso y la permanencia de las mujeres en el empleo, sino que además implican que reciban menores remuneraciones que los hombres. De ahí la existencia de un amplio margen para el aprovechamiento del bono de género en la región, capaz de generar un aumento importante de la producción económica per cápita, en la medida que se avance hacia la paridad entre mujeres y hombres en el mercado de trabajo. Tal contexto plantea a todos los países el reto y la oportunidad de avanzar en la implementación de políticas tendientes a estimular la participación femenina en igualdad de condiciones que la masculina. Se ha demostrado que la autonomía de la mujer tiene un alto impacto positivo en sus posibilidades de participación económica. Por lo tanto, debe favorecerse su empoderamiento mediante su presencia en todas las esferas de la vida social, desde el hogar, pasando por el espacio comunitario, hasta la participación política en las altas esferas del poder, todo ello en el marco de acciones tendientes a la transformación de los factores culturales relacionados con la distribución tradicional de los roles productivos y reproductivos entre mujeres y hombres. La economía de la nueva era demográfica en América Latina depende de manera crucial de la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres.

■ Gráfico III.3

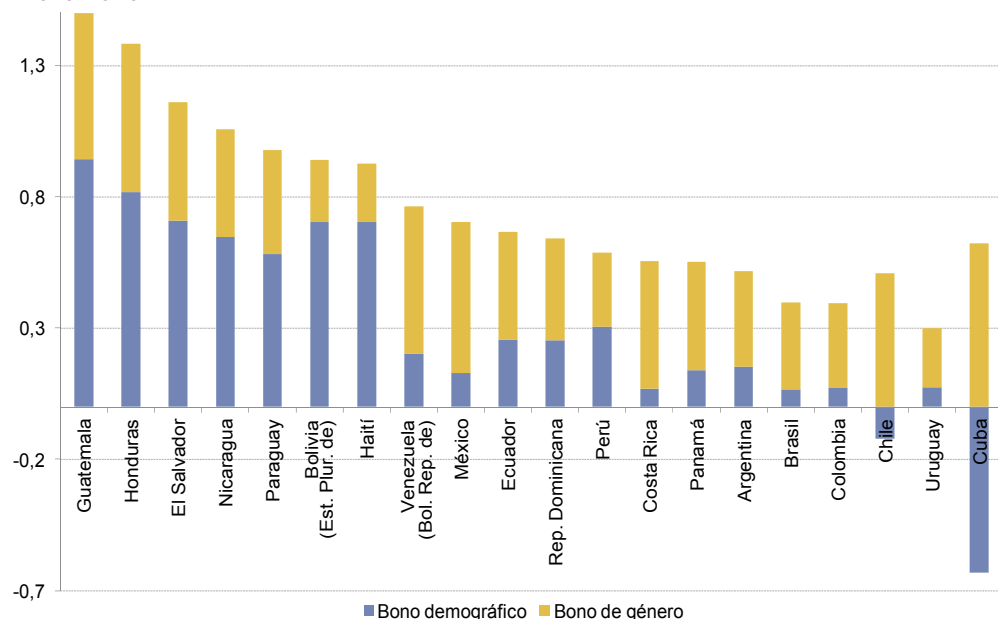
América Latina: impacto de los bonos demográfico y de género sobre el pib per cápita, 1980-2010 y 2010-2040^a

(En puntos porcentuales)

A. 1980-2010



B. 2010-2040



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de United Nations, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, 2013.

^a La contribución del bono demográfico al crecimiento del PIB per cápita durante cada período de 30 años se mide como la diferencia entre el crecimiento de la población en edad laboral (de 20 a 64 años) y la población total durante ese lapso. La contribución del bono de género se mide como el crecimiento de la tasa de participación laboral de aquellas personas de entre 20 y 64 años de edad (dado que la mayor parte de este crecimiento, tanto en el pasado reciente como en el futuro próximo, ocurrirá debido a la creciente participación de las mujeres).

Fuente CEPAL (2010), *Notas de Población Vol.37 N° 90*; pp. 9-10, 15, 19, 21, D. pp. 25, E. pp. 28, 31, H. pp. 34-36, A. pp. 42-44, C. pp. 50-51, E. pp. 70.

D. La economía generacional

Al igual que otras regiones en desarrollo, América Latina y el Caribe atraviesa un período de transformaciones demográficas con profundas implicancias en la estructura etaria de su población, a partir del aumento progresivo de la proporción de adultos y personas mayores. Aunque se encuentren en distintas fases de este proceso, la mayoría de los países de la región transita actualmente por el período del bono demográfico, caracterizado por un incremento relativo de las personas en edad de trabajar respecto de aquellas en edades potencialmente dependientes en términos económicos. Sin embargo, tarde o temprano esta situación favorable se revertirá, debido a la creciente demanda de recursos por parte de una población cada vez más envejecida, en un contexto de ingreso per cápita más bajo e instituciones políticas y financieras menos desarrolladas que en los países industrializados, además de elevados y persistentes niveles de desigualdad.

La transición demográfica ha provocado cambios radicales en la estructura de la población por edades en casi todos los países en desarrollo y en todos los países industrializados, y en las próximas décadas se registrarán cambios más profundos. Por una parte, estos cambios son bienvenidos porque acarrearán una desaceleración del crecimiento de la población y una reducción de las relaciones de dependencia de los niños. Por otra parte, despiertan cierto temor por la disminución prevista de la fuerza laboral y el rápido incremento de la relación de dependencia de las personas de edad, lo que volverá insostenibles los actuales programas públicos de pensiones y quizás también los sistemas de salud. Debido a que las distintas generaciones están estrechamente vinculadas mediante relaciones familiares y programas públicos, los cambios en sus números relativos tienen efectos muy profundos.

Esta nueva situación traerá desafíos inéditos a la sociedad latinoamericana y caribeña, y requerirá de programas de ajuste en diversas áreas, en particular las de salud y pensiones. Idealmente, las políticas públicas deben anticiparse a los cambios demográficos mediante el rediseño de los mecanismos de financiamiento de los sistemas de protección social, de modo que las crecientes presiones sobre el gasto público y privado sean sostenibles desde el punto de vista financiero, sin que se registre una merma en la cobertura y la calidad de las prestaciones.

La economía generacional se compone de las instituciones y mecanismos económicos que se utilizan para trasladar recursos económicos entre grupos etarios o generaciones. Reviste importancia porque el momento en que tiene lugar el consumo a lo largo de nuestras vidas difiere mucho de aquel en que nuestro trabajo es productivo. En todas las sociedades humanas, tanto actuales como pasadas, los niños dependen mucho de los recursos producidos por los adultos que trabajan. Además, en todas las sociedades contemporáneas, las personas de edad dependen de recursos que hayan generado durante las principales edades productivas.

La economía generacional es importante por diversas razones. En el nivel más elemental, uno de los retos más importantes que enfrentan familias, gobiernos y otras instituciones sociales es asegurar que los jóvenes y los ancianos dispongan de los recursos económicos necesarios para tener una vida plena. El crecimiento económico depende en parte de los activos que hayan acumulado los que piensan jubilar o legar sus bienes a sus descendientes. Al mismo tiempo, el progreso económico depende de cuán provechosa sea la inversión que hayamos hecho en nuestros hijos, satisfaciendo sus necesidades fundamentales y proveyéndolos de salud y educación. El costo de procrear y de criar a los hijos influye mucho en las decisiones sobre tenerlos o no. Por su parte, lo que se invierte en salud, tanto a una edad avanzada como durante la niñez, influye mucho en la salud y en la mortalidad. En consecuencia, las decisiones sobre la forma de distribuir los recursos

económicos a través de edades o generaciones de una manera u otra tocan los elementos más importantes de una economía.

Los principales rasgos de la economía generacional están cambiando de maneras significativas y relacionadas entre sí. En primer lugar, el ciclo de vida económica, el equilibrio entre lo que se consume y lo que se produce mediante nuestro trabajo, está cambiando en el tiempo y a medida que las economías se desarrollan. El tiempo en que los hijos siguen siendo una carga se acrecienta a medida que aumenta el rendimiento de la educación y que los niños permanecen más años en la escuela, que disminuyen las oportunidades de productividad económica de los hijos y que las leyes sobre el trabajo infantil restringen el empleo de niños. La importancia de la jubilación ha aumentado a medida que las sociedades se han enriquecido y producido un incremento de la demanda de recreación, que se han creado sistemas públicos de pensiones y atención de la salud para apoyar a las personas de edad, que se ha incrementado la importancia del empleo estructurado y que se han adoptado sistemas de jubilación obligatoria y una serie de incentivos que desalientan el trabajo de los adultos mayores (Costa, 1998; Gruber y Wise, 1999).

En segundo lugar, están cambiando los sistemas de reasignación de los recursos. En las sociedades tradicionales, las familias y en algunos casos las comunidades locales (aldeas) eran las únicas encargadas de redistribuir los recursos económicos según la edad. En escenarios más modernos, los gobiernos se han involucrado cada vez más en las transferencias tanto a los niños como a los ancianos (Lee, 2003). Sin embargo, no hay una relación unívoca entre el grado de desarrollo y la importancia del sector público. Algunos de los países menos desarrollados han introducido importantes sistemas de transferencias públicas y hay amplias diferencias entre los sistemas regionales y entre países.

Los activos, en diversas formas, también influyen de manera importante en la reasignación de recursos según la edad. Es probable que las sociedades primitivas no hayan acumulado muchos bienes en forma de activos, pero con la llegada de la agricultura sedentaria y de los derechos de propiedad sobre la tierra, la acumulación de capital pasó a ser una oportunidad económica más importante. El capital cumplía dos funciones: primero, aumentaba la productividad de la mano de obra y estimulaba un crecimiento económico más acelerado; segundo, creaba un mecanismo económico mediante el cual los recursos económicos generados por el trabajo en las principales edades productivas podía almacenarse y utilizarse después para respaldar el consumo en la vejez. En las sociedades contemporáneas hay un amplio espectro de bienes. A medida que se han desarrollado los sistemas financieros, la acumulación de activos ha dejado de ser una cuestión exclusivamente personal o familiar. Además, el desarrollo de estos sistemas se ha traducido en la creación de mercados de crédito, lo que es importante puesto que el hecho de tener deudas significa que las personas solo pueden en cierta medida depender de sistemas patrimoniales para financiar el consumo actual a partir de los ingresos laborales que acumularán en el futuro.

El tercer cambio importante que se observa en la economía generacional puede atribuirse a la transición de la estructura etaria de la población a nivel mundial. Uno de los puntos importantes que se examina más adelante es que los cambios en dicha estructura tienen enorme importancia en la economía generacional. Ellos están conduciendo a variaciones en la orientación de las transferencias intergeneracionales netas y ejerciendo presión en sistemas de tanta importancia para la economía generacional.

E. El alargamiento de la vida, la reducción de la fecundidad y el envejecimiento de la población aumentan la demanda de riqueza

En muchos países, las personas mayores continúan representando una parte importante de la fuerza laboral y financiando una significativa porción de su consumo mediante la renta del trabajo. No obstante, en todos los países miembros del proyecto de cuentas nacionales de transferencias, las personas de edad consumen, en promedio, mucho más de lo que ganan. Esta diferencia entre el consumo y la renta del trabajo en determinadas edades se denomina “déficit del ciclo de vida”. Cuando las personas en edad productiva piensan en la vejez, deben estar concientes de este déficit del ciclo de vida y de la necesidad de enfrentarlo de una manera u otra. Más adelante, consideraremos las diferencias entre los distintos países en lo que respecta al financiamiento del déficit del ciclo de vida. Por ahora, solo diremos que las personas mayores consumen más de lo que producen y es de suponer que las personas en edad productiva esperan poder hacer lo mismo en el futuro. La expectativa de un ingreso futuro que supere la renta del trabajo constituye la riqueza, un punto que quedará más claro más adelante. Lo principal es que la necesidad de esa riqueza y de expectativas de un futuro financiamiento para el consumo se ve muy afectada por el envejecimiento de la población.

F. ¿Qué es la riqueza? El capital, las pensiones públicas esperadas o la asistencia privada esperada en la vejez

El término riqueza, como se emplea en las cuentas nacionales de transferencias, puede adoptar diversas formas, ya que se trata de un derecho de pensión a futuro. Poseer un bien, ya sea una casa, una granja, activos financieros o joyas de oro, da un derecho de pensión a futuro porque ese bien se puede vender o hipotecar y el ingreso obtenido se puede utilizar para financiar el consumo. La participación en un sistema público de pensiones, y la consecuente expectativa de recibir beneficios netos en la vejez, es otra forma de riqueza, que se suele conocer como “patrimonio previsional”. Este concepto de riqueza puede ampliarse para incluir expectativas de prestación de servicios de salud y cuidados a largo plazo por parte del Estado. Y entonces también debería incluir las expectativas de impuestos a pagar en el futuro, con los beneficios medidos una vez deducidos dichos impuestos.

Otra extensión de este concepto cubre la expectativa de recibir la ayuda de los hijos adultos en la vejez, más allá de la asistencia que una persona espera brindar a otros. Willis (1988), Lee (1994) y Bommier y Lee (2003) han creado modelos formales que incorporan estas relaciones y formas de riqueza, sobre la base de las ideas de Samuelson (1958). En países como la provincia china de Taiwán o Tailandia, donde la asistencia neta familiar que se brinda a las personas mayores es importante, existe una transferencia de riqueza familiar o privada positiva. Pero hemos constatado que en la mayor parte de los países, incluso en los países en desarrollo, el promedio de las personas mayores realiza transferencias a sus parientes más jóvenes y no a la inversa.

Estos diferentes arreglos institucionales resultan interesantes en sí mismos, pero también tienen importantes consecuencias en lo que respecta a cómo la transición demográfica, y

en particular el envejecimiento de la población, afectan a la economía. Como ya se vio, el envejecimiento de la población provoca un importante aumento de la demanda de riqueza. Esta demanda de riqueza podría satisfacerse mediante la acumulación de ahorros y activos o por medio del incremento de la transferencia de riqueza, o sea, mediante una mayor proporción de la población que espera recibir el apoyo de sus hijos adultos o de las transferencias públicas. El incremento en la acumulación de activos causaría un aumento de los ingresos y, posiblemente, un aumento de la productividad y del salario de los trabajadores. El incremento de la riqueza transferida simplemente provocaría un aumento de las transferencias de ingresos desde las personas en edad productiva hacia las personas mayores, sin que se registre un aumento de los ingresos. Esto significa que la transferencia de riqueza, ya sea pública o privada, sustituye al capital (Feldstein, 1974; Lee, Mason y Miller, 2000 y 2003; Borsch-Supan, Ludwig y Winter, 2006). No obstante, el aumento de las transferencias de riqueza —que constituyen una expresión concreta de la solidaridad social y familiar— se puede considerar positivo en la medida en que está sujeto a riesgos diferentes a los de los activos. Entre los riesgos a que están sujetas las transferencias de riqueza se encuentran la muerte de un hijo o su alienación del sistema, los cambios en la estructura de los beneficios de pensión y los cambios en la relación de dependencia en la vejez, que vuelven insostenibles los programas públicos o privados. Por su parte, los activos sufren con el marcado descenso de su valor, como ocurrió en la crisis actual, con la erosión del valor de los bonos mediante el rápido aumento de la inflación y con la inestabilidad del precio de las viviendas.

El problema no es que las transferencias sean malas y los activos sean buenos, sino que los que se encarguen de diseñar las políticas estén concientes de las consecuencias de inclinarse por una u otra opción. Probablemente sea mejor brindar apoyo a las personas mayores a través de una mezcla de ambas. Cabe recordar que quizás algunos países hayan confiado demasiado en las pensiones públicas.

G. Información que ofrecen las cuentas nacionales de transferencias

Los cambios en la estructura de la población por edades son importantes porque el comportamiento humano varía en forma sistemática durante todo el ciclo de vida. Estas variaciones tienen sus raíces en la biología: los niños nacen indefensos y pueden pasar muchos años hasta que maduren y se vuelvan independientes, y las personas mayores son, en general, más débiles que los adultos más jóvenes. Pero la biología es solo uno de los numerosos factores que modelan el ciclo de vida económica. Los niños pueden empezar a trabajar desde muy chicos o pueden no comenzar a tener ingresos hasta casi los 30 años, dependiendo, por una parte, de las matrículas educativas, y por la otra, de las necesidades y expectativas familiares. Las personas mayores pueden seguir trabajando hasta que mueren, a pesar de estar débiles o enfermas, o de sentir dolor, o pueden retirarse a los 50 años y disfrutar del tiempo libre mientras gozan de un excelente estado de salud. Los programas públicos, el nivel de riqueza, la disponibilidad de instituciones financieras y las expectativas culturales tienen gran influencia. Del mismo modo, el consumo relativo durante el ciclo de vida depende de las necesidades biológicas, pero también de las condiciones de la vida familiar, de los programas públicos para los niños y las personas de edad, de las tasas de natalidad de los pobres frente a las de los ricos, de las disposiciones de cuidado a largo plazo y de las expectativas culturales, entre otras cosas.

El análisis que se presenta aquí se basa en las cuentas nacionales de transferencias, que ofrecen una medida global de la forma en que las personas pertenecientes a cada grupo de edades adquieren y utilizan los recursos económicos. Las cuentas se construyen de manera compatible

con las cuentas nacionales de ingreso y producto, pero las amplían de manera de poder seguir de cerca las corrientes de recursos a través de las generaciones (Lee y Mason, 2008; Mason y otros, 2009). Las bases conceptuales de las cuentas fueron tomadas en gran medida de los trabajos de Willis (1988) y Lee (1994).

Las cuentas nacionales de transferencias se rigen por la identidad de los flujos:

$$C(x) - Y^l(x) = \tau^+(x) - \tau^-(x) + YA(x) - S(x)$$

El déficit del ciclo de vida es el exceso de consumo respecto del ingreso del trabajo ($C(x) - Y^l(x)$) para cada edad x . Los flujos entre edades o reasignaciones por concepto de edad se expresan en dos formas económicas: transferencias netas $\tau(x) = \tau^+(x) - \tau^-(x)$ y reasignaciones basadas en los activos ($YA(x) - S(x)$) para cada grupo de edades x . Si bien la restricción de los flujos que figura en la ecuación pone de relieve la relación entre el ciclo de vida económica y las reasignaciones por concepto de edad, debe mantenerse sean cuales fueren las razones o finalidad que rige cualquiera de sus elementos. La restricción es una identidad contable que se desprende del principio simple de que en cualquier grupo de edades los flujos (ingreso del trabajo, afluencia de transferencias e ingreso de los activos) deben equipararse con las salidas (consumo, salida de transferencias y ahorro)³⁰.

En el proyecto de cuentas nacionales de transferencias se ha estimado el consumo y la renta del trabajo medios per cápita durante el ciclo de vida desde el nacimiento hasta los 90 años y más para 23 países. En la renta del trabajo se incluye a toda la población, sin importar la edad, el género ni si forman parte de la fuerza laboral. Contamos los sueldos y salarios, incluidos los beneficios suplementarios, así como dos tercios de todos los ingresos de los trabajadores independientes, que en los países agrícolas pobres pueden ser muy importantes. Estas estimaciones de renta por trabajo, por tanto, reflejan las tasas de participación en la fuerza laboral por edad, las horas trabajadas por participante y el ingreso ganado por hora, todo en una sola cifra. Para el consumo se utilizan datos de gastos domésticos y para cada edad se estiman los gastos privados en salud y educación. El resto del gasto de consumo doméstico se asigna a los integrantes de cada hogar en proporción a un conjunto simple de pesos por consumidor adulto equivalente (Lee, Lee y Mason, 2008). Finalmente, realizamos un promedio entre todas las personas de cada edad para obtener nuestra medida de consumo.

A los efectos de comparar las formas de los perfiles de edad en los países, todos los valores de la renta del trabajo y el consumo se estandarizaron mediante la división por la renta del trabajo media para el grupo de 30 años a 49 años. Las estimaciones resultantes se incluyen en el gráfico III.4. Para simplificar la exposición, se muestra el promedio no ponderado para cuatro de los países más pobres miembros del proyecto de cuentas nacionales de transferencias (las Filipinas, India, Indonesia y Kenya) y cuatro de los más ricos (los Estados Unidos, Finlandia, el Japón y Suecia). En nuestra muestra también incluimos el promedio de los cinco países latinoamericanos: Brasil, Chile, Costa Rica, México y Uruguay. En comparación con los países más ricos, la renta por trabajo comienza antes y es más elevada en edades más tempranas en los países más pobres. Pese a los niveles de ingreso más elevados, el promedio de América Latina se ubica sorprendentemente cerca del de los países más pobres. El punto máximo de la renta del trabajo en los países pobres no solo se alcanza antes, sino que también desciende antes que en los países más ricos.

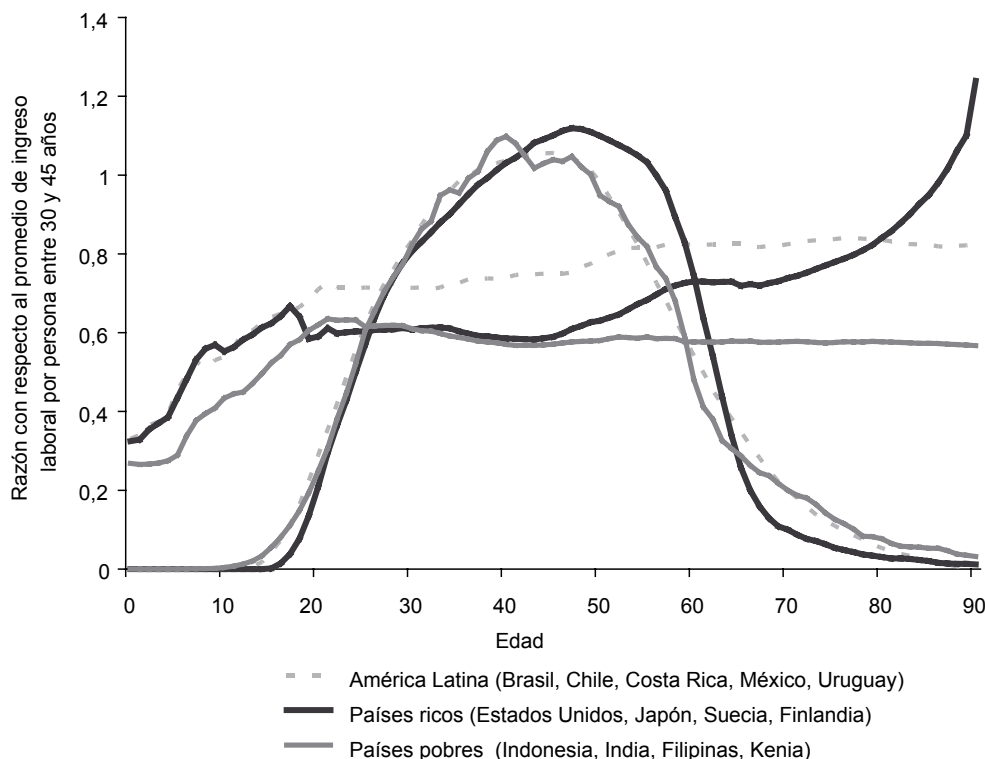
América Latina comparte estos dos patrones. En torno a los 60 años de edad, la renta del trabajo comienza a caer vertiginosamente en los países ricos, lo que refleja los incentivos

³⁰ En el sitio web del proyecto sobre cuentas de transferencias nacionales (www.ntaccounts.org) puede encontrarse información completa de la red de transferencias nacionales y una descripción acabada de los métodos. Hay formas de ingreso de activos que son negativas, por ejemplo, los intereses de deudas o una pérdida comercial. Estas se clasifican como entradas negativas, pero igualmente podrán considerarse salidas. Del mismo modo, el ahorro es una salida si es positiva cuando en calidad de ahorro negativo (desahorro) genera una corriente de afluencia. En la clasificación que se utiliza en el presente trabajo, el ahorro se cuenta como afluencia y el desahorro como afluencia negativa.

incorporados a sus generosos programas públicos de pensiones (Gruber y Wise, 1998). En las edades más avanzadas, el nivel de la renta del trabajo en los países más pobres y en los países de América Latina representa alrededor del doble del de los países ricos.

■ **Gráfico III.4**

Cuatro países ricos, cuatro países pobres y América Latina (cinco países): perfiles de edad de la renta del trabajo y el consumo



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del proyecto sobre cuentas nacionales de transferencias “National Transfer Accounts Project” [en línea] <http://www.ntaccounts.org/>.

La altura de la curva de consumo de América Latina es sustancialmente mayor que la de los países ricos y pobres, lo que refleja un nivel general bajo de ahorro y un elevado coeficiente entre consumo global y renta del trabajo en la subregión. Si nos centramos en la forma y no en la altura de la curva, observamos que América Latina no presenta la marcada curvatura en el consumo infantil que sí registran los países ricos. A diferencia de lo que ocurre en los países pobres, en América Latina el consumo tiende a aumentar con la edad. De hecho, tanto en el Brasil como en el Uruguay, el consumo aumenta notoriamente con la edad. Estos dos países son casos únicos entre todos los países miembros del proyecto de cuentas nacionales de transferencias que no son ricos por su consumo con inclinación ascendente. En México, el consumo desciende con la edad, mientras que Chile y Costa Rica presentan perfiles ascendentes más moderados. En América Latina existe un muy ligero aumento del consumo con la edad; la curva es más plana y se asemeja más a la de los países pobres que a la de los ricos.

H. Conclusiones desde la perspectiva de la economía generacional

El descenso de la fecundidad y la mortalidad en la transición demográfica termina causando el envejecimiento de la población. Esto provoca la disminución de las razones entre población activa y población inactiva a medida que aumenta la proporción de personas mayores dependientes. Si otras variables se mantienen iguales, estos cambios producen un menor consumo durante el ciclo de vida y menos ingresos per cápita que si las razones entre población activa y población inactiva se mantuvieran constantes. No obstante, los mismos cambios demográficos que provocan el descenso de estas razones también promueven la acumulación de capital físico y humano.

El envejecimiento de la población aumenta la demanda per cápita de riqueza, en parte gracias a la creciente proporción de personas mayores poseedoras de riqueza y en parte gracias al alargamiento de la vida (Kinugasa y Mason, 2007) y la menor cantidad de hijos, lo que lleva a que cada individuo, en cualquier edad, acumule más riqueza. Si este aumento de la demanda de riqueza no se satisface por completo mediante el incremento de la riqueza transferida, pero se satisface, al menos en parte, mediante la acumulación de activos en el hogar o en el exterior, el envejecimiento de la población aumentará el nivel de activos per cápita y, quizás, el nivel de capital por trabajador y salarios. El resultado depende de la cultura y las instituciones del país, incluso de la disponibilidad de instituciones financieras confiables que puedan servir como vehículo para el ahorro privado. Las políticas públicas deberían tratar de lograr un equilibrio adecuado entre los programas con financiamiento y los programas de transferencias sin financiamiento para apoyar a las personas mayores, aunque esta combinación seguramente variará de un país a otro. Parece claro que algunos países han ido demasiado lejos en materia de programas de transferencias sin financiamiento y es posible que otros hayan ido demasiado lejos en cuanto a programas con financiamiento. Si se comparan con los países asiáticos que no son ricos, la mayoría de los países latinoamericanos miembros del proyecto de cuentas nacionales de transferencias dependen mucho de las transferencias públicas a las personas mayores. Estos países también tienden a tener perfiles de consumo que aumentan con la edad, con la excepción de México, que combina un escaso nivel de transferencias públicas a las personas mayores con un descenso del consumo en la vejez.

En la medida en que aumente la edad de la jubilación, como es probable que ocurra en muchos países, la razón entre población activa y población inactiva descenderá menos, y también se reducirá el incentivo a acumular más activos.

La baja o descendente fecundidad, que es, en gran parte, responsable del envejecimiento de la población, también promueve una mayor inversión en el capital humano de los niños.

La fuerza laboral más pequeña resultante es más educada, saludable y productiva. Esto se suma a los posibles efectos secundarios positivos de una población más educada. Las políticas públicas deberían facilitar estas inversiones en capital humano y tratar de impedir que sean desplazadas por las presiones fiscales que trae aparejadas el envejecimiento de la población. Por supuesto que deben existir límites respecto de cuán lejos pueden ir las sociedades en esta dirección, sustituyendo el capital humano por trabajador por números de trabajadores, pero aún no parece que ningún país haya alcanzado esos límites.

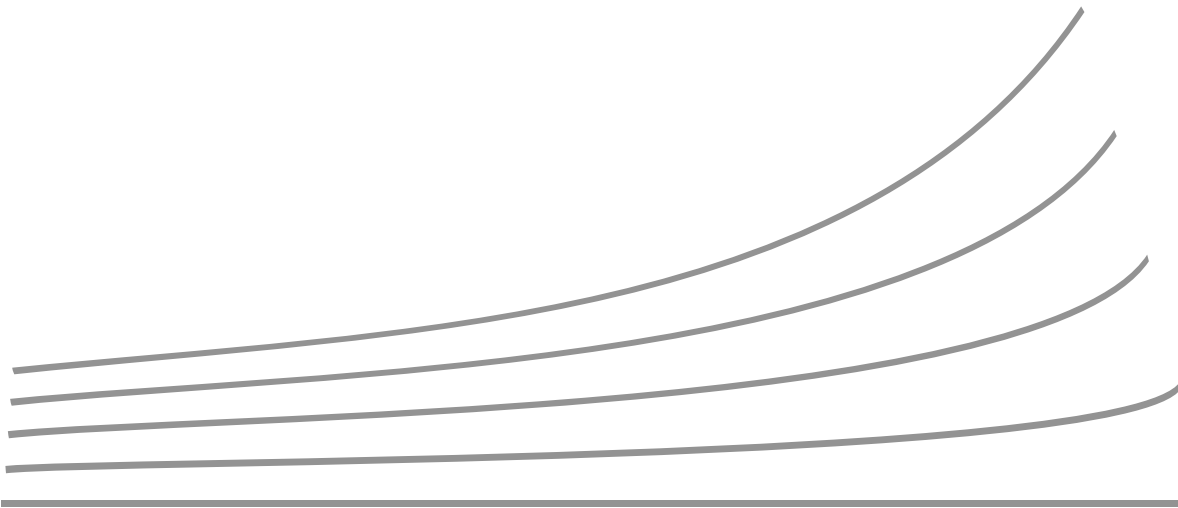
Durante la etapa media de la transición demográfica, una tendencia favorable en las razones entre población activa y población inactiva mitiga las restricciones presupuestarias públicas y privadas y da origen al dividendo demográfico. En este análisis se establece que gran parte de este dividendo ha sido invertido en capital humano y que, dependiendo de los arreglos institucionales, una cuota adicional del dividendo puede invertirse en activos. Nosotros hemos señalado que las respuestas de optimización normales por parte de los individuos irán en esa dirección. Las políticas

públicas deberían eliminar los obstáculos institucionales a estas respuestas individuales, por ejemplo, mediante la promoción de la creación de instituciones financieras. A medida que las poblaciones envejecen y las razones entre población activa y población inactiva se reducen, la acumulación de activos físicos puede continuar aumentando la productividad y la intensidad del capital. En cierto modo, no cabe duda de que el envejecimiento de la población es costoso y estas son las consecuencias más visibles y las que reciben más atención. Pero hay otras consecuencias, menos visibles, que operan en la dirección opuesta y que deberían atenuar nuestras inquietudes sobre el envejecimiento de la población.

En los países de alta fecundidad y bajos ingresos los niños necesitan una gran cantidad de recursos, lo que se traduce en importantes transferencias descendentes, tanto públicas como privadas. Estos recursos económicos se distribuyen entre muchos niños y, por lo tanto, el gasto y la inversión en capital humano por hijo son reducidos en comparación con los países industrializados. A medida que se reduce la fecundidad aumenta la inversión en capital humano por hijo, lo que atenúa los efectos de una relación de apoyo menguante a medida que envejece la población. Sin embargo, los mecanismos que vinculan la fecundidad con la inversión en capital humano son complejos. Las políticas que reducen la fecundidad no aseguran en absoluto que aumentará la inversión en capital humano. En realidad, gran parte de la mayor inversión en capital humano adicional corresponde al sector público y no a los padres. Lo principal es que las políticas que equiparan la disminución de la fecundidad con una mayor inversión en los hijos probablemente contribuirán a mantener el crecimiento económico durante la transición de la edad a través del mundo.

Las políticas públicas relacionadas con las transferencias para favorecer a los adultos mayores también son muy importantes. En muchos países de Europa y América Latina, las transferencias ascendentes son muy grandes en comparación con las necesidades de los adultos mayores al momento de jubilar. Una excesiva dependencia de las transferencias públicas socava un motivo muy importante para acumular bienes. Como consecuencia de ello, es posible que se reduzca la acumulación de capital y por lo tanto disminuyan la creación de empleos y los salarios.

A medida que la población envejece, se supone que disminuya la población empleada. Si se eliminan paulatinamente desincentivos tales como la estructura de las pensiones y las políticas de jubilación obligatoria, la proporción de personas que trabajan se reducirá más lentamente. En igualdad de condiciones, esto conducirá a un empeoramiento de las condiciones de vida y hará que los programas de transferencias públicas a los adultos mayores resulten insostenibles. Sin embargo, a largo plazo la aplicación de políticas públicas eficaces puede dar resultados mucho más favorables. Entre estas políticas cabe mencionar las inversiones en capital humano y el evitar recurrir demasiado a programas de transferencias en gran escala para los adultos mayores. El fortalecimiento de los sistemas financieros y el desarrollo de mecanismos para promover una mayor tasa de ahorro son igualmente importantes.



Capítulo IV

Calidad de vida durante la vejez

Fuente:

A. A. Arenas (2019), *Los sistemas de pensiones en la encrucijada: desafíos para la sostenibilidad en América Latina*
<https://bit.ly/2HvmacV>

B. CEPAL (2019), *Primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*
<https://bit.ly/3dWp32u>

C. CEPAL (2017), *Panorama Social de América Latina 2017*
<https://bit.ly/37FvcPC>

D. A. Prado y A. Sojo (editores) (2010), *Envejecimiento en América Latina: sistemas de pensiones y protección social integral*
<https://bit.ly/2HuuKcq>

E. CEPAL (2017), *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía*
<https://bit.ly/2Hra58Y>

F. S. Gascón y N. Redondo (editores) (2014), *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia*
<https://bit.ly/3dWfgOz>

G. S. Huenchuan (2013), *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe: La hora de avanzar hacia la igualdad*
<https://bit.ly/2J9uTIW>

H. A. Flores-Castillo (2012), *Cuidado y subjetividad: una mirada a la atención domiciliaria*
<https://bit.ly/3jCKYwN>

I. A. Sojo (2011), *De la evanescencia a la mira: el cuidado como eje de políticas y de actores en América Latina*
<https://bit.ly/2JcQSsf>

J. CEPAL (2019), *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?*
<https://bit.ly/3moUl5h>

K. S. Huenchuan (2018), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*
<https://bit.ly/3oxrxqF>

Introducción

El capítulo IV se enfoca en algunas de las dimensiones que atañen a la calidad de vida durante la vejez, en relación con los marcos de protección social en la región. Se inicia con una aproximación a los desafíos de la cobertura universal en los sistemas de pensiones y la protección social para, a continuación, presentar un balance general de la implementación de las medidas prioritarias del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe relativas al capítulo sobre envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos.

Posteriormente, se plantean algunas consideraciones en torno a la capacidad de los Estados para avanzar hacia la igualdad, entendida como la posibilidad de las ciudadanas y ciudadanos de acceder a una cobertura adecuada en materia de pensiones, sin discriminación y con prestaciones suficientes. Por su parte, la importancia de la protección social en la vejez en el marco de la cooperación para el desarrollo es otro de los temas abordados en esta sección.

El capítulo incursiona también en el cuidado de largo plazo de las personas mayores y las obligaciones del Estado, poniendo el foco, entre otros aspectos, en la definición del cuidado de dichas personas en los instrumentos regionales, los ámbitos de intervención y los programas a largo plazo en América Latina y el Caribe. En el marco del análisis de la calidad de los servicios de largo plazo para personas mayores con dependencia, el siguiente texto está enfocado en el análisis de los sistemas de apoyo para este grupo de personas y en la formulación de algunas propuestas para la homologación de estándares de calidad en América Latina.

Los riesgos de la dependencia en la vejez derivados del estado de salud y el concepto de esperanza de vida sana son temas que también incluye el capítulo, así como algunas reflexiones y consideraciones sobre la perspectiva económica del cuidado, adentrándose además en una propuesta desde la perspectiva del psicoanálisis y la filosofía.

Otro de los asuntos oportunamente desarrollados por la CEPAL, e incluidos en el capítulo, se relaciona con las asignaturas pendientes en materia de cuidado de las personas mayores y de protección social en la región, tanto en lo referente a los sistemas de salud como a los ingresos. Se realiza también una aproximación a la relación entre familia y envejecimiento, a las tendencias demográficas que la caracterizan y a los desafíos que de ella se derivan para las políticas públicas, específicamente con respecto al cuidado en la edad avanzada.

Por último, el capítulo aborda los cuidados paliativos al final de la vida y la muerte digna desde distintas dimensiones, como el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez, el derecho al consentimiento libre e informado y a la voluntad anticipada, y la obligación del Estado en relación con los cuidados paliativos.

Fuente A. Arenas (2019), *Los sistemas de pensiones en la encrucijada: desafíos para la sostenibilidad en América Latina*; Cap. III, pp. 135-137.

A. Los desafíos de la cobertura universal en los sistemas de pensiones: protección y desprotección social en América Latina

La extensión de la cobertura de los sistemas de pensiones es uno de los mayores desafíos para el desarrollo de la protección social en América Latina, en especial en los sectores más vulnerables. En los países de la región se deberían abordar prioritariamente la falta de cobertura previsional y la insuficiencia de las prestaciones en la construcción de pactos fiscales y sociales que permitan la gobernabilidad y la sostenibilidad del sistema de pensiones.

Con la Declaración de Filadelfia (OIT, 1944) se empezó a considerar a la seguridad social como un derecho humano básico y se proclamó, por primera vez a nivel mundial, la necesidad de extender la cobertura de la seguridad social para garantizar ingresos y prestar asistencia médica a todas aquellas personas que lo necesiten¹.

En el marco de los principios de la seguridad social, los sistemas de pensiones deberían avanzar hacia la cobertura universal. Esta meta se refuerza en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada en la cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo después de 2015, y, en particular, en la meta 1.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que plantea: “Implementar a nivel nacional sistemas y medidas apropiados de protección social para todos, incluidos niveles mínimos, y, de aquí a 2030, lograr una amplia cobertura de las personas pobres y vulnerables”.

En América Latina, la cobertura de los sistemas de pensiones es una tarea pendiente y vigente desde hace varias décadas. Mesa-Lago (1978), autor de un libro pionero sobre seguridad social en América Latina publicado hace más de cuatro décadas, dedicó su obra a los millones de trabajadores y campesinos de la región que sufrían por no estar cubiertos o por acceder a una protección insuficiente contra los riesgos sociales. Treinta años después (Mesa-Lago, 2008), reitera esa dedicatoria, porque aún persiste la desprotección de millones de personas en la región.

A pesar de los avances en la extensión de la cobertura en este siglo, el nivel alcanzado en 2017 es muy similar al registrado en 1990. En este contexto, el nivel y la calidad de la cobertura de los sistemas de pensiones continuarán siendo un gran reto para la región en las próximas décadas. Los antecedentes que se presentan en este capítulo confirman las importantes desigualdades y la lejanía de los indicadores de cobertura que presenta América Latina respecto de los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y la distancia por recorrer respecto de los objetivos de desarrollo sostenible y de la anhelada cobertura universal.

Los sistemas de pensiones requieren una sistematización y un seguimiento rigurosos — por ejemplo, en cuanto a la evolución de los niveles de cobertura— con el objeto de enfrentar la desprotección que se observa mayoritariamente en América Latina. En 2017, cerca de 158 millones de personas, es decir, el 54,7% de la población económicamente activa (PEA) de la región, no cotizaban a un sistema de pensiones. Por otra parte, más de 11 millones de personas de 65 años o más, es decir, el 23,8% de la población de ese grupo de edad en América Latina, no estaban protegidas por un sistema de pensiones y por ello no tuvieron acceso a una pensión en 2017.

La desprotección social queda en evidencia al analizar las cifras relativas a la cobertura en la región. La cobertura de los sistemas de pensiones es un área de gran importancia que, entre

¹ Véase un detalle de los principales hitos de la seguridad social y los sistemas de pensiones en el capítulo I.

otras dimensiones, define las cartas de navegación para las políticas públicas en la previsión social, dado que su medición permite determinar quiénes están vinculados a los sistemas previsionales, desde su etapa laboral hasta luego del retiro.

En este contexto, invertir en bases de datos y sistemas de información que permitan realizar un seguimiento de las reformas previsionales y de la evolución de las variables clave de los sistemas de pensiones es fundamental para el desarrollo de las políticas públicas de protección social en la región. Los países latinoamericanos tienen un papel fundamental en esta tarea. Asimismo, los organismos internacionales podrían apoyar dicha actividad y velar por la construcción y gestión de bancos de datos con cifras oficiales que contribuyan al perfeccionamiento de los sistemas previsionales y de la institucionalidad pública relacionada con la gestión, la regularización y la fiscalización de las pensiones.

El acelerado envejecimiento de la población en América Latina, entre otras dimensiones, ha incentivado un debate sobre los sistemas de pensiones. El grado de desprotección, los bajos niveles de las prestaciones, los problemas de financiamiento y los efectos fiscales que caracterizan a los sistemas previsionales de la región confirman la necesidad de reformarlos. Para promover un programa de reformas eficiente es necesario conocer el panorama que efectivamente enfrenta la protección social y, por tanto, contar con información para dar respuesta —entre otras— a las siguientes preguntas: ¿a cuántos protege el sistema de pensiones?, ¿a cuántos no?, ¿quiénes efectivamente cotizan y en qué medida?, ¿quiénes componen la población desprotegida?, ¿es suficiente el monto de la prestación que se brinda? Todas estas preguntas son fundamentales para describir y evaluar un sistema de pensiones y, además, todas aluden a un concepto común: la cobertura.

La evaluación básica de los sistemas de pensiones comprende tres dimensiones: alcance de la cobertura, suficiencia de las prestaciones y sostenibilidad financiera.

Fuente CEPAL (2019), *Primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*; C, pp. 93-109.

B. Envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos

1. Introducción

El concepto de protección social se refiere al conjunto de las intervenciones de entes públicos y privados que buscan aliviar a los hogares y a los individuos de la carga que suponen ciertos riesgos y necesidades que surgen a lo largo de la vida (Cichon y otros, 2004). El término forma parte de una perspectiva más amplia conocida como “manejo social del riesgo”, que alude a la capacidad de prevenir y enfrentar situaciones de vulnerabilidad, entendida esta última 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 a los sistemas de protección social sigue siendo un asunto pendiente. Se trata de la región más desigual del mundo en términos de distribución de ingresos, y ello se refleja en varias dimensiones del desarrollo, fenómeno al que los sistemas de protección social no son ajenos. En teoría, la protección social debería adecuarse no solo a las modificaciones en el mercado laboral y a la economía en su conjunto, sino también a la cambiante estructura de edades de la población. Asimismo, la institucionalidad de la protección social en la región suele ser débil, a pesar de que representa un papel significativo en el desempeño final de los sistemas de protección social y en su capacidad de adaptación a las nuevas realidades (Bertranou, 2006).

En lo referente a las personas mayores, la adaptación de los sistemas de protección social conlleva la integración de tres pilares básicos: pensiones, atención básica de salud y servicios sociales para la autonomía. Los tres actúan en conjunto para cerrar las brechas de protección y desarrollar capacidades². Los pilares de las pensiones y la salud corresponden a mínimos sociales que deben funcionar como piso de la protección social, y garantizar este piso es responsabilidad directa del Estado. Los servicios sociales para la atención de la autonomía, por su parte, operan en los planos de la prevención y la reparación, y deben asumirse como una responsabilidad pública y sostenerse por medio de una red de protección que enlace el piso mínimo de protección social y atención de la salud con otras prestaciones sociosanitarias dirigidas a reforzar la atención de las personas mayores (Huenchuan, 2013).

La capacidad de los países de la región de responder a estos desafíos depende, asimismo, de un contexto demográfico que determina la posibilidad de aporte de las cohortes de población en edad activa y la demanda potencial de prestaciones por parte de las personas mayores (CEPAL, 2017a). La población de 60 años y más seguirá creciendo de manera sostenida durante los próximos lustros en toda la región, en términos tanto absolutos como relativos, pero siguen existiendo limitaciones estructurales al ingreso de las cohortes más jóvenes de la población en edad activa a la fuerza de trabajo, lo que impide un cabal aprovechamiento del bono demográfico (Saad y otros, 2012).

En el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo se incluyen 15 medidas prioritarias sobre envejecimiento y protección social (medidas prioritarias 18 a 32), referidas a temas

² El cierre de brechas de protección se fundamenta en la desigualdad socioeconómica que condiciona el funcionamiento actual de los sistemas de seguridad social. 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, se basa en la tesis de que hay capacidades que pueden utilizarse para incrementar el 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 ello involucra (Serrano, 2005; Huenchuan, 2013).

relacionados con la participación, la seguridad social, la educación, la salud, el cuidado, la muerte digna, el trabajo, la violencia, la discriminación y el ahorro, entre otros.

En esta sección se presenta un balance general de la implementación de las medidas prioritarias del capítulo C del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, elaborado, principalmente, sobre la base de información estadística procesada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), bases de datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), los informes nacionales sobre los avances en la implementación del Consenso de Montevideo y los informes que los países presentaron en la Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe, organizada por la CEPAL y el Gobierno del Paraguay en junio de 2017³.

2. La ampliación de la seguridad de ingresos en la vejez

En el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo hay dos medidas prioritarias que están estrictamente relacionadas con la seguridad de ingresos en la edad avanzada. La medida 30, que promueve el desarrollo de prestaciones y servicios de seguridad social, y la medida 32, que promueve la ampliación de los sistemas de protección y seguridad social, incorporando la perspectiva de género. Si bien ambas son más amplias, a efectos del presente análisis se ha considerado que son las medidas que mejor representan el tema de este apartado.

En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, la titularidad y garantía de derechos en lo que respecta a la seguridad de ingresos durante toda la vida sigue siendo un asunto pendiente de la agenda social, y aunque ha habido avances, gran parte de la población continúa viviendo la incertidumbre económica como una de las facetas más preocupantes de la vida diaria.

Como consecuencia de las distintas realidades sociolaborales de los países, existe una marcada heterogeneidad regional en materia de cobertura contributiva de la seguridad social. Entre 2008 y 2015, el porcentaje de trabajadores cotizantes o afiliados a sistemas de pensiones aumentó del 44,7% al 50,3%. Entre los trabajadores asalariados, esa cifra pasó del 59,7% al 64,7%, un incremento de 5 puntos porcentuales. Sin embargo, aunque se produjo un aumento en el nivel de afiliación de los trabajadores no asalariados en 14 países de la región, hacia 2015 este era inferior al 18%. Pese a que el nivel de acceso a los sistemas de pensiones entre los trabajadores no asalariados es bajo en toda la región, en algunos países la situación es algo más favorable, pues se observan importantes diferencias en la cobertura. Al respecto, destaca la situación del Uruguay, país en que se registra un 42,9% de trabajadores no asalariados que cotizan en el sistema de pensiones, seguido por Costa Rica (39,2%) y el Brasil (30,6%) (CEPAL, 2018).

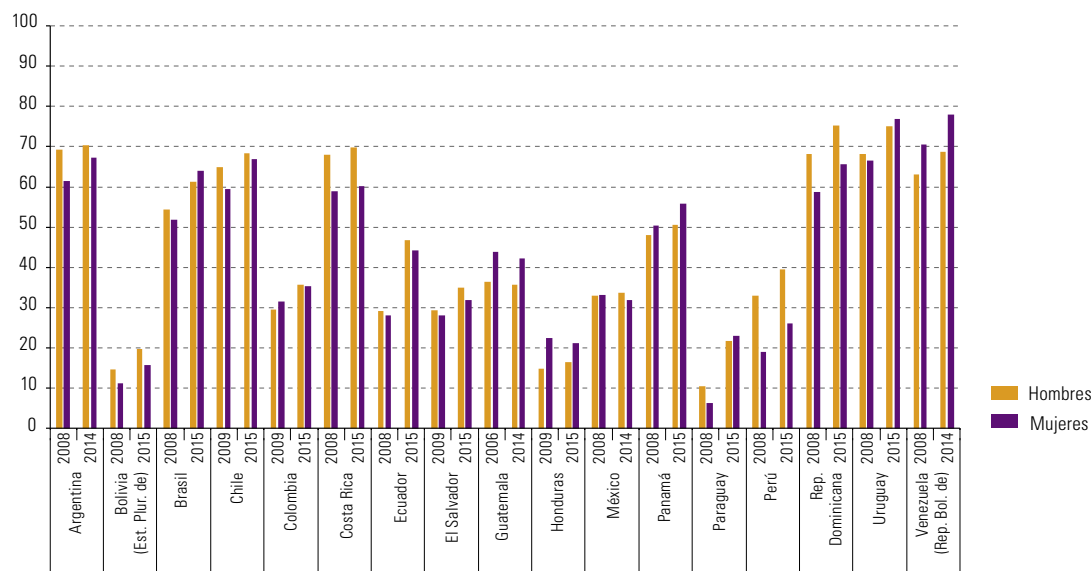
Con relación a las brechas de género en la cobertura contributiva, los avances han sido magros. En 2015, este indicador era menor en las mujeres que en los hombres, excepto en cuatro países (Brasil, Panamá, Uruguay y Venezuela (Rep. Bolivariana de)). La brecha entre ambos sexos sigue siendo amplia, incluso en países con coberturas superiores al promedio simple (véase el gráfico IV.1). En la Argentina y Chile, la cobertura contributiva de las mujeres continúa siendo menor que la de los hombres, aunque las diferencias son reducidas. En cambio, en Costa Rica, la disparidad

³ Para acceder a los informes de los países, véase Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), “Declaraciones de los países” [en línea] <https://conferenciaenvejecimiento.cepal.org/4/es/programa/declaraciones-paises>.

entre hombres y mujeres llega a casi 10 puntos porcentuales a favor de los primeros. En los países que están por debajo del promedio regional, las diferencias son más pronunciadas. Entre ellos, destacan los casos de Bolivia (Estado Plurinacional de) y El Salvador.

■ **Gráfico IV.1**

América Latina (17 países): afiliación o cotización de los ocupados a los sistemas de pensiones según sexo, alrededor de 2008 y 2015
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG).

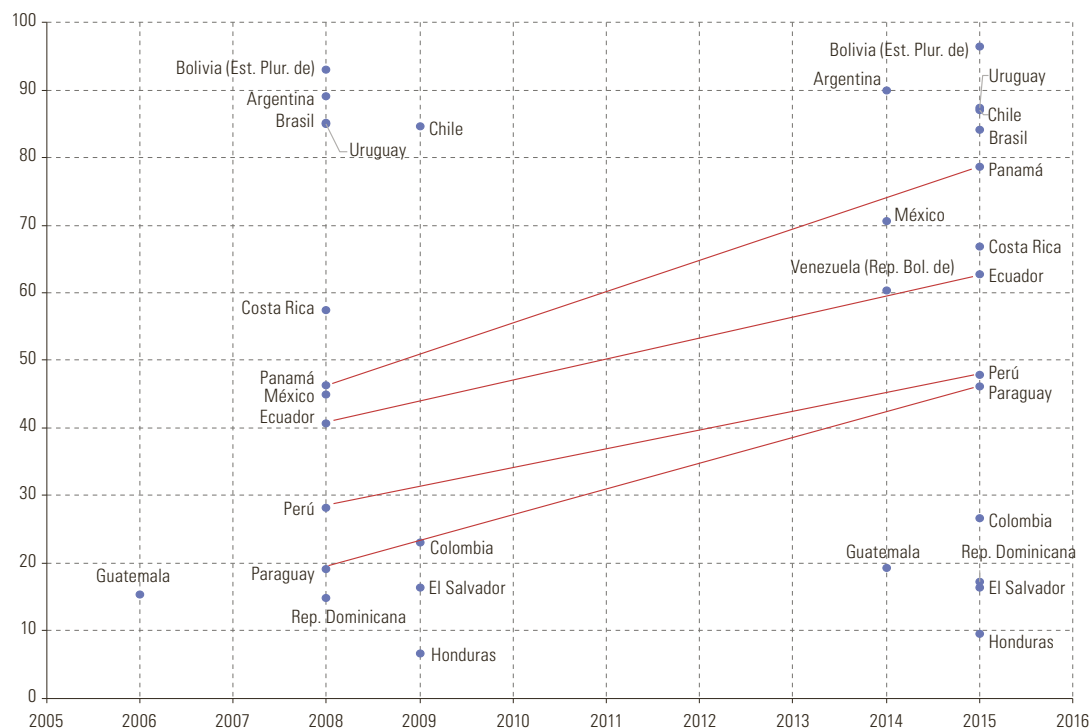
En 2015, un tercio de la población de 65 años y más de América Latina —lo que equivale a alrededor de 14.690.000 personas mayores— no tuvo ingresos provenientes de la seguridad social. De acuerdo con la información disponible en las encuestas de hogares, el 70,8% de la población latinoamericana de 65 años y más recibía algún tipo de pensión —con una tendencia al alza en el tiempo— por la vía contributiva, no contributiva o ambas. La cobertura total de pasivos habría aumentado 8,3 puntos porcentuales entre 2008 y 2015. Según los datos nacionales disponibles, una parte importante de ese aumento se explica por la expansión de los sistemas de pensiones no contributivas (CEPAL, 2018).

Los mayores incrementos de cobertura se dieron en el Perú (19,6%), el Ecuador (22,1%), México (25,6%), el Paraguay (27,1%) y Panamá (32,2%). Todos esos países se encontraban por debajo del promedio regional en 2008, pero, gracias a la implementación de programas de pensiones no contributivas, lograron ampliar la seguridad de ingresos en la vejez (véase el gráfico IV.2). La situación de otros países como Guatemala, Honduras y la República Dominicana es preocupante, dado que presentaban niveles de cobertura inferiores al 15% al inicio del período en estudio (2008) y en 2015 experimentaron un incremento de menos de 5 puntos porcentuales.

■ **Gráfico IV.2**

América Latina (17 países): percepción de pensiones totales, contributivas y no contributivas entre las personas de 65 años y más, alrededor de 2008 y 2015

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG).

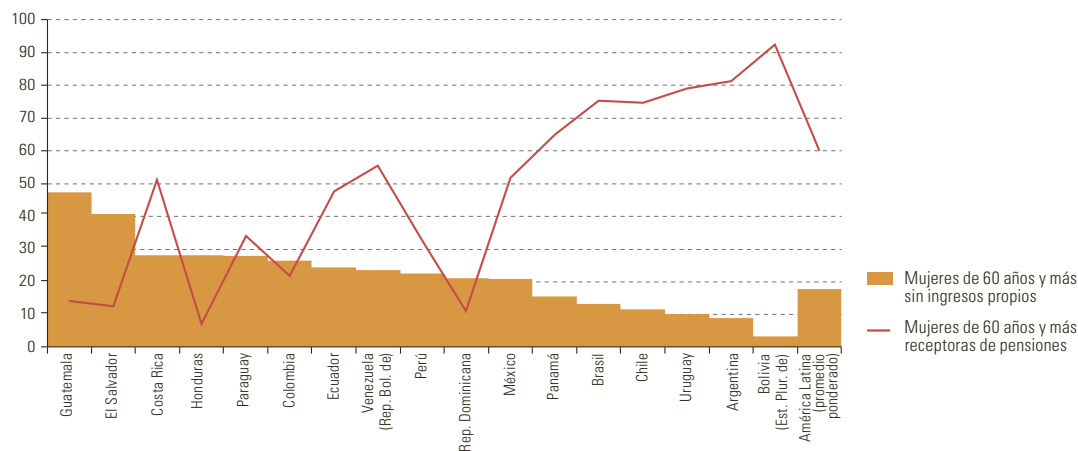
La limitada cobertura de los sistemas de seguridad social en algunos países se traduce en una marcada desprotección, que se expresa en el hecho de que una parte considerable de la población de 60 años y más no recibe ingresos propios, un fenómeno más evidente en el caso de las mujeres que en el de los hombres. Aunque la situación ha mejorado desde 2012, cuando el 25% de las mujeres mayores latinoamericanas no tenía ingresos propios, siguen existiendo desafíos importantes para los sistemas de protección social. Según la información más reciente disponible, la proporción de mujeres de 60 años y más que carecen de ingresos propios en América Latina alcanza el 17,8%, lo que equivale a más de 6 millones de mujeres mayores.

En los países que cuentan con una matriz de seguridad social de tendencia universal y en los que se han llevado a cabo acciones de protección de la vejez, se observa, en general, que estas cifras disminuyen. En la Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Chile y el Uruguay, por ejemplo, la proporción de mujeres sin ingresos propios en el tramo de edad de 60 años y más no alcanza el 15%. Sin embargo, en algunos países se observa que estas cifras son aún elevadas, como en el caso de Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y el Paraguay, donde el porcentaje de mujeres mayores sin ingresos es superior a un cuarto de la población femenina mayor (véase el gráfico IV.3).

■ Gráfico IV.3

América Latina (17 países): proporción de mujeres de 60 años y más sin ingresos propios y proporción de mujeres de 60 años y más que son receptoras de pensiones, alrededor de 2015^{ab}

(En porcentajes)



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

^a Los datos corresponden a 2015, excepto en los casos de la Argentina, Guatemala, México, Nicaragua y Venezuela (República Bolivariana de), en que corresponden a 2014.

^b Los datos corresponden al total nacional, excepto en el caso de la Argentina, en que corresponden a 31 aglomerados urbanos.

En su informe nacional, la Argentina da cuenta de la creación del Programa Nacional de Reparación Histórica para Jubilados y Pensionados y de la declaración de la emergencia en materia de litigiosidad previsional por tres años (Ley núm. 27.260 de 2016)⁴. En ese marco, se creó también la Pensión Universal para el Adulto Mayor, de carácter vitalicio para las personas mayores de 65 años que no cuentan con ningún otro beneficio (Gobierno de la Argentina, 2018). El Estado Plurinacional de Bolivia, en tanto, informa que, desde la promulgación de la Ley núm. 065 de Pensiones en 2010, que tuvo por objeto crear la administración del Sistema Integral de Pensiones, a diciembre de 2016 se había incrementado el número de jubilados un 244% (Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia, 2018). Chile describe la instrumentación de la Pensión Básica Solidaria de Vejez (PBSV), un beneficio que permite acceder a un determinado monto de dinero a aquellas personas que no tienen derecho a una pensión en algún régimen previsional. La PBSV apoya en mayor medida a las mujeres —que históricamente no cotizan por desempeñar labores no remuneradas—, con el fin de que puedan acceder a pensiones para la vejez (Gobierno de Chile, 2018). Colombia, por su parte, menciona el Programa de Protección Social al Adulto Mayor “Colombia Mayor”, a través del cual se entregan subsidios bimestrales a más de 1.400.000 personas en condición de vulnerabilidad para financiar sus necesidades básicas y mejorar su calidad de vida, y cuyo objetivo es la ampliación de la cobertura de 1,5 a 2,4 millones de beneficiarios, así como el incremento progresivo del monto del subsidio (Gobierno de Colombia, 2018). Cuba informa que, hacia fines de 2016, recibían pensiones de seguridad social más de 1,5 millones de personas. Además, ese mismo año, estaban protegidas por la asistencia social 56.697 personas mayores, de

⁴ La Ley núm. 27.260: Programa Nacional de Reparación Histórica para Jubilados y Pensionados, sancionada el 29 de junio de 2016 por el Congreso de la Nación Argentina, consiste en una propuesta de aceptación voluntaria que reconoce el derecho de los jubilados y pensionados que se encuentran en proceso judicial contra la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) a actualizar sus haberes en función de fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, de las cámaras de la seguridad social y de las cámaras federales, mediante la firma de un acuerdo (Gobierno de la Argentina, 2018).

las cuales a más de 3.000 se les subsidiaba el pago total o parcial del servicio de asistencia social a domicilio; a casi otro tanto, el servicio interno de hogar de ancianos, y a unas 2.600 personas, el servicio de casas de abuelos (Gobierno de Cuba, 2018). En el informe del Ecuador, se señala que el monto promedio de las pensiones de jubilación se incrementó un 51% en el período 2007-2016, con lo que se busca que las personas mayores puedan llevar una vida digna. Asimismo, y con el fin de brindar protección social a las personas mayores que no reciben pensiones de jubilación, el Estado ecuatoriano implementó un sistema de seguridad social no contributiva, mediante el cual las personas mayores que no están cubiertas por el sistema de seguridad social reciben una pensión asistencial (Gobierno del Ecuador, 2018). El Salvador informa que, desde 2013, invierte en el programa Comunidades Solidarias, que, en su componente rural, otorga acceso a una pensión básica universal a 28.000 personas mayores, de las cuales el 54% son mujeres, y, en su componente urbano, beneficia a 4.800 personas, de las cuales el 58% son mujeres (Gobierno de El Salvador, 2017). Asimismo, en Jamaica, más de 60.000 personas de edad avanzada recibieron subsidios bimensuales en efectivo en el último año fiscal (2016/17), en el marco de los programas de asistencia social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (Gobierno de Jamaica, 2018). En el informe del Uruguay se señala que el nivel de cobertura del sistema de seguridad social en la etapa de jubilación es muy elevado, dado que un 87,9% de personas de 65 años y más cobraba jubilaciones o pensiones en 2016 (Gobierno del Uruguay, 2017). En su informe nacional, México señala que, en el marco de la Estrategia Nacional de Inclusión (ENI), se han realizado esfuerzos para incorporar a las personas mayores al programa Pensión para Adultos Mayores. Asimismo, y con la intención de apoyar económicamente a las personas mayores, se redujo de 70 a 65 años la edad mínima para poder recibir una pensión social, lo que se tradujo en un aumento, con respecto a 2012, de 2,3 millones de beneficiados por el programa Pensión para Adultos Mayores, que actualmente cubre a 5,4 millones de personas (Gobierno de México, 2018).

3. Mejora y expansión de la protección social en materia de salud

En las próximas décadas, el rasgo más sobresaliente de la realidad demográfica en todos los países de la región será el aumento de la población 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 y, en la mayoría, todavía 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 los más evidentes ocurrirá en la demanda de atención de la salud (Huenchuan, 2013).

En el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo se incorporan medidas específicas sobre protección social en materia de salud. Una corresponde a la medida prioritaria 26, en la que se acuerda adecuar las políticas de salud a los desafíos del perfil epidemiológico resultante del envejecimiento y la transición epidemiológica, reforzando la lucha para erradicar las enfermedades transmisibles e implementando acciones de prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles.

La implementación de estas recomendaciones se produce en un escenario heterogéneo. De acuerdo con la OIT, existen diferencias significativas en la región en lo referente a la protección social en materia de salud. A fines de la década pasada, en algunos países —como en el Uruguay— se había conseguido una amplia cobertura de la población, mientras que, en otros, menos de un tercio de los habitantes se encontraban protegidos. Este era el caso en la República Dominicana (26,5%),

Guyana (23,8%), el Paraguay (23,6%), el Ecuador (22,8%), El Salvador (21,6%), Jamaica (20,1%) y San Vicente y las Granadinas (9,4%) (OIT, 2018)⁵.

En su informe nacional, la Argentina señala que, en el marco del Programa Nacional de Reparación Histórica para Jubilados y Pensionados, la Pensión Universal para el Adulto Mayor garantiza también el acceso a los beneficios del Programa de Atención Médica Integral a todas las personas mayores de 65 años sin jubilación, pensión o retiro (Gobierno de la Argentina, 2018). En el Brasil, la implementación y expansión del Sistema Único de Salud garantizó el derecho universal e integral a la salud. A partir de marcos legales específicos, como la Política Nacional de Salud de la Persona Mayor, el Ministerio de Salud se ha centrado en un modelo de atención integral de este grupo de población, que incorpora el criterio de funcionalidad de la persona mayor en los procesos de formulación de políticas públicas y promueve el envejecimiento activo y sano (Gobierno del Brasil, 2018). Colombia indica que el porcentaje de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud de las personas de 60 años y más había alcanzado una cifra cercana al 96% en 2014 (Gobierno de Colombia, 2018). Cuba informa que el Plan Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor tiene el objetivo de contribuir a elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida de las personas mayores, mediante acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación ejecutadas por el sistema nacional de salud pública en coordinación con otros organismos y organizaciones del Estado vinculados con esta atención, y tiene como protagonistas a la familia, la comunidad y la propia persona mayor (Gobierno de Cuba, 2018). Para la protección de la población adulta y las personas mayores, el Ecuador cuenta con la Ley del Anciano, la Ley de Seguridad Social y la Ley Orgánica de Salud. La Ley del Anciano garantiza el derecho a un nivel de vida que asegure, entre otros, la salud corporal y psicológica, la asistencia médica y la atención geriátrica y gerontológica integral. La Ley de Seguridad Social establece, entre otras prestaciones, el acceso de las personas mayores a servicios de atención de la salud, y la Ley Orgánica de Salud considera de interés nacional las enfermedades catastróficas y raras (Gobierno del Ecuador, 2018). El Salvador, por su parte, hace mención de la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor, que contempla intervenciones dirigidas a las personas mayores y a su entorno familiar y comunitario, mediante acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico precoz, curación y rehabilitación. Asimismo, en el área de la salud preventiva, se han establecido unos 800 clubes de personas mayores adscritos a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, en los que participan más de 20.000 personas mayores (Gobierno de El Salvador, 2017). México, en tanto, ha implementado la Política Institucional para la Atención Integral de las Personas Adultas Mayores, entre cuyos objetivos se encuentra el impulso a la participación activa de las personas mayores en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad; la promoción de actividades que les permitan incursionar en nuevas oportunidades de trabajo remunerado y de participación en la vida familiar y comunitaria, y la atención integral a las personas para preservar su funcionalidad, haciéndolas partícipes del autocuidado para mejorar su calidad de vida, bienestar e integración en el núcleo familiar, la comunidad y la sociedad (Gobierno de México, 2018). El Paraguay informa que la gratuidad del sistema público de salud, vigente desde 2008, permitió a las personas mayores acceder a servicios de salud con mayor facilidad, no obstante lo cual, el desafío principal es contar con atención especializada en geriatría en toda la estructura de salud pública y privada (Gobierno del Paraguay, 2018). En el caso del Perú, a través del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad, se implementan servicios diferenciados en 11 regiones del país. Además, existen 314 establecimientos de atención primaria de la salud que brindan servicios diferenciados de atención integral orientados a las personas mayores (Gobierno del Perú, 2018). La República Dominicana informa que, a fin de promover un envejecimiento saludable, se ha dotado al 97% de la población mayor en situación de pobreza de un seguro de salud subsidiado del Seguro Nacional

⁵ En 2016, el porcentaje de personas con discapacidad severa que reciben prestaciones por discapacidad habría oscilado entre el 100% en el Brasil y Chile y menos del 5% en Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala y el Perú (OIT, 2018).

de Salud (SENASA) financiado por el Estado (Gobierno de la República Dominicana, 2018). En el informe del Uruguay se señala que, si bien la legislación garantiza desde hace varias décadas a todas las personas el derecho efectivo a la atención de la salud, la reforma del sistema sanitario implementada en 2007 (Ley núm. 18.211) supuso importantes logros en materia de universalidad y accesibilidad de los servicios. Mediante dicha reforma, se creó el Seguro Nacional de Salud y el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que financia la cobertura de los trabajadores y sus familias, y se extiende a los pasivos (Gobierno del Uruguay, 2017).

Si bien los países del Caribe han ampliado el acceso de las personas mayores a una gama de servicios de atención de la salud, a menudo la demanda supera con creces la oferta, y los gastos no cubiertos representan más del 30% del total del desembolso en atención sanitaria. Se otorga acceso preferencial a los medicamentos en ciertos casos, especialmente en el de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles, y ha habido progresos en lo que respecta a la situación de las personas mayores que viven con el VIH/sida y al apoyo a las personas con discapacidades físicas o mentales. Sin embargo, siguen existiendo muchos aspectos susceptibles de mejora, por lo que se insta a los Gobiernos a promover el derecho a la salud mediante la prestación de una atención ininterrumpida a lo largo de la vida, que incluya la promoción de la salud mental y física y la atención preventiva, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos; a implementar programas de prevención, atención, tratamiento y gestión de las enfermedades no transmisibles, incluidas la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia, y a fomentar el envejecimiento saludable durante toda la vida a fin de reducir la carga que suponen las enfermedades no transmisibles en la población, la economía y los servicios de salud. Es necesario desarrollar la atención gerontológica y geriátrica en los sistemas de atención sanitaria y social para cubrir las necesidades de las personas mayores en la subregión (CEPAL, 2017b). En su informe, Jamaica señala que se encuentra en curso la elaboración de un plan estratégico de diez años para el sector sanitario, en el que se prevé incluir estrategias para promover un envejecimiento activo y sano. Además, promover la renovación de la atención primaria de la salud y el acceso universal a los servicios de salud constituye una estrategia prioritaria en el marco del programa Visión 2030 Jamaica y forma parte de la orientación estratégica del Ministerio de Salud. Mediante esta estrategia se presta apoyo a los cuidados preventivos y se contribuye a la mejora de los resultados en materia de salud a lo largo de la vida y del acceso a los servicios de salud por parte de grupos vulnerables como las personas mayores (Gobierno de Jamaica, 2018). Suriname informa de la aprobación, en 2014, de la Ley del Seguro Médico Básico Nacional, en virtud de la cual se proporciona acceso a un paquete básico de servicios de atención primaria, secundaria y terciaria a todos los residentes de Suriname. En 2013, se otorgó el derecho a la atención sanitaria gratuita pagada por el Gobierno a todas las personas menores de 16 años, así como a las personas mayores de 60 años (Gobierno de Suriname, 2018). Saint Kitts y Nevis, en tanto, informa de que la política sobre envejecimiento elaborada a nivel federal cuenta con tres áreas prioritarias que constituyen la base sobre la cual la División de Ciudadanos Mayores del Departamento de Servicios Sociales desarrolla sus programas. Una de esas prioridades es “promover la salud y el bienestar hasta la vejez” (Gobierno de Saint Kitts y Nevis, 2018, pág. 24).

Una forma de acercarse a la magnitud del desafío al que deben hacer frente los países para la implementación de la medida prioritaria 26 es por medio del indicador de años de vida perdidos. Se trata de una medida de los trastornos que causan la muerte de las personas mayores y de los años potenciales de vida que, en promedio, estos trastornos les quitarán (OMS, 2015). En la edad avanzada, las enfermedades no transmisibles han sustituido a las enfermedades transmisibles como la principal causa de morbilidad, discapacidad y muerte. Las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias malignas, la diabetes, las enfermedades respiratorias y las relacionadas con los órganos sensoriales se han convertido así en los principales factores de defunción temprana.

Entre las diez primeras causas de muerte, cabe destacar las enfermedades mentales y neurológicas —entre las que se encuentra la enfermedad de Alzheimer—, que representan uno de los

principales retos para la salud en la actualidad. Se estima que la prevalencia actual de la demencia es del 6,4% en las Américas, y se prevé un incremento proporcional del 67% antes de 2030 y del 216% para 2050 (ADI, 2015). Este tipo de enfermedad conlleva enormes consecuencias personales, sociales y económicas, al provocar un aumento de los costos de los cuidados a largo plazo para los gobiernos, las comunidades, las familias y las personas, así como pérdidas de productividad en las economías. El costo regional de la atención de las personas con demencia en 2010 se estimó en más de 46.000 millones de dólares. Los costos más elevados son los correspondientes a la asistencia social informal (35%), seguidos de los costos médicos directos (34%) y los de asistencia social (31%) (ADI, 2016).

En Chile, Costa Rica, Cuba y el Perú, se han elaborado planes nacionales de atención de las enfermedades mentales. En el caso del Perú, mediante la Ley núm. 30.020, se creó el Plan Nacional para la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias. En Cuba se brindan servicios de atención de la salud a las personas mayores en un escenario de envejecimiento más pronunciado que en el resto de la región. Dicho escenario se aborda de manera transversal, mediante la puesta en práctica de estrategias en todos los sectores de la sociedad para atender el envejecimiento de manera integral, incluidos los asuntos relacionados con el cuidado de largo plazo, la seguridad social y el fomento de una cultura de respeto hacia las personas de edad avanzada. Por otra parte, en Barbados, el Ministerio de Salud ha ampliado la atención y el tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) para las personas mayores, quienes pueden atenderse en policlínicas comunitarias, así como en la Clínica Ladymeade, que es el eje central de la clínica de cuidado del VIH en el país.

En muchas ocasiones, la muerte temprana en la vejez causada por enfermedades transmisibles está asociada a la pobreza y la desigualdad. Las dificultades para acceder a los servicios de atención de la salud aumentan a medida que disminuye el nivel socioeconómico de las personas mayores, por lo que aquellas con un nivel socioeconómico más bajo tienen más probabilidades de morir por causas prevenibles. Por ejemplo, en los territorios indígenas de México, según datos de la Dirección Nacional de Epidemiología, las enfermedades prevenibles siguen siendo el tipo de enfermedad que más muertes causa, y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) afirma que las personas mayores indígenas viven el “último tramo del ciclo de vida subsistiendo en condiciones poco dignas, [que se] sintetizan en pobreza, soledad, enfermedad y marginación” (Moreno, 2015).

4. Cuidados paliativos y muerte digna en la vejez

La medida prioritaria 29 del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo subraya la necesidad de “favorecer el desarrollo y acceso a cuidados paliativos, para asegurar una muerte digna y sin dolor”. Es una de las medidas más novedosas y complejas del capítulo, por lo que, antes de proceder a su documentación, es necesario hacer algunas aclaraciones preliminares con respecto a su contenido e interpretarla a la luz de los instrumentos internacionales existentes.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores define el cuidado paliativo como “la atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días. Implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor. Abarcan al paciente, su entorno y su familia. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan” (OEA, 2015)⁶.

⁶ El objetivo final de la Convención en este aspecto no es asegurar una buena muerte, sino mantener una buena vida hasta el final. Es por ello por lo que el concepto de cuidados paliativos se aborda de manera tan amplia en este instrumento y se incluye no solo en el artículo 6 sobre el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez, sino también en el artículo 12 sobre los derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo, el artículo 19 sobre el derecho a la salud y el artículo 11 sobre el derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud.

El acceso a los cuidados paliativos es una obligación jurídica de los Estados⁷; sin embargo, la mayoría de los países de la región no satisfacen la demanda de cuidados paliativos, no reconocen los cuidados paliativos como una disciplina y no los incluyen en los sistemas de salud públicos o privados. Por otra parte, hay poca legislación al respecto, lo que perjudica su financiamiento y continuidad. La mayor parte de los programas nacionales sobre cuidados paliativos de la región fueron creados a finales de los años noventa, por lo que se trata de un planteamiento bastante reciente. Existen iniciativas aisladas como resultado de los esfuerzos locales, pero en pocos casos existe una política pública nacional que garantice el acceso a los cuidados paliativos.

En los países en que existen programas nacionales de cuidados paliativos, estos están vinculados principalmente a enfermedades oncológicas, lo que plantea dificultades de acceso para pacientes no oncológicos, como los que viven con el VIH/sida o padecen otras patologías crónicas o terminales. La ley no obliga a brindar cuidados paliativos a estas personas, y el manejo del dolor por vía analgésica depende de si el médico está capacitado para recetar opioides.

La ausencia de políticas nacionales ha favorecido el surgimiento de iniciativas privadas para la atención de enfermos terminales, pero con un costo muy elevado, por lo que el acceso a ellas por parte de las personas con bajos recursos se encuentra vedado. Por otra parte, existen fundaciones sin fines de lucro que asisten en el acompañamiento y el alivio del dolor, si bien no cuentan con personal debidamente acreditado. Esta situación pone en peligro la sostenibilidad de dichas actividades, llevadas a cabo en su mayoría por voluntarios y con recursos de organizaciones benéficas o no gubernamentales.

Un estudio realizado por la OMS en 2014 (Connor y Sepúlveda, 2014) presenta una clasificación del avance de los cuidados paliativos en el mundo. En el caso de América Latina y el Caribe, la mayoría de los países se encontraban ese año en las fases preliminares de desarrollo de este tipo de programas. Por ejemplo, un número considerable de países del Caribe (Antigua y Barbuda, Granada, Saint Kitts y Nevis y San Vicente y las Granadinas) se ubicaban en el nivel más bajo, al no registrarse en ellos ninguna actividad relacionada con el cuidado paliativo (véase el cuadro IV.1).

■ Cuadro IV.1

América Latina y el Caribe: nivel de desarrollo de los programas de cuidado paliativo, 2014

Nivel de desarrollo de los programas de cuidado paliativo	Países y territorios
Grupo 1: No se registran actividades	Anguila, Antigua y Barbuda, ex Antillas Neerlandesas, Aruba, Guayana Francesa, Granada, Islas Malvinas (Falkland Islands), Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas
Grupo 2: Fomento de las capacidades	Bahamas, Bolivia (Estado Plurinacional de), Dominica, Haití, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Nicaragua, Suriname
Grupo 3a: Provisión aislada	Barbados, Belice, Bermudas, Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guadalupe, Guatemala, Guyana, Islas Caimán, Jamaica, Panamá, Paraguay, Perú, México, República Dominicana, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Venezuela (República Bolivariana de)
Grupo 3b: Provisión generalizada	Argentina
Grupo 4a: Integración preliminar	Chile, Costa Rica, Puerto Rico, Uruguay
Grupo 4b: Integración avanzada	

Fuente: S. Connor y M. Sepúlveda (eds.), *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, Londres, Organización Mundial de la Salud/Worldwide Palliative Care Alliance (OMS/WPCA), 2014. Worldwide Palliative Care Alliance/ Organización Mundial de la Salud (OMS), enero de 2014.

⁷ Antes de la aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, esta obligación había sido ya reconocida por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación general núm. 14 (Naciones Unidas, 2000) y por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su Recomendación general núm. 27 (Naciones Unidas, 2010). Asimismo, el Relator Especial sobre la tortura estableció en su informe de 2013 que negar el alivio del dolor puede constituir un trato inhumano y degradante, de acuerdo con la definición de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (Naciones Unidas, 2013).

En este ámbito, el caso de Cuba es uno de los más destacables de la región. Dentro del Sistema Nacional de Salud, único y gratuito, se ubica el Programa de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos (PADCP), vinculado a pacientes oncológicos. El PADCP brinda atención domiciliaria por parte de equipos multidisciplinarios constituidos por médicos, enfermeros y psicólogos. Además, cubre la hospitalización y los medicamentos de manera gratuita durante la atención. En cuanto a la capacitación, la formación en cuidados paliativos se encuentra acreditada oficialmente desde 2010 mediante el Diplomado de Cuidados Paliativos a Pacientes Adultos y el Diplomado Nacional de Control de Cáncer. Asimismo, las facultades de medicina imparten contenidos relacionados con los cuidados paliativos. Colombia, por su parte, informa que el país dispone de lineamientos y guías clínicas para el cuidado paliativo. Existen, además, dos organizaciones gremiales de carácter nacional en este ámbito (médicos generales que brindan cuidados paliativos y médicos especialistas en anestesiología y medicina del dolor), y se llevan a cabo programas de cuidado paliativo en cuatro Entidades Promotoras de Salud (EPS) y sesenta instituciones prestadoras de servicios de salud⁸. En el Uruguay se introdujeron los cuidados paliativos mediante el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS). Esta prestación se integró de manera obligatoria en 2008, pero no se desarrolló a nivel nacional hasta 2013, momento en el que se comenzó a desarrollar una política ministerial desde el Área Programática Cuidados Paliativos. De acuerdo con los datos aportados por los prestadores, en 2016 la cobertura en el Uruguay era del 43% (Gobierno del Uruguay, 2017).

5. Necesidad de más y mejores servicios de cuidados a largo plazo

En muchos lugares del mundo, las políticas de cuidados a largo plazo se sustentan sobre la base de que las redes informales (la familia y la comunidad) pueden asumir el cuidado de las personas mayores, sin tener en cuenta las limitaciones de los cuidadores —en la mayoría de los casos, mujeres— ni el impacto que esto puede tener en la calidad del cuidado no remunerado, en los ingresos de las familias cuidadoras y en la salud y el futuro empleo de los cuidadores.

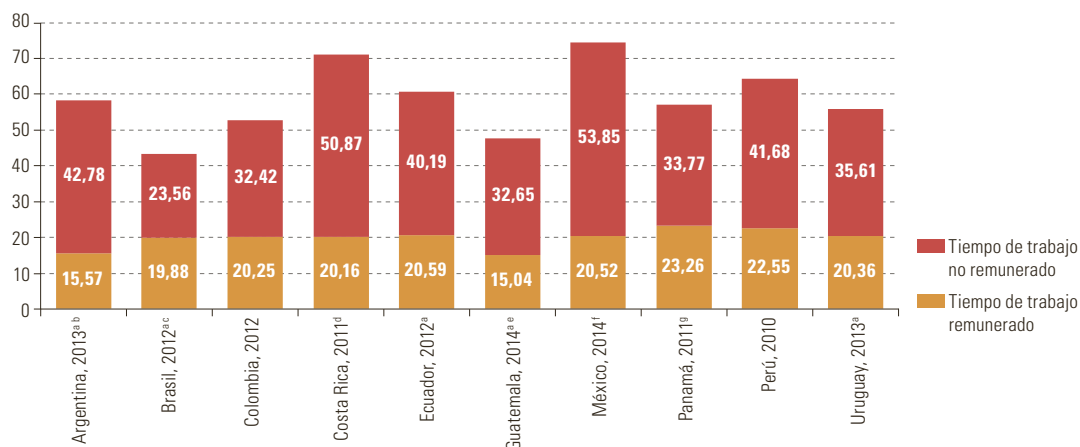
Para abordar este problema, en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo se incluyen de manera específica los cuidados a largo plazo en las medidas prioritarias 30 y 31, como una cuestión relacionada con la protección social, y se recomienda, entre otras cosas, el desarrollo de prestaciones, servicios sociosanitarios y beneficios económicos que maximicen la autonomía, en particular de las personas mayores.

A partir de las encuestas de uso del tiempo de algunos países de América Latina, es posible afirmar que la dedicación de las mujeres a tareas de trabajo no remunerado (entre las que se incluye el cuidado de personas dependientes) es elevada. En México se destinan más de 53 horas semanales a este tipo de actividades; en Costa Rica, 50,8 horas semanales, y, en la Argentina y el Perú, alrededor de 40 horas semanales (véase el gráfico IV.4). En Chile, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) indica que una de cada cuatro personas de 60 años o más presenta algún grado de dependencia. En el 86% de los casos, el cuidado de la persona mayor es asumido por una mujer, que suele ser su esposa, hija o nuera, y supone más de 12 horas diarias.

⁸ Véase Ministerio de Relaciones Exteriores, “Observaciones de Colombia al documento Proyecto de Primer Informe Regional sobre la Implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Septiembre de 2018” (S-DIESA-18-062301), Bogotá, 28 de septiembre de 2018, inédito.

■ **Gráfico IV.4**

América Latina (10 países): tiempo medio destinado al trabajo remunerado y no remunerado de la población femenina de 15 años o más, último período disponible
(En horas semanales)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de encuestas de uso del tiempo de los respectivos países.

^a En el trabajo remunerado se excluye el tiempo dedicado a la búsqueda de empleo, ya que no fue considerado en la encuesta.

^b El módulo de uso del tiempo solo considera a la población de 18 años o más.

^c En el trabajo no remunerado se consideran únicamente las actividades domésticas no remuneradas.

^d Encuesta realizada solo en la gran área metropolitana.

^e En el trabajo no remunerado se excluye el apoyo a otros hogares.

^f Al desagregarse las actividades de trabajo no remunerado en el cuestionario de 2009, se sobrestimaban las horas. Esto no sucede en el cuestionario de 2014, en el

que dichas actividades aparecen agregadas.

^g Encuesta realizada solo en zonas urbanas.

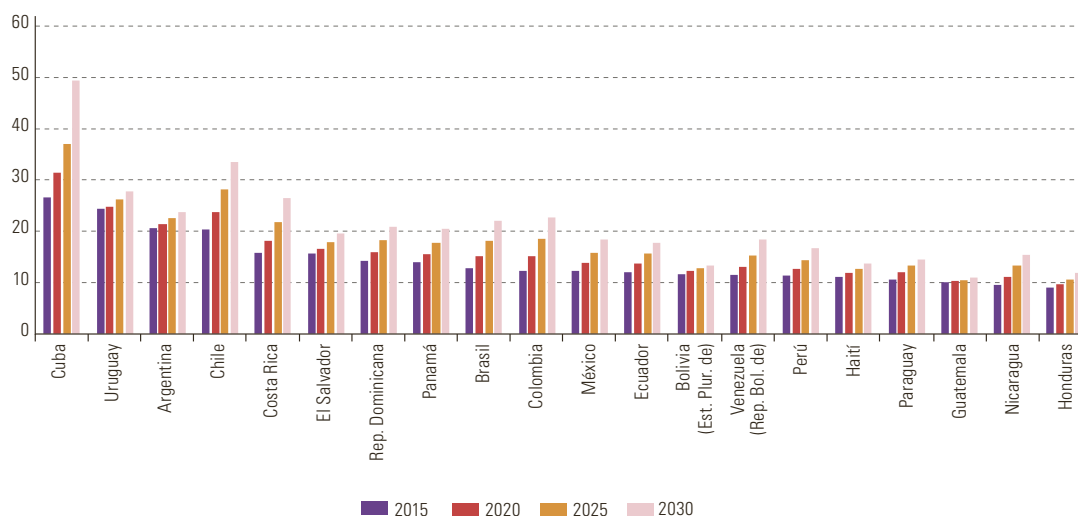
Un gran número de cuidadores no remunerados son personas mayores, que a menudo se ocupan de sus parejas, familiares o amigos. En Ciudad de México, por ejemplo, las personas mayores desempeñan un papel prominente en el cuidado de sus coetáneos, y su participación es más elevada en el caso del cuidado de personas que presentan una probabilidad elevada de morir en el plazo de un año: el 77% de los cuidadores de edad avanzada presta ayuda a este grupo de riesgo (Huenchuan y Rodríguez, 2015). En Cuba, los cuidadores de centenarios son frecuentemente personas de 60 años y más (64,2%) (Selman-Houssein y otros, 2012). La mayoría de los cuidadores son hijos (un 66,5% del total), seguidos de nietos (7,1%) y de personas ajenas a la familia (6,8%) (Fernández, 2016). En Colombia, la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) de 2015 dio a conocer que el 83,9% de los cuidadores de personas mayores eran mujeres y el 16,7% de ellas tenían 60 años o más (MINSALUD/COLCIENCIAS, 2015). Esta información está basada en los datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) y los registros del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO).

Por otro lado, la demanda de cuidadores está creciendo. Si se estudia la situación de los países de la región tomando como referencia el estándar de cuidadores informales establecido por Noruega (87,2 cuidadores informales por cada 100 personas de 65 años y más), esta resulta bastante heterogénea. Cuba es el país más afectado por esta situación: si la tendencia se mantiene sin cambios, en 2030 el 50% de la población económicamente activa menor de 65 años deberá dedicarse al cuidado de las personas mayores, prácticamente el doble que en 2015. Otro país que presenta una situación compleja es Colombia, donde también se duplicaría la población económicamente activa

que tendría que dedicarse a las tareas de cuidado (véase el gráfico IV.5). Los países del Caribe de habla inglesa también se encuentran en una coyuntura difícil, dado que en un estudio cualitativo realizado en seis de ellos se confirmó que existían grandes problemas de cobertura y acceso en el ámbito de los servicios de cuidado (Cloos y otros, 2009). Varios se enfrentan a dificultades relacionadas con el reclutamiento y la retención de trabajadores (CEPAL, 2017b). En este contexto, es necesario desarrollar la atención gerontológica y geriátrica en los sistemas de atención sanitaria y social, a fin de satisfacer las necesidades de las personas de edad en la subregión, centrándose especialmente en facilitar el acceso a dicha atención por parte de las personas mayores que viven en zonas rurales, remotas y desfavorecidas (CEPAL, 2018b).

■ **Gráfico IV.5**

América Latina (20 países): proporción de cuidadores informales requeridos respecto de la población económicamente activa menor de 65 años, 2015-2030
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de “Estimaciones y proyecciones de población total, urbana y rural, y económicamente activa”, Santiago, 2017 [en línea] <https://www.cepal.org/es/temas/proyecciones-demograficas/estimaciones-proyecciones-poblacion-total-urbana-rural-economicamente-activa>; Naciones Unidas, World Population Prospects: The 2015 Revision, Nueva York, 2015.

Diversos países se encuentran implementando acciones en este sentido. En el caso del Uruguay, en 2016 se promulgó la Ley núm. 19.353 del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), en virtud de la cual se constituyó el Plan Nacional de Cuidados 2016-2020 y se reconoció la responsabilidad compartida entre la familia, el Estado, la comunidad y el mercado en lo que respecta a las actividades de cuidados. Dicho Plan cuenta con servicios como teleasistencia domiciliaria, centros de día, centros de larga estadía y asistencia personalizada (Gobierno del Uruguay, 2017). En Chile, el Ministerio de Salud ejecuta el Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, tal como se expone en su informe nacional. Además, 15 comunas de este país cuentan con servicios de cuidado domiciliario y en 2017 se construyeron cuatro nuevos establecimientos de larga estadía y cuatro centros diurnos. En el Paraguay se inauguró, en diciembre de 2016, el Centro Residencial de Apoyo y Ayuda al Adulto Mayor, que brinda atención sociosanitaria a 175 jubilados y beneficiarios del Instituto de Previsión Social (IPS) residentes en el lugar de forma permanente. En el Ecuador, la Subsecretaría de Atención Intergeneracional del Ministerio de Inclusión Económica y Social ofrece atención directa a las personas mayores en 14 centros de atención gerontológica. En el Caribe, Barbados y Saint Kitts y Nevis proporcionan atención básica de enfermería en el hogar, como parte de un programa de atención domiciliaria o de otros programas. La atención

básica puede incluir servicios muy diversos: desde curar heridas o controlar la presión arterial y los niveles de glucosa hasta ofrecer consejos sobre nutrición, normas sanitarias y otros problemas de salud. Además, los cuidadores también están capacitados para detectar enfermedades o casos de abandono, abuso o malnutrición e informar sobre ellos. En la Argentina y Costa Rica también se están llevando a cabo acciones en este ámbito.

Honduras, por su parte, menciona en su informe nacional la apertura, en 2015, de los Centros de Cuidados Diurnos del Adulto Mayor (CE-CUIDAM), creados para brindar atención integral a personas mayores en situación de pobreza extrema, riesgo social y vulnerabilidad. Actualmente, el país cuenta con 19 centros en 13 departamentos, de los que se benefician más de 4.000 personas mayores (Gobierno de Honduras, 2018). En el marco de los programas de inclusión y promoción de derechos de las personas mayores del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, en el informe de la Argentina se hace referencia al Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios; el Programa de Promoción de la Autonomía Personal y Accesibilidad Universal para Adultos Mayores; el Programa Nacional de Promoción de la Calidad de Vida para Personas con Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias, y el Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios, entre otros, además de a la atención gerontológica institucional para personas mayores de 60 años en situación de fragilidad o dependencia prestada mediante el programa Residencias de Larga Estadía (Gobierno de la Argentina, 2018). Cuba informa que se han constituido escuelas de cuidadores en más del 80% de los policlínicos del país con el propósito de preparar a los cuidadores familiares e informales. Estas escuelas cuentan con un programa psicoeducativo impartido por un equipo multidisciplinario de profesionales que capacitan a los familiares a cargo del cuidado primario o secundario de pacientes con dependencia en el cuidado (Gobierno de Cuba, 2018). En el marco de la Estrategia Nacional para la Igualdad y la Erradicación de la Pobreza (ENIEP), en el Ecuador se estableció el Sistema de Protección Integral, que incluye la protección social, la protección especial y los servicios de cuidados a grupos de atención prioritaria y en situación de vulnerabilidad, con el fin de prevenir la vulneración de sus derechos, de proteger dichos derechos y de apoyar su restitución (Gobierno del Ecuador, 2018). El Ministerio de Desarrollo Social, Vivienda y Empoderamiento Comunitario de Granada, responsable de la formulación de políticas y la prestación de una serie de servicios de bienestar social, ha establecido un servicio para personas mayores que supervisa a los proveedores de cuidados geriátricos, entre cuyas responsabilidades se incluye la prestación de servicios de atención de la salud domiciliarios (Gobierno de Granada, 2018). Saint Kitts y Nevis informa que, en el marco del proyecto de política sobre envejecimiento nacional, el Programa de Cuidadores Comunitarios crea vínculos entre las familias y el Departamento de Servicios Sociales. Los trabajadores se responsabilizan de personas mayores a quienes visitan diariamente y asisten en sus tareas de cuidado personal. Se elaboran informes verbales y escritos mensualmente sobre cada persona que se visitó durante el período examinado (Gobierno de Saint Kitts y Nevis, 2018). La República Dominicana, por su parte, informa que, entre sus principales avances, se encuentra la conformación de la red nacional de cuidadores de adultos mayores (Gobierno de la República Dominicana, 2018). En el caso del informe nacional de la República Bolivariana de Venezuela, entre los diferentes programas y servicios dirigidos a la atención y mejora de la calidad de vida de las personas mayores, se ponen de relieve las gerogranjas y aldeas de encuentro, que promueven el bienestar físico y psicosocial de las personas mayores, a través de la terapia ocupacional y de espacios para la interrelación social (Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela, 2018).

6. Extensión de la protección de los derechos humanos de las personas mayores

El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo destaca los derechos humanos entre sus principios generales. En el Capítulo C, este enfoque se hace explícito en la mayoría de sus quince medidas prioritarias y particularmente en el preámbulo, donde se reconoce que el empoderamiento de las personas mayores es una dimensión clave para el pleno respeto de sus derechos humanos.

Entre los indicadores propuestos por el Grupo de Trabajo ad hoc encargado de elaborar una propuesta de indicadores para el seguimiento regional del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, cabe mencionar el indicador C.1 —“El país realiza acciones a favor de las personas mayores que coadyuvan al cumplimiento del objetivo de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”—, un indicador estructural que ayuda a captar la aceptación, la intención y el compromiso de los Estados en lo referente a aplicar medidas acordes con sus obligaciones de derechos humanos relativas a las personas mayores.

Con respecto a este indicador, es preciso subrayar que la Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Costa Rica, El Salvador y el Uruguay han ratificado la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y otros países están haciendo esfuerzos en ese sentido. En el ámbito nacional, en los últimos años algunos países han aprobado leyes relacionadas con las personas mayores. Por ejemplo, el Estado Plurinacional de Bolivia aprobó la Ley General de las Personas Adultas Mayores (Ley núm. 369) el 1 de mayo de 2013 y el Perú promulgó la Ley de la Persona Adulta Mayor (Ley núm. 30490) el 21 de julio de 2016.

La Convención también favorece la implementación de medidas para impedir la discriminación y la violencia que afectan a las personas mayores. Ambos temas forman parte del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, lo que refuerza lo establecido por la Convención. En Chile, la Ley núm. 21.013 de 6 de junio de 2017 tipifica un nuevo delito de maltrato que protege a las personas mayores de la violencia fuera del núcleo familiar, incluida la relacionada con el cuidado extradomiciliario o las situaciones de maltrato que tienen lugar en el marco de la atención residencial de largo plazo, lo que complementa la Ley núm. 20.609 de 2012 sobre discriminación, que establece la edad como posible causa de discriminación.

Por su parte, el Brasil recoge en su informe nacional la reciente creación de la Secretaría Nacional de Promoción y Defensa de los Derechos de la Persona de Edad y del Sistema de Vigilancia de Violencias y Accidentes del Ministerio de Salud (Gobierno del Brasil, 2017). En el caso de Guatemala, la Procuraduría General de la Nación implementó la Sección de Protección de los Derechos del Adulto Mayor, que promueve la prevención y erradicación de la violencia intrafamiliar y brinda orientación jurídica y administrativa para la protección de los derechos de las personas mayores. Este país cuenta, además, con la Defensoría de las Personas Mayores de la Procuraduría de los Derechos Humanos (Gobierno de Guatemala, 2017). La República Dominicana, en tanto, informa sobre la implementación de campañas de promoción, sensibilización de la población y defensa de los derechos humanos de las personas mayores, con el fin de luchar contra la discriminación y empoderar a la propia población mayor en lo que concierne a sus derechos y el respeto a su dignidad. En el informe, se destaca la campaña No Violencia contra el Adulto Mayor: Cuídalos, Protégelos y Valóralos, y se hace referencia a la creación de unidades especializadas en la violencia contra las personas mayores en el ámbito de la Procuraduría General de la República Dominicana y las fiscalías a nivel nacional, como medio jurídico para la protección contra la violencia y la discriminación (Gobierno de la República Dominicana, 2018). En el Uruguay, por otra parte, se creó en 2013 el Servicio de Atención a la Violencia Intrafamiliar del Instituto Nacional de las Personas Mayores (INMAYORES), con el objetivo de dar respuesta a las situaciones de violencia que viven las personas mayores en Montevideo y la zona metropolitana (Gobierno del Uruguay, 2017).

Los países del Caribe cuentan con una amplia experiencia en el tratamiento de las situaciones de violencia y maltrato experimentadas por las personas mayores. Pese a ello, la negligencia, la violencia y el abuso continúan siendo un problema persistente en la subregión. Según un informe reciente de la sede subregional de la CEPAL para el Caribe, para abordar este problema, los países deben identificar los obstáculos pendientes, realizando investigaciones, encuestas y estudios y recopilando datos desglosados por edad, sexo y tipo de delito, a fin de dar visibilidad a esta violencia a menudo inadvertida, y que con frecuencia ocurre en la familia y en instituciones de cuidado a largo plazo. La información obtenida podría utilizarse para implementar acciones adicionales. Es necesario hacer más para proporcionar medidas de apoyo a las personas mayores que son víctimas de la violencia, el abandono y el abuso, desde una perspectiva de género y discapacidad. Entre estas medidas debería incluirse no solo la disponibilidad de alojamientos de emergencia, sino también la creación de centros de asesoramiento y líneas de ayuda gratuitas, así como un trato preferencial para acceder a la justicia (CEPAL, 2017b).

7. Conclusiones

La incorporación explícita de las personas mayores a los sistemas de protección social desde la perspectiva de la igualdad se fundamenta en que los cambios demográficos actúan como factores clave en la creación de oportunidades y establecen nuevas restricciones relacionadas con la redefinición de las funciones de la familia, el mercado y el Estado. Por lo tanto, tal como se recomienda en el capítulo C del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 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 esta sección, una gran parte de las personas mayores no tiene 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 de la población ocupada es muy desigual, lo que aumenta las posibilidades de desprotección económica para las generaciones futuras. En la región se han producido avances notables en lo referente a la expansión de las pensiones no contributivas, que contribuyen a reducir parte de los riesgos económicos que surgen con la edad avanzada. No obstante, es necesario continuar profundizando los mecanismos para incrementar la protección en la vejez, sobre todo en el caso de las mujeres mayores y la población rural.

Los países de América Latina y el Caribe están intentando lidiar con los problemas de cobertura de diferentes maneras, pero la tendencia es evidente y la política que parece estar teniendo mayor impacto es la extensión de las pensiones no contributivas. Además de sus efectos sobre la cobertura, este cambio de política puede tener consecuencias importantes a largo plazo en aquellos países donde la población está envejeciendo. Esto es especialmente relevante en los países donde la escasa cobertura de la seguridad social contributiva se complementa con las pensiones no contributivas, en un contexto en que la población en edad de trabajar presenta bajos niveles de cotización, tanto en términos de cobertura como de densidad.

En el Caribe, desde la aprobación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo en 2013, los Estados miembros han seguido desarrollando y aplicando políticas nacionales sobre envejecimiento y reforzando los programas y servicios para las personas mayores. La atención se ha centrado en gran medida en la protección de los ingresos, la salud y los servicios de atención de la salud. Estos esfuerzos han tenido repercusiones positivas en el bienestar de las personas mayores, pero aún queda mucho por hacer para garantizar que puedan disfrutar plenamente de sus derechos

humanos. Debido a las limitaciones en términos de recursos y capacidades, la implementación ha sido lenta y siguen existiendo diferencias significativas entre las políticas y la práctica (CEPAL, 2018b).

Asimismo, y con las especificidades que corresponden a cada caso, se observa una adaptación lenta de los sistemas de salud a los cambios de la demanda surgidos a partir de las dinámicas demográfica, epidemiológica y tecnológica, lo que se traduce en un incremento de los costos y gastos de los servicios de atención de la salud y un acceso insuficiente de la población a servicios de salud adecuados y de calidad. Además, la cobertura sanitaria es desigual y, aun si las personas mayores cuentan 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 de recibir prestaciones sanitarias eficaces y adecuadas a sus necesidades, así como cuidados de larga duración fiscalizados y en los que se respeten los derechos y libertades fundamentales al aumentar la dependencia, son asuntos que preocupan a la generación actual de personas mayores cuando su autonomía se ve afectada. Los países del Caribe, entre tanto, han ampliado el acceso de las personas mayores a una gama de servicios de atención de la salud, aunque a menudo la demanda supera con creces la oferta, y los gastos no cubiertos representan más del 30% del total del desembolso en atención sanitaria (CEPAL, 2018b).

En este marco, si bien la atención de la salud de las personas mayores ha mejorado con el tiempo, aún son pocos los países que cumplen sus obligaciones relacionadas con los estándares internacionales de derechos humanos. Cabe recordar que el derecho a la salud conlleva obligaciones, y una de ellas es la de garantizar este derecho por medio de medidas legislativas, administrativas y presupuestarias, entre otras. Como ha manifestado la OMS en su *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* de 2015: “Se necesita con urgencia una acción de salud pública integral sobre el envejecimiento. Aunque falta mucho por aprender, tenemos pruebas suficientes para actuar ahora, y hay cosas que todos los países pueden hacer, independientemente de su situación actual o nivel de desarrollo. El primer paso será centrarse en optimizar la capacidad funcional, que es el objetivo del *Envejecimiento Saludable*” (OMS, 2015, pág. 229). En el caso particular del Caribe, el enfoque basado en los derechos humanos aún no se ha adoptado verdaderamente. Las medidas de protección de los derechos de las personas mayores a nivel nacional siguen siendo dispersas y, a menudo, se centran en temas específicos —principalmente en el área de la salud y la asistencia social—, sin considerar todo el espectro de los derechos humanos (CEPAL, 2018).

De forma paralela, es indispensable reforzar los cuidados a largo plazo. El envejecimiento de la población trae aparejado el riesgo de sufrir dependencia, y las personas mayores pueden necesitar los cuidados de otras personas debido a una discapacidad, una enfermedad crónica o un trauma, situaciones que pueden limitar su capacidad para llevar a cabo actividades de cuidado personal básico o tareas cotidianas.

La situación de los cuidados a largo plazo ha mejorado en los últimos años, pero siguen existiendo rezagos. Tanto los marcos normativos generales y específicos de los países de la región como el abanico existente de programas sociales relacionados con la protección de la vejez revelan que los riesgos asociados al cuidado se concentran cada vez más en las familias. Esto acrecienta la vulnerabilidad de las personas que precisan cuidado y de las que lo brindan, que en la actualidad se ven directamente afectadas por la distribución desigual de los recursos según el origen familiar. De ello se deriva precisamente uno de los grandes retos de aquí a 2030: avanzar hacia el reconocimiento y la inclusión del cuidado en las políticas públicas en un marco de solidaridad e igualdad. La CEPAL ha insistido en la necesidad de replantear la protección social de forma que responda de manera inmediata a las consecuencias de las transformaciones demográficas y que pueda anticipar respuestas a las demandas de una población en constante cambio (CEPAL, 2017a). En el caso particular del Caribe, es necesario desarrollar la atención gerontológica y geriátrica en los sistemas de atención sanitaria y social para satisfacer las necesidades de las personas mayores

en la subregión, centrándose especialmente en facilitar el acceso a esta atención por parte de las personas mayores que viven zonas rurales, remotas y desfavorecidas (CEPAL, 2018b).

En este contexto, tal como se recomienda en la medida prioritaria 31 del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, la construcción de una política pública de cuidados a largo plazo es más importante que nunca. Su fundamento, incluso por encima de la demanda, radica en el creciente aporte al empleo que las labores de atención de las personas mayores pueden representar para la economía de muchos países⁹. Junto con ello, la previsión prácticamente nula de la necesidad de este tipo de cuidado en los sistemas de protección social puede provocar que las personas mayores no reciban la atención que necesitan de manera adecuada, accesible y oportuna. De este modo, una parte considerable de la población puede quedar excluida de los servicios sociales, y su patrimonio e ingresos pueden verse comprometidos en la búsqueda de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

De no efectuarse cambios aprovechando la coyuntura actual, es evidente que se verán afectadas las posibilidades de brindar protección social a toda la población. A diferencia de 2013, cuando se adoptó el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, en la actualidad existe un instrumento jurídicamente vinculante que coadyuva a su implementación. La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores facilita la estandarización de las legislaciones, políticas y prácticas por parte de los Estados y, paralelamente, la reducción de las brechas de protección e implementación de los derechos humanos de este grupo social. De igual manera, ofrece definiciones comunes para la comprensión de los derechos humanos en el contexto del envejecimiento y brinda también la oportunidad de lograr un cambio de paradigma. Más allá de las obligaciones jurídicas que establece, la Convención es un instrumento para la promoción de políticas públicas efectivas, y una sólida herramienta para llevar a la práctica los derechos humanos de las personas mayores, por medio de la toma de conciencia, en el ámbito nacional, de las responsabilidades que emanan de ella.

Por último, un campo que no se ha desarrollado de la misma manera que otros analizados en esta sección es el de los cuidados paliativos. A pesar de su urgencia, todavía queda mucho por hacer en este ámbito. Los cuidados paliativos consisten en ofrecer los servicios de cuidado más básicos. Sin embargo, la discriminación que sufren las personas mayores ha naturalizado de tal modo los comportamientos ajenos a su dignidad como ser humano que incluso ellas mismas los perciben como naturales y los únicos a los que pueden aspirar durante la vejez. Cambiar esta forma de entender la vejez es de suma importancia para garantizar que las personas mayores puedan vivir con autonomía hasta el momento de su muerte, procurando respetar su voluntad con respecto a la forma en que esperan que esta se produzca y brindando todo el apoyo necesario para dignificar ese momento.

⁹ Por ejemplo, teniendo en cuenta el envejecimiento de la población y la disminución prevista de la disponibilidad de cuidadores familiares, se estima que en 2050 la demanda de cuidados a largo plazo en los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) implicará una duplicación de los trabajadores de este sector como porcentaje de la población activa (Colombo y otros, 2011).

Fuente CEPAL (2017), *Panorama Social de América Latina 2017*; C, pp. 34-35.

C. Consolidar sistemas de pensiones universales y solidarios para la igualdad

Frente al escenario demográfico, y considerando también el conjunto de problemas laborales y fiscales que afrontan los sistemas de pensiones, ¿pueden los Estados avanzar hacia la meta planteada en su marco normativo de universalizar su cobertura y aspirar a la igualdad? De ser así, ¿con qué herramientas lo harían?

La igualdad —entendida como la posibilidad de las ciudadanas y los ciudadanos de acceder, sin discriminación, a una cobertura adecuada en materia de pensiones, con prestaciones suficientes— está planteada en los instrumentos internacionales y sus objetivos. Sin embargo, a la luz de las múltiples desigualdades observadas en el acceso a las pensiones en la región, que en gran medida se relacionan con la división sexual del trabajo y las desigualdades estructurales que caracterizan los mercados laborales latinoamericanos, la igualdad todavía constituye un objetivo distante. Otros problemas a los que se debe hacer frente para lograr la igualdad se vinculan con el contexto demográfico, con un mercado laboral caracterizado por altos déficits de empleo productivo y trabajo decente y escasa capacidad para garantizar el pleno empleo a lo largo de la vida laboral de las personas y su acceso a la protección social y con los propios diseños de los sistemas de pensiones. Estos últimos pueden plantear dificultades importantes para el logro de la igualdad, que incluyen, en el caso de los sistemas de reparto, desafíos de sostenibilidad financiera y riesgos de exclusión debidos a los requisitos de contribución. En el caso de los sistemas de capitalización individual, los retos se vinculan con la erosión del principio de solidaridad, pues al buscar la equivalencia entre contribuciones y beneficios estos sistemas reproducen las desigualdades del mercado de trabajo, sin incorporar mecanismos para redistribuir riesgos y aportes entre generaciones, personas con distintas capacidades contributivas y entre hombres y mujeres. A ello se suman nuevos desafíos, relacionados con los requerimientos de protección social de la población, en virtud de las transformaciones que tendrán lugar en el mundo del trabajo ante la profundización de los cambios tecnológicos, las nuevas modalidades de empleo y contratación más flexibles (y con frecuencia más desprotegidas) y la necesidad de transitar hacia una economía sostenible desde el punto de vista ambiental (CEPAL, 2017).

En este contexto, América Latina sigue caracterizándose por la limitada y segmentada cobertura de los sistemas de pensiones, la escasez y la desigualdad de las prestaciones —especialmente desde una perspectiva de género— y por preocupaciones vinculadas con su sostenibilidad (CEPAL, 2006 y 2013). Estos elementos contribuyen de manera relevante a la persistencia de la pobreza en la vejez y a la desigualdad en el acceso a la protección social. La atención a estos temas, en el marco de una evaluación básica de los sistemas de pensiones, ha impulsado e impulsa actualmente procesos de reforma sustantivos en la región.

La CEPAL ha planteado históricamente que las medidas que han de tomarse deben considerar los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia (CEPAL, 2000 y 2006), que a su vez se empalman con los principios convencionales de la seguridad social que derivan del marco normativo internacional y que además incluyen los principios de diálogo social; trato uniforme; equidad de género; suficiencia de las prestaciones; participación social en la gestión; rol del Estado y supervisión; y sostenibilidad financiera (Mesa-Lago y Bertranou, 2015). La universalidad apunta a la garantía de protección y titularidad de derechos que las reformas deberían resguardar, pues la seguridad y la protección social constituyen un derecho de ciudadanía y deben brindar cobertura frente a las diversas contingencias. La solidaridad asienta la lógica de que cada cual contribuye en función de su capacidad y recibe prestaciones de acuerdo con sus necesidades. Este es un pilar

fundamental para la igualdad, la universalidad del aseguramiento y la eficiencia en la asignación de los recursos, el financiamiento y la provisión (Sojo, 2017) y la prevención de exclusiones que pueden afectar con mayor intensidad a las mujeres, a los grupos más vulnerables y a aquellos que experimentan múltiples desigualdades y exclusiones. La solidaridad puede transversalizarse en los componentes contributivo y no contributivo de los sistemas y puede expresarse entre generaciones, dentro de ellas y entre hombres y mujeres. La eficiencia supone lograr los mejores resultados posibles de cobertura y calidad con recursos limitados (CEPAL, 2000).

Con estos principios como marco, y considerando el papel que desempeña la protección social universal en las estrategias y políticas nacionales para el logro de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (CEPAL, 2016b) y, especialmente, en su propósito central de erradicar la pobreza en todas sus formas y en todos los lugares sin que nadie se quede atrás, la preocupación por la igualdad en los sistemas de pensiones supone recobrar y fortalecer la solidaridad allí donde esta ha disminuido o se ha excluido como principio articulador. En la práctica, las reformas de los sistemas de pensiones en la región deberían tender a: i) ampliar la cobertura; ii) mejorar la solidaridad del componente contributivo mediante reglas solidarias para los cotizantes con el objeto de beneficiar a los sectores de pensiones insuficientes (transferencias financiadas con rentas generales o mediante solidaridad contributiva); iii) integrar los esquemas contributivos y no contributivos (estos últimos, bajo la lógica de derechos universales); iv) mantener los incentivos a la contribución, y v) garantizar la sostenibilidad financiera. En particular, se requieren medidas explícitas que aborden las desigualdades de género, promoviendo la solidaridad entre hombres y mujeres y erradicando medidas abiertamente discriminatorias como las tablas de mortalidad diferenciadas según el sexo. Asimismo, las desigualdades de tipo étnico y racial y las que se generan entre áreas urbanas y rurales deben considerarse en toda su especificidad e incorporarse a mecanismos que explícitamente busquen su erradicación.

La mayoría de las reformas recientes y en curso en la región apunta en la dirección propuesta y presenta una tendencia a fortalecer los mecanismos solidarios en los esquemas contributivos y no contributivos, incorporar medidas con perspectiva de género y potenciar la participación del Estado o de la administración y el financiamiento público en los sistemas de pensiones. Sin embargo, las tareas pendientes son todavía de gran magnitud. Entre los esfuerzos que se han de promover, junto a la preocupación por la suficiencia de las pensiones y la extensión de la cobertura por las vías contributiva y no contributiva, destaca la implementación de medidas para incluir a trabajadores con capacidad de ahorro que están fuera del sistema (como los trabajadores por cuenta propia) (CEPAL, 2006 y 2016c; Gontero y Weller, 2017), entre ellas la contribución obligatoria, los microseguros y el monotributo¹⁰.

En suma, la posibilidad de los Estados latinoamericanos y caribeños de consolidar sistemas de pensiones de cobertura universal y con un fuerte componente de solidaridad para la igualdad no debería considerarse una quimera, sino un objetivo posible y necesario en el marco de un pacto social para el desarrollo sostenible y la igualdad, y progresivo en su alcance. Para ello es menester considerar que su diseño y sus reformas no son neutrales frente al objetivo de la igualdad sino que, por el contrario, pueden reducir o profundizar las diversas dimensiones de la desigualdad existente. De igual forma, urge atender los indicadores que reflejan el avance en la suficiencia de las prestaciones ofrecidas para resguardar la posibilidad de contar con ingresos adecuados frente a contingencias, recordando en todo momento que los sistemas de pensiones forman parte medular de los sistemas de seguridad y protección social y remiten a estos derechos.

¹⁰ Véase una revisión de estos mecanismos en OIT (2001b) y, para el caso de los países de América Latina, CEPAL (2016c) y Gontero y Weller (2017).

Fuente A. Prado y A. Sojo (editores) (2010), *Envejecimiento en América Latina: sistemas de pensiones y protección social integral*; Cap I. D, pp. 105-114.

D. La protección social en la vejez: su importancia en el marco de la cooperación para el desarrollo

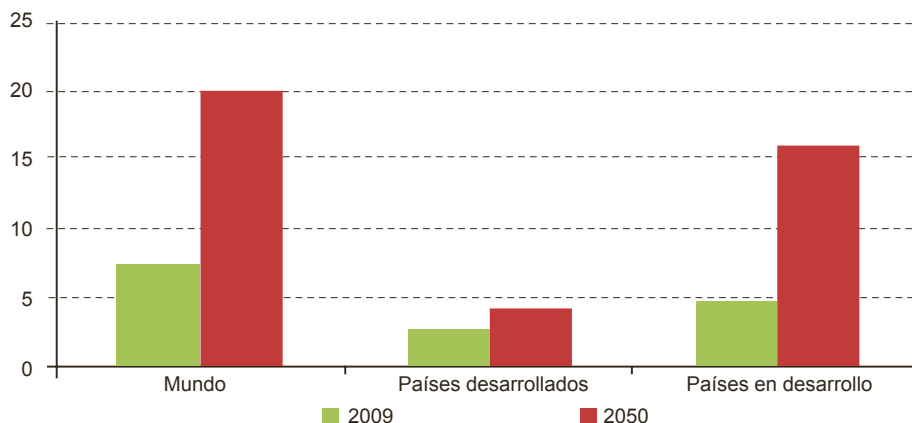
Matthias Meißner¹¹

1. Introducción

La protección de la vejez es un tema de gran relevancia en muchas regiones y países de todo el mundo. El envejecimiento es un fenómeno global y casi no existen en el mundo países o sociedades que no estén afectados por este fenómeno. Algunos expertos hablan del siglo XXI como la era del cambio demográfico y el envejecimiento de la población. Las cifras respaldan este pronóstico: el número de personas mayores de 60 años se multiplicará por tres y pasará del actual nivel de alrededor de 700 millones a más de 2.000 millones para 2050 (Naciones Unidas, 2009a). La proporción de personas de edad en comparación con el total de la población será entonces, en promedio, dos veces mayor que la actual. En el mundo habrá también, por primera vez en la historia de la humanidad, más personas mayores que niños. Un aspecto alarmante es que, en 2050, el 80% de las personas de edad, o cuatro de cada cinco, vivirán en países en desarrollo (véase el gráfico IV.6). A menos que se logren avances en la protección social para este grupo, habrá, en 2050, 1.200 millones de adultos mayores sin ingresos regulares y seguros (Naciones Unidas, 2007).

■ Gráfico IV.6

Número de personas mayores de 60 años en 2009 y 2050
(En millones)



Fuente: Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ).

Pero no hace falta esperar hasta 2050 para mostrar la especial urgencia de la protección social en la vejez. Hoy mismo, más de la mitad de las personas mayores del mundo (más de 340 millones) carecen de ingresos seguros y enfrentan una amenaza aguda de pobreza (Naciones Unidas, 2007). ¿A qué se debe esto? En muchos países en desarrollo es una excepción tener acceso a cobertura de seguro médico y jubilación. Tales sistemas de seguridad social a menudo solo existen en el sector formal, por lo que cubren alrededor del 10% al 20% de la población (funcionarios públicos, miembros de las fuerzas armadas y algunas personas del sector privado). La gran mayoría de las personas

¹¹ Instituto de Ciencias Laborales y Asuntos Sociales (ILSSA), Ministerio del Trabajo, Discapacitados y Asuntos Sociales, Viet Nam.

que trabajan en el sector informal (más del 75% en todo el mundo) no cuentan con protección social (BMZ, 2009). Asimismo, a menudo no existe o es insuficiente el acceso a servicios sociales básicos, tales como atención médica, agua, saneamiento y educación. Por añadidura, debido al colapso de las estructuras familiares tradicionales como consecuencia de la migración y el VIH/SIDA en muchas sociedades, las personas de edad están particularmente amenazadas por la pobreza. Entre los grupos de personas de edad más pobres figuran las ancianas, las personas mayores que viven solas y las que viven en hogares con niños (Kidd y Whitehouse, 2009; HelpAge International, 2008a; Naciones Unidas, 2009a). Esta situación representa un desafío para las entidades de cooperación para el desarrollo y muestra también la particular importancia que puede tener la protección de la vejez en la lucha contra la pobreza.

A continuación, se examinarán los desafíos que enfrentan las sociedades en trance de envejecimiento de los países en desarrollo, se analizarán los enfoques actuales de las entidades de cooperación para el desarrollo con respecto a la protección social para las personas mayores, y se presentarán algunas conclusiones.

2. Los desafíos para las sociedades en vías de envejecimiento de los países en desarrollo

En los países en desarrollo, las personas mayores tienden a permanecer económicamente activas durante mucho más tiempo que en los industrializados. En los países más pobres (pese a una esperanza de vida más baja), más de dos tercios de los hombres y más de un tercio de las mujeres mayores de 60 años siguen trabajando. Además, muchos se dedican a actividades domésticas o comunitarias en sentido amplio. Ello da testimonio de la importante contribución de las personas maduras a la sociedad y es, al mismo tiempo, una prueba de su particular vulnerabilidad y del riesgo que corren de verse expuestas a la pobreza. En una sociedad en trance de envejecimiento, tanto el papel de las personas mayores en el desarrollo como su vulnerabilidad están destinados a incrementarse.

Conviene examinar ambos aspectos con mayor detalle: las personas mayores son agentes del desarrollo. Es importante hacer notar el elevado número de adultos mayores de los países en desarrollo que continúan trabajando tanto tiempo como sea posible (HelpAge). Contribuyen a los ingresos del hogar y participan en el cuidado de los miembros de la familia, dan orientación, crean identidad y conforman de muchas otras maneras sus entornos sociales (véase el gráfico IV.7).

■ Gráfico IV.7

Personas mayores: agentes del desarrollo

Las personas mayores son actores económicos

- Trabajo, producción, manufactura
- Empleados, empresarios y consumidores

Las personas mayores son actores sociales

- Cuidado a largo plazo y acogida de miembros de la familia
- Compromiso con la comunidad social

Fuente: Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ).

En el África subsahariana, por ejemplo, el VIH/SIDA y sus secuelas han llevado a que en muchos hogares las generaciones intermedias falten o hayan dejado de trabajar, lo que ha dado lugar, con harta frecuencia, a que los abuelos se dediquen al cuidado de sus nietos. En Botswana, Namibia, Malawi, Sudáfrica, Tanzania y Zimbabwe, hasta el 60% de los huérfanos viven en hogares encabezados por sus abuelos (Monasch y Boerma, 2005). Apoyar sistemas de ingreso para estos hogares puede ser de crucial importancia para el desarrollo del capital humano. En Sudáfrica, por ejemplo, las niñas que viven en un hogar donde hay una mujer que recibe una pensión tienen por término medio de tres a cuatro centímetros más de estatura que la de las que viven en un hogar carente de pensión (Duflo, 2000). Este ejemplo demuestra el carácter decisivo que pueden tener las acciones de las personas mayores para el desarrollo.

No obstante, la investigación destaca también el hecho de que las personas mayores que viven con la familia extendida y continúan teniendo acceso a redes sociales más amplias pueden vivir en un contexto de dependencia. En tal caso, es posible que las contribuciones de las personas mayores a sus familias o a redes sociales de mayor amplitud se realicen a expensas de su propio bienestar (Barrientos y otros, 2004). Con mucha frecuencia, las extraordinarias contribuciones de las personas mayores se ven acompañadas de una alta vulnerabilidad social y económica y de pobreza. En la actualidad, más de la mitad de las personas mayores del mundo (más de 340 millones) no tienen un ingreso seguro (Naciones Unidas, 2007). La falta de seguridad de los ingresos, el apoyo insuficiente de la familia o de la comunidad en sentido amplio y los achaques de la salud, asociados a menudo a los elevados costos de la atención médica, son los factores principales que pueden llevar a una pobreza extrema en la vejez (Barrientos y otros, 2004). No existen o no son fáciles de crear oportunidades de ingresos que estén disponibles en suficiente medida. Las redes sociales se vuelven más frágiles debido a la migración y los efectos del VIH/SIDA. Además, la atención médica básica es a menudo inexistente o resulta inasequible (OMS, 2009).

Dentro del grupo de las personas entradas en años, el riesgo de pobreza crece con la edad y el sexo. Las mujeres de edad y viudas son las más vulnerables, y el hecho de tener que cuidar a un menor en el hogar también puede ser determinante para caer aun más en la pobreza (Kidd y Whitehouse, 2009; HelpAge International, 2009 y 2008a). En contraste con las personas que están en edad de trabajar, los adultos mayores que han sufrido un golpe a sus ingresos que los haya sumido en la pobreza encuentran especiales obstáculos para salir de ella.

¿Cómo abordar esta compleja situación de contribución y dependencia, de importante actividad social y económica y vulnerabilidad? Es importante reconocer, valorar y fomentar las contribuciones de las personas de edad. Las sociedades afectadas por el envejecimiento demográfico necesitan políticas que fortalezcan e incrementen las capacidades sociales y económicas de las personas mayores. Ello implica ampliar el acceso de las personas de edad a redes sociales, empleo, mercados, crédito, educación, atención de salud y protección social. De no tomarse las medidas pertinentes, la discriminación y exclusión etarias existentes harán que aumente la dependencia, la marginalización y la pobreza en la vejez. En cambio, el establecimiento de sistemas formales y bien diseñados de seguridad y protección social básica de la vejez puede contribuir a aliviar la presión que sufren los ancianos para poder mantenerse. Estas medidas, que ofrecen protección contra el impacto de caídas bruscas de los ingresos y otorgan a los ancianos, sin cortapisas, una pensión de vejez, constituyen instrumentos importantes para reducir la vulnerabilidad y la pobreza en la ancianidad. Los sistemas de protección social pueden fortalecer también la posición de las personas mayores que deciden continuar con las actividades económicas o asumir responsabilidades en el seno de sus familias o comunidades. La protección social de los mayores contribuye al crecimiento en favor de los pobres, reduce la pobreza, desarrolla el capital humano de forma sostenible y fortalece los derechos humanos.

3. La protección de la vejez en el marco de la cooperación para el desarrollo

En la actualidad, diversas organizaciones internacionales, tales como las Naciones Unidas y el Banco Mundial, así como numerosos organismos de desarrollo nacionales y organizaciones no gubernamentales trabajan en el campo de la cooperación para el desarrollo y la seguridad de la vejez, a menudo con diferentes enfoques y objetivos (véanse OIT, 2009; Banco Mundial, 2005; HelpAge International, 2009).

A pesar del rápido crecimiento de la importancia demográfica del grupo de las personas de edad en muchos países en desarrollo, los encargados de la formulación de políticas no han empezado sino lentamente a abordar el tema. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (ODM), un hito importante de la política de desarrollo internacional, se formularon sin mencionar a las personas mayores.

Un importante documento de política, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, fue adoptado en 2002 por la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, y muestra un cuadro muy diferenciado de la situación de las personas de edad (Naciones Unidas, 2002, 2008 y 2010). En el plan de acción se desarrolla el concepto de “una sociedad para todas las edades”, en la que las personas mayores tienen la oportunidad de seguir contribuyendo a la vida social. Esta contribución, que también va mucho más allá de la actividad económica que puedan ejercer las personas de edad, se refleja, por ejemplo, en el cuidado y el apoyo a otros miembros de la familia, en la producción doméstica o en otras actividades para la comunidad social en sentido más amplio.

El reconocimiento pleno de la labor de los mayores en la conformación de la vida social en todos sus aspectos no se da aún en amplias áreas de la cooperación para el desarrollo. La atención aislada que se presta al desarrollo económico productivo, por un lado, y a la protección social, por otro, lleva a menudo a una situación en que simplemente se pasa por alto a las personas de edad como actores del desarrollo económico.

El desarrollo económico inclusivo y la protección social de los mayores deberían diseñarse de forma que ofrezcan opciones de elección. El Plan de Acción Internacional de Madrid identifica hitos importantes en este camino:

- Las personas de edad deberían ser tratadas con equidad y dignidad, con independencia de su discapacidad u otros estados, y valoradas con independencia de su contribución económica.
- Las personas de edad deberían tener la posibilidad de trabajar hasta la edad que deseen y mientras tengan capacidad productiva. A ello pueden contribuir una jubilación flexible, nuevos arreglos laborales, entornos laborales adaptables y servicios de rehabilitación profesional. También puede promoverse el empleo por cuenta propia mediante el fomento del desarrollo de empresas pequeñas y microempresas y del acceso al crédito sin discriminación.
- Las personas de edad necesitan formas eficaces de protección social. Por tal razón, deberían fortalecerse y expandirse los sistemas de protección. De particular importancia en este contexto son los enfoques innovadores para hacer la protección de la vejez accesible a los empleados del sector informal, que anteriormente han estado insuficientemente protegidos. Para las personas mayores que viven ya en la pobreza, las pensiones no contributivas, otorgadas en calidad de protección social básica, constituyen un paso importante que puede reducir considerablemente su vulnerabilidad y ampliar sus opciones sociales y económicas.

Los actuales enfoques de la protección de la vejez en el marco de la política de desarrollo internacional y de la cooperación para el desarrollo son relativamente fragmentarios e incompletos. Los encargados de la formulación de políticas han tomado conciencia de estos temas y empiezan a integrarlos en sus propuestas. Hay opciones para diseñar políticas inclusivas destinadas a las personas de edad: los programas de atención médica, por ejemplo, pueden incorporar las necesidades específicas de accesibilidad y tratamiento de los pacientes de edad; los programas de buena gobernanza pueden contribuir a fortalecer el reconocimiento de los intereses y necesidades de representación de los mayores; los programas de desarrollo rural pueden integrar a los adultos mayores que se han quedado en las fincas y siguen trabajando en el campo mientras sus hijos han migrado a los centros urbanos.

4. Conclusión

El envejecimiento demográfico avanzará en la mayoría de los países en desarrollo a un ritmo considerablemente mayor que en las naciones industrializadas. Esto pone de relieve el hecho de que la protección de la vejez no es solo una preocupación de cara al futuro, sino una cuestión actual. Establecer sistemas de protección social y ampliarlos a grupos específicos supone un esfuerzo considerable. A fin de prevenir un futuro incremento de la pobreza en la vejez, debería aprovecharse la ventana de oportunidad que brinda la actual situación demográfica favorable. Ello requiere:

- i) la reforma y expansión de los sistemas de jubilación y pensiones existentes;
- ii) la protección de los trabajadores del sector informal;
- iii) según el deseo del país en desarrollo y sus capacidades monetarias, pensiones estatales básicas mientras los dos primeros pasos estén pendientes de implementación;
- iv) mayor concentración en las áreas de contacto con otros sectores para atender las vulnerabilidades específicas de las personas de edad.

Especialmente desde ahora hasta 2015, se requerirán esfuerzos concentrados y específicos para contener la pobreza en la vejez. Esta es la única manera de lograr el primer Objetivo de Desarrollo del Milenio, que consiste en erradicar la pobreza extrema y el hambre. Los sistemas de protección social, y en particular todas las formas de protección social básica, constituyen instrumentos importantes para la consecución de dicho objetivo.

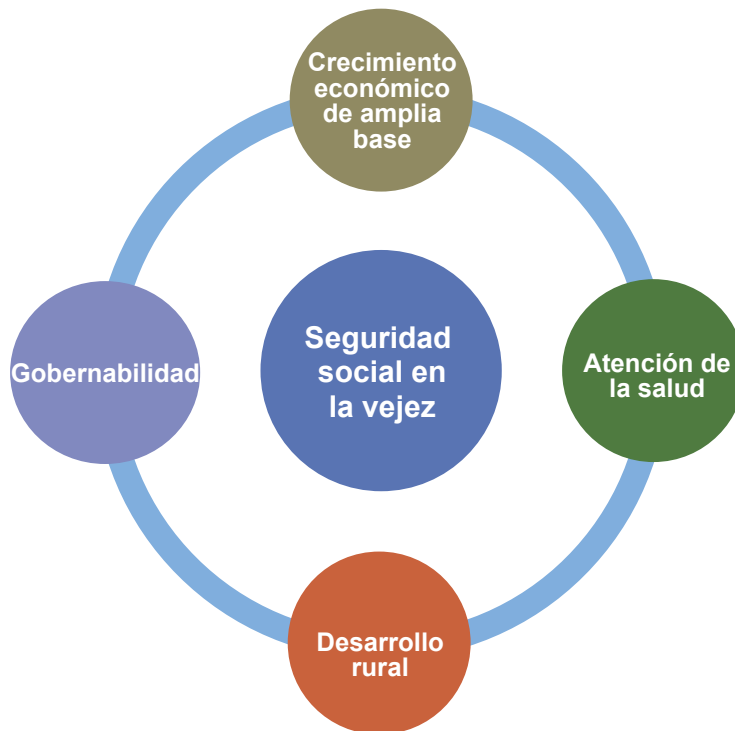
Esto implica también que hay que abordar rezagos en materia de sensibilización e implementación. En otras áreas de la cooperación para el desarrollo, debería prestarse mayor atención, más allá de la protección social, al alto riesgo de pobreza en que se hallan las personas de edad. Requiere también mayor consideración el papel de la protección social en general. Los sistemas de protección social ofrecen amparo ante los riesgos fundamentales de la existencia. Esto significa que fortalecen la voluntad y la capacidad (incluso en los hogares pobres) de invertir en educación y en capital productivo físico. De tal suerte, permiten a los hogares emerger de la pobreza y promueven el desarrollo de los ingresos, en especial en el grupo de ingresos bajos y, por tanto, evitan que estos hogares caigan en la pobreza.

La importancia de los sistemas de protección social se ha visto confirmada por las secuelas de la actual crisis financiera y económica. Muchas personas carentes de protección social deben vivir ahora de sus activos; venden sus casas, granjas y equipos (su capital productivo), comen menos y retiran a sus hijos de la escuela (con lo que disminuyen su capital humano) o tienen que pedir ayuda a sus amigos y parientes (con lo que abusan de su capital social). Esto tiene a menudo graves consecuencias para el potencial de desarrollo a largo plazo de las sociedades y países afectados, y debilita su capacidad de capear los efectos adversos de la crisis.

Por añadidura, el envejecimiento de las sociedades plantea a las entidades de cooperación para el desarrollo un desafío que va mucho más allá de los esfuerzos encaminados a reducir la pobreza en la vejez y de la necesidad de expandir los sistemas de protección social. Los cambios demográficos afectarán a todas las áreas de la cooperación para el desarrollo (véase el gráfico IV.8), que deberían enfrentarse mediante el aumento del acceso a servicios sociales básicos y la elaboración de esquemas adecuados para una participación social amplia e inclusiva de las personas de edad. De lo que se trata, en última instancia, es de reconocer el derecho a una forma de vida digna, que esté al alcance de todos y cada uno con independencia de su edad.

■ **Gráfico IV.8**

Seguridad para erradicar la pobreza en la vejez: posibles vínculos con temas de desarrollo existentes



Fuente: Organismo Alemán de Cooperación Técnica (GTZ).

Fuente CEPAL (2017), *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía*; Cap. V, pp. 146-163.

E. El cuidado de largo plazo de las personas mayores y las obligaciones del Estado

1. Definición del cuidado de las personas mayores en los instrumentos regionales

a) El cuidado como un asunto de interdependencia

El cuidado expresa la relación de interdependencia del ser humano con respecto a la sociedad en la que vive, si bien en principio estuvo muy ligado a la noción de independencia o autonomía personal (en contraposición a la dependencia), que con el correr del tiempo fue entendida como autosuficiencia.

Determinar la independencia y la dependencia de una persona es un dilema muy difícil de resolver, y no solo en el caso de las personas mayores. La dependencia es un riesgo constante en la vida del ser humano¹². Las personas pueden necesitar cuidados intensivos o de largo plazo debido a una discapacidad, una enfermedad crónica o un trauma, situaciones que pueden limitar su capacidad para llevar a cabo el cuidado personal básico o las tareas cotidianas.

El problema se agudiza para las personas mayores con una autonomía fragilizada, porque el estándar de normalidad se basa en mantener la autosuficiencia para comer, bañarse o moverse, pero el entorno no siempre lo facilita. En algunos casos, para acercarse al patrón deseado necesitan de ayuda técnica, pero muchas de ellas no podrán obtenerla. Es ahí, en esa intersección —y no en los extremos— donde tiene que ubicarse el cuidado, como un puente entre la autonomía real y la potencial. Si la segunda no es igual a la primera, entonces se produce la injusticia (Etxeberría, 2014).

El cuidado de las personas mayores puede definirse considerando algunos principios básicos de los derechos humanos. Para entender el profundo significado de lo que se intenta asegurar con el cuidado es de suma importancia no confundirlo con el concepto de nivel de vida adecuado.

En la base de la observación anterior hay una distinción de orden ético. Los servicios de cuidado deben hacerse cargo de los problemas que surgen con el envejecimiento de cada persona. Es indiscutible que en la vejez se presentan situaciones reales de pérdida de algunas capacidades, pero nunca, ni siquiera en los casos de mayor deterioro, deben ir acompañadas de la transgresión de la grandeza moral de la dignidad como ser humano (Etxeberría, 2014).

La persona mayor tiene que vivir sus pérdidas en un marco de seguridad, donde se fortalezca su autonomía potencial por medio de ayudas que intensifiquen aquellas capacidades que se mantienen o que se pueden recuperar. Llama la atención que la definición técnica de la dependencia que se hizo en los países desarrollados, sobre todo en España, haya terminado reduciendo el alcance del concepto de cuidado en la región, e incluso menguado la reciprocidad a una mera relación contractual.

¹² Tradicionalmente, esas actividades de la vida diaria se clasifican como básicas —comer, vestirse, bañarse, acostarse y levantarse de la cama, ir al baño y contener los esfínteres— e instrumentales —prepararse la comida, limpiar, lavar, tomar medicamentos, trasladarse a lugares más allá de la distancia que puede recorrerse a pie, ir de compras, gestionar los asuntos de dinero y utilizar el teléfono o Internet. Una persona es dependiente si tiene limitaciones tanto para realizar las actividades básicas como las instrumentales. Aunque el número de limitaciones para definir a una persona como dependiente varía entre los países, existe consenso en que se trata de un criterio adecuado que tiene como característica la imposibilidad de vivir de manera independiente y la necesidad de la ayuda de otro para llevar a cabo ciertas tareas.

b) Alcances y limitaciones de los instrumentos regionales

En los últimos cinco años, distintos países y organismos internacionales han llamado la atención sobre el cuidado de largo plazo de las personas mayores y quienes se lo brindan. La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la recomendación CM/Rec(2014)2 del Comité de Ministros del Consejo de Europa y el Protocolo de la Carta Africana también instaron a tomar acción sobre este asunto.

La Convención Interamericana establece el derecho al cuidado en su artículo 12 y lo define como el “derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía”.

El derecho es amplio y engloba contenidos del derecho a un nivel de vida adecuado. No obstante ello, tiene una restricción que hay que superar, puesto que sería privativo para la persona mayor que recibe cuidados en residencias, quedando excluida la modalidad de atención en domicilio. Según la Convención, la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo es “aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios socio-sanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estadía, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la persona mayor, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio”.

De acuerdo con las Naciones Unidas (2010), el cuidado de largo plazo adopta dos modalidades: una residencial —que es la que se protege en el artículo 12 de la Convención Interamericana— y otra domiciliaria¹³. Cabe señalar que la recomendación del Consejo de Europa también considera de manera particular a las personas mayores que reciben cuidado bajo la modalidad residencial. No hay duda de que ello es importante, pero el grupo que recibe cuidados en el domicilio también requiere de una protección igualmente enérgica, como la que se intenta facilitar mediante el Protocolo de la Carta Africana.

Otra disposición restrictiva se encuentra en la recomendación del Consejo de Europa, cuando establece que se debe proteger el derecho a la libertad de movimiento de las personas que reciben atención residencial, pero que se puede restringir en el caso de que la restricción sea legal, necesaria, proporcionada y conforme con el derecho internacional.

Este tipo de disposiciones han desatado un extenso debate, ya que pueden dar origen a prácticas contrarias a la dignidad de las personas mayores, sobre todo considerando que el enfoque de la tutela sigue siendo el más utilizado en su caso. De igual manera, puede propiciar excesos jurídicos que son inadmisibles porque reflejan únicamente conflictos de intereses privados, los que no siempre son fáciles de identificar. Por ejemplo, se puede solicitar la determinación de una incapacidad frente a una demencia senil leve, la falta de movilidad, la sordera o una minusvalía administrativa, a pesar de que, según la jurisprudencia existente, estas limitaciones no siempre determinan la incapacidad (SEPIN, 2015).

A pesar de las reservas que surgen con respecto a las disposiciones anteriores, se debe reconocer que ellas no son más que una sinopsis del estado actual de la discusión. Sin duda, en este tema todavía queda mucho por hacer.

¹³ La atención residencial es el alojamiento y el cuidado de una persona en una institución de atención especializada. Las personas mayores que residen en esas instituciones están, a menudo, bajo la autoridad del cuidador, cuya función es ayudarlas en sus actividades diarias, incluidas la administración de medicamentos y la prestación de servicios de salud. La atención domiciliaria se refiere generalmente a los servicios médicos prestados por profesionales en casa del paciente, en contraposición a los cuidados prestados en instituciones especializadas.

2. Ámbitos de intervención en el cuidado de las personas mayores

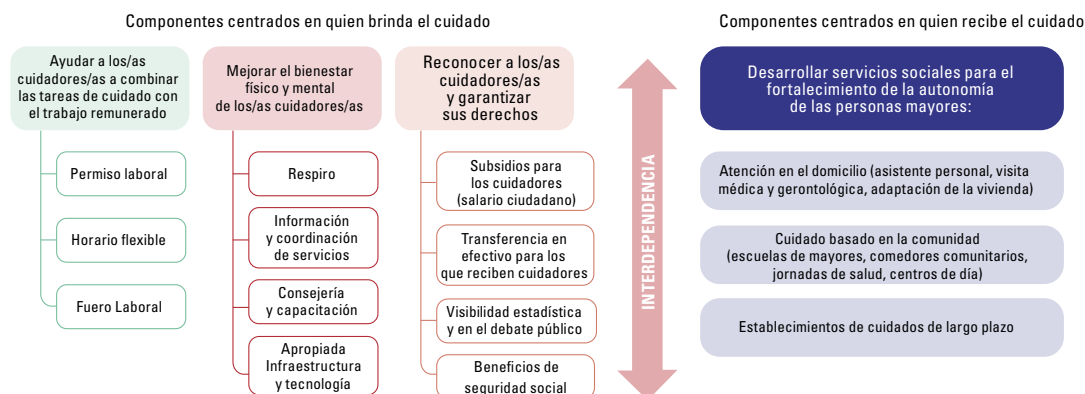
Los ámbitos de trabajo en esta materia son variados, pero se pueden identificar algunos más importantes a partir de la experiencia de los países desarrollados:

- Ayudar a quienes brindan cuidados a combinar esas tareas con el trabajo remunerado, otorgándoles facilidades como permisos laborales, horario flexible y fuero laboral.
- Mejorar el bienestar físico y mental de quienes brindan cuidado, mediante acciones destinadas a favorecer el respiro del cuidador o cuidadora, la información y coordinación de servicios, el asesoramiento y capacitación y la disponibilidad de infraestructura y tecnología adecuadas.
- Reconocer a quienes brindan cuidado y garantizar sus derechos favoreciéndolos con un salario ciudadano y proporcionándoles acceso a los beneficios de la seguridad social y la salud, u otorgar una transferencia en efectivo a quienes reciben cuidado. Además es muy importante instalar el cuidado en el debate público, para darle el valor y el reconocimiento que merece (Colombo y otros, 2011).
- Desarrollar servicios sociales para las personas con autonomía fragilizada. Se trata de acciones de carácter progresivo y en ningún caso excluyentes, que van desde el cuidado de largo plazo en el domicilio hasta la atención en residencias. Incluyen también los cuidados paliativos.

Sobre esta base, es posible construir una matriz de trabajo para abordar el tema del cuidado, de la que se desprenden las acciones en cada uno de los componentes recién identificados (véase el diagrama IV.1).

■ Diagrama IV.1

Ámbitos de intervención en materia de cuidados de largo plazo de las personas mayores



Fuente: S. Huenchuan, “¿Qué más puedo esperar a mi edad?”. Cuidado, derechos de las personas mayores y obligaciones del Estado”, *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (LC/L.3942), S. Huenchuan y R.I. Rodríguez (eds.), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2014.

a) Elementos para un estándar del servicio de cuidado de largo plazo

En relación con los servicios de cuidado, la recomendación del Consejo de Europa aporta algunos elementos que deben estar garantizados para las personas mayores en materia de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (véase el cuadro IV.2).

■ Cuadro IV.2

Elementos esenciales de los cuidados de largo plazo según lo establecido en documentos internacionales

Elemento	Definición	Contenido del cuidado de largo plazo
Disponibilidad	Existencia de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos y centros de atención de la salud, así como de programas que funcionen plenamente; disponibilidad de medicamentos esenciales, agua limpia potable e instalaciones adecuadas.	Los servicios deberían estar disponibles dentro de la comunidad para permitir que las personas mayores permanezcan el mayor tiempo posible en sus propios hogares.
Accesibilidad	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.	Los Estados deberían adoptar medidas apropiadas, incluidas medidas preventivas, para promover, mantener y mejorar la salud y el bienestar de las personas de edad. También deberían asegurarse de que la atención sanitaria adecuada y la atención de calidad a largo plazo estén disponibles y sean accesibles.
Aceptabilidad	Todas las instalaciones, bienes y servicios de salud deben respetar los principios de la ética y los valores culturales de la población respectiva, ser sensibles al género y al ciclo de vida, y estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de la población.	Los proveedores de atención médica deben tratar confidencial y cuidadosamente todos los datos personales de las personas mayores, de conformidad con su derecho a la privacidad.
Calidad	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico, ser de buena calidad y contar con personal formado profesionalmente de calidad probada y equipamiento médico adecuado.	Los cuidadores deben recibir la formación y el apoyo necesarios para garantizar adecuadamente la calidad de los servicios prestados. Cuando las personas mayores son atendidas en el hogar por cuidadores informales, estos también deben recibir la formación y el apoyo requeridos para garantizar que puedan prestar la atención necesaria.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, Observación general N° 14 (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* (E/C.12/2000/4, CESCR), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000; Comité Directivo sobre Derechos Humanos (CDDH), "Draft explanatory report to the recommendation on the promotion of the human rights of older persons", Cuarta Reunión, Consejo de Europa, 23 a 25 de septiembre de 2013.

^a Se distinguen tres tipos de accesibilidad: i) accesibilidad física y segura para todos, incluidas las personas y grupos desfavorecidos; ii) accesibilidad económica para todos, particularmente para las personas y los grupos desfavorecidos; iii) derecho de solicitar y obtener información relativa a la salud y a transmitirla observando la confidencialidad (Naciones Unidas, 2000).

b) Deberes de los cuidadores de personas mayores y alternativas de respiro

Con respecto a las disposiciones específicas para quienes cuidan a las personas mayores de manera no profesional, la Convención Interamericana instituye los servicios de apoyo para las familias y cuidadores informales, al igual que la recomendación del Consejo de Europa. El Protocolo de la Carta Africana hace un aporte importante en tal sentido, al distinguir de manera singular a los que prestan cuidado en las siguientes disposiciones:

- Adoptar políticas y leyes que proporcionen incentivos a los familiares que brindan atención domiciliaria a las personas mayores.
- Identificar, promover y fortalecer los sistemas tradicionales de apoyo para mejorar la capacidad de las familias y las comunidades para cuidar a las personas mayores.
- Adoptar medidas para asegurar que las personas mayores indigentes que cuidan a huérfanos y a niños vulnerables reciban apoyo financiero, material y de otra índole.
- Asegurar que, cuando los niños queden al cuidado de las personas mayores, cualquier beneficio social o de otra índole destinado a ellos sea remitido a las personas mayores.

El aporte de estos tres instrumentos regionales con relación al cuidado de largo plazo es que lo eleva a un derecho que puede ser exigido, lo que representa un paso adelante que supera los contenidos de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, si bien aún existen limitaciones. Igualmente, aunque aquí se han destacado las coincidencias entre los

tres instrumentos, se debe mencionar que también tienen notables asimetrías con respecto a sus contenidos y la fuerza de la protección que brindan.

Lo anterior es preocupante porque, en la práctica, las alternativas dirigidas a facilitar el trabajo de los cuidadores informales son aún muy deficientes. Es el caso de los programas de respiro familiar, por ejemplo, que tienen carácter temporal y específico para abordar situaciones generadas dentro de las familias para que los cuidadores puedan dar respuesta a las necesidades puntuales de los usuarios (UNIR, 2016).

En los Estados Unidos, desde hace varias décadas se recurre a los centros diurnos y al cuidado temporal en centros residenciales para ayudar a las personas con demencia y sus cuidadores informales. Los centros que ofrecen cuidado de respiro uno o más días a la semana o durante varias semanas permiten que los familiares que actúan como cuidadores puedan tomarse un descanso y dejar a la persona con demencia en un entorno seguro y supervisado. Esto ayuda a alcanzar el propósito último de respaldar el envejecimiento en la comunidad donde las personas con demencia han vivido, garantizando que reciban asistencia y reduciendo la probabilidad de que los cuidadores familiares sufran problemas de salud.

En el Reino Unido, los programas de respiro están diseñados para reemplazar al cuidador, con la finalidad de proteger su propia salud y bienestar, y tomar un descanso de las tareas de cuidado; por ejemplo, se puede asignar un reemplazo regular en las horas de la noche. En ciertas situaciones, la autoridad local puede proporcionar un cuidado temporal después de la evaluación del cuidador o después de que la persona a la que se cuida haya sido evaluada. Además, existe un directorio de servicios de cuidado locales donde se puede buscar un relevo (NHS, 2016).

En Irlanda, el Departamento de Protección Social entrega un subsidio de apoyo al cuidador en la forma de un pago anual. Anteriormente, el nombre del subsidio hacía alusión al respiro del cuidador, pero en 2016 se modificó para reflejar mejor los distintos usos que los cuidadores pueden darle a esta prestación; por ejemplo, pueden destinarla al pago del cuidado de relevo si así lo desean, pero no tienen la obligación de hacerlo (Departamento de Protección Social de Irlanda, 2017).

En algunos países del Caribe, los centros de atención diurna para personas mayores permiten que los cuidadores familiares trabajen o al menos tomen un descanso de sus obligaciones como cuidadores. Estos centros también mantienen a las personas mayores social y físicamente activas, proporcionan una comida nutritiva y a veces ofrecen otros servicios como chequeos de salud. Prestan un apoyo inestimable a los cuidadores, que en muchos casos son también personas mayores.

Las iniciativas mencionadas y otras que se llevan a cabo en Cuba, España y el Uruguay son algunas de las pocas que se identifican en la actualidad. Sin embargo, hay una disyuntiva no resuelta en este ámbito: en ocasiones no se tiene en cuenta que la persona mayor que recibe cuidado de largo plazo genera un vínculo con su cuidador que también debe ser respetado. La alternativa de ingreso a una residencia por un período de tiempo para dar respiro al cuidador es una situación estresante para la persona mayor y requiere de una minuciosa evaluación previa, sobre todo en determinadas épocas del año. Se ha demostrado que el número de personas mayores que permanecen solas se triplica durante el verano, lo que en España supone más de tres millones de ancianos abandonados porque la familia los considera un estorbo para sus vacaciones (Arias, 2002).

El ingreso a una residencia, sea temporal o permanente, cuando no es por razones relacionadas con la intensidad de los cuidados, es una situación estresante que se expresa en un aumento de los trastornos, agudización del deterioro, disminución de la autoestima, dificultad de adaptación, incremento de la sintomatología depresiva, disminución de la frecuencia de contacto social y actividad general, e incluso cambios en la percepción temporal (Arrazola, 1999). Si bien no todas las personas mayores que ingresan a una residencia experimentan estas reacciones negativas, pues algunas muestran una mejoría de su estado y en sus relaciones familiares y hasta una sensación

de alivio, es indispensable evaluar las opciones de respiro de los cuidadores para que no afecten a las dos partes involucradas.

3. La experiencia de cuidados de largo plazo de las personas mayores en otras regiones del mundo

Los cuidados de largo plazo han sido definidos por distintos organismos internacionales, intergubernamentales y nacionales, pero solo algunos de ellos incluyen la asistencia médica dentro de dicha definición.

En los Estados Unidos, los cuidados de largo plazo se refieren a la atención médica y no médica que reciben las personas que no pueden realizar las actividades básicas de la vida diaria. La Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) coincide en definirlos como ambos tipos de ayudas, dentro de las que incluye la prevención, la rehabilitación y los servicios de cuidados paliativos. LA OCDE agrega, además, que este tipo de cuidado puede ser combinado con la asistencia doméstica y para el desarrollo de las actividades instrumentales de la vida diaria.

Los cuidados de larga duración se diferencian fundamentalmente de los cuidados intensivos y de las intervenciones sanitarias tradicionales en que no tienen la finalidad de curar o sanar una enfermedad, sino que se centran en los siguientes objetivos:

- favorecer la mayor calidad de vida posible;
- minimizar, restablecer o compensar la pérdida del funcionamiento físico o mental;
- favorecer que la persona mayor alcance y mantenga el mejor nivel de funcionalidad posible;
- permitir vivir de la forma más independiente posible;
- ayudar a las personas mayores a completar las tareas esenciales de la vida diaria, y
- mantener los limitados niveles de funcionalidad, salud y bienestar mental y social al máximo posible (Carretero Garcés y Ródenas, 2006).

Las alternativas que se discuten a nivel internacional para el desarrollo de servicios de cuidado de largo plazo incluyen varios de estos objetivos.

A continuación se expone un análisis de algunos aspectos que permiten comprender el contenido y alcance de los servicios de cuidado de largo plazo que existen en la actualidad.

a) Los costos de los cuidados de largo plazo

En los países de la OCDE, el gasto de la atención a la dependencia entre los 60 y los 65 años es prácticamente nulo, pero a partir de esa edad el gasto aumenta de manera brusca y constante (Wittenberg y otros, 2006). Se estima que en los Estados Unidos el 70% de la población que alcanza los 65 años de edad necesitará cuidados de largo plazo en algún momento de su vida por un promedio de tres años (Eisenberg, 2014a y 2014b). En el caso de América Latina y el Caribe, si se toma como referencia este patrón, la cifra de aquellos que necesitarían cuidados de largo plazo alcanzaría los más de 33 millones de personas que en junio de 2015 habían cumplido los 65 años.

El gasto de los cuidados de largo plazo, sin embargo, no solo tiene que ver con la edad. Según la OCDE, el gasto aumentará desde un 1,1% en 2005 hasta un 2,3% del producto interno bruto (PIB) en 2050 por efecto del envejecimiento demográfico, hasta un 2,8% por la expansión de la dependencia (a razón de un incremento anual del 0,5%) y hasta un 3,9% por la disminución de los cuidadores informales (OCDE, 2006).

Pese a la evidente necesidad de invertir en los cuidados de largo plazo, el gasto medio no supera el 1% del PIB mundial. En África la mayoría de los países gastan el 0% de su PIB; solo Sudáfrica dedica un gasto público del 0,2% del PIB a estos servicios. En América el gasto varía entre el 1,2% del PIB en los Estados Unidos, el 0,6% en el Canadá y el 0% en los países de América Latina. En Asia y el Pacífico el mayor porcentaje del PIB para cuidados a largo plazo corresponde a Nueva Zelanda (1,3%) y el menor a Australia (0%), mientras que países como China, la India e Indonesia gastan alrededor del 0,1% de su PIB. En Europa, entre 2006 y 2010 el mayor gasto público en cuidados a largo plazo fue alcanzado por Dinamarca, con un 2% del PIB; el más bajo fue el de Eslovaquia (0%) (OIT, 2014).

A pesar de las crecientes necesidades de la población, en los países desarrollados la inversión en los cuidados de largo plazo ha disminuido en los últimos años. En el Reino Unido el presupuesto de asistencia social se ha reducido 1.950 millones de libras esterlinas debido a los recortes del Gobierno central en el último decenio, sobre todo en los cinco años más recientes. Las coberturas también han menguado: entre 2005 y 2006, el 15,3% de las personas de 65 años o más recibió apoyo con asistencia social, frente al 9,2% entre 2013 y 2014 (Mortimer y Green, 2015). Las asignaciones presupuestarias del Gobierno para el año fiscal 2015/16 sugieren que los presupuestos de asistencia social se contraerán 472 millones de libras.

En Irlanda la reducción del presupuesto ha debilitado las políticas que promovían la independencia de las personas mayores mediante el apoyo de la comunidad. El presupuesto de los servicios de asistencia a domicilio (*Home Help Service*) retrocedió de 211 millones de euros en 2008 a 185 millones en 2015 a pesar de un aumento del 25% de la población de 65 años o más y un incremento cercano al 30% de la población de 85 años o más. En los últimos siete años se ha producido una disminución de casi un 2% del número de personas que reciben ayuda: de 64.353 personas que recibieron servicios de asistencia a domicilio o paquetes de cuidados domiciliarios en 2008 a 63.245 personas en 2015 (Donnelly y otros, 2016).

Debido a que la disponibilidad y el acceso a los servicios públicos de cuidado de largo plazo suelen ser restringidos y su costo es elevado para los usuarios, los planes y sistemas vigentes se caracterizan por apoyarse fuertemente en un sistema de copago. El desembolso económico en cuidados de largo plazo que deben realizar las personas que los necesitan tiene un impacto significativo sobre sus ingresos: los más afectados son los pobres, las mujeres y las personas de edad muy avanzada.

Se estima que en el Reino Unido los costos del cuidado de largo plazo para las personas de 65 años y más exceden un promedio de 30.000 libras esterlinas (aproximadamente 37.648 dólares) anuales por persona (Comas-Herrera, Wittenberg y Pickard, 2010). En los Estados Unidos, se calcula que el costo de los cuidados de largo plazo en residencias es de un promedio de 87.600 dólares anuales en el caso de una habitación privada y 77.380 dólares en habitación compartida. La atención domiciliar alcanza los 45.188 dólares anuales si se trata de cuidados llevados a cabo por un auxiliar de salud y 43.472 dólares anuales si se trata de asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (Eisenberg, 2014a). Estas cantidades representan más del triple del ingreso medio disponible de la población de 65 años y más (Gleckman, 2010).

En Sudáfrica, el gasto por cuenta propia de los cuidados domiciliarios a largo plazo corresponde al 100% del total del costo, pues no existen residencias públicas que ofrezcan cuidados a largo plazo. En Tailandia, se estima que el desembolso es de entre el 80% y el 100% del total del gasto en cuidados a largo plazo. En la Argentina oscila entre el 60 y el 80% (Scheil-Adlung, 2015).

De no existir cobertura de servicios de cuidado, como es el caso en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, el empobrecimiento de la persona mayor es un riesgo inminente. La dependencia de cuidadores informales y de la familia no siempre basta, y en muchos casos ni siquiera forma parte del abanico de alternativas a las que puede recurrir una persona de edad.

b) Protección frente a la necesidad de cuidado de largo plazo en la vejez

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) estima que el 48% de la población mundial no se encuentra protegida por una ley nacional que aborde los cuidados a largo plazo. Por otro lado, las normas suelen diferir bastante entre los países que sí garantizan dicha protección.

En la India, Singapur y China la legislación impone a los adultos jóvenes la obligación de asumir el cuidado de sus padres, so pena de cárcel o multas. En China la Constitución y la Ley de Protección de los Derechos e Intereses de las Personas Mayores de 1996 (enmendada en 2012) ponen de relieve la responsabilidad expresa por parte de los familiares de cuidar a las personas mayores (Wong y Leung, 2012).

Otros países son menos rigurosos en cuanto a esta obligación e implementan modalidades distintas de protección. En Sudáfrica el envejecimiento ocurre en un contexto complejo, en el que las personas de edad tienden a vivir en hogares pobres, y es posible identificar varias generaciones sin ingresos propios; muchas personas mayores están a cargo de huérfanos, y es común encontrar hogares sin la generación intermedia. En 2006 se dictó la Ley núm. 13, que protege a las personas de edad mediante varias disposiciones relacionadas con su cuidado que distinguen entre el que es proporcionado por la comunidad y el brindado en las residencias. El Departamento de Desarrollo Social del Gobierno es el encargado de regular los programas aplicados. Desde 2004 existe, en el ámbito de la seguridad social, una subvención específica para personas que ya son beneficiarias de un subsidio por vejez, discapacidad o por ser veteranos de guerra y que no pueden cuidar de sí mismas. El subsidio está destinado a pagar a una persona que brinde cuidados a tiempo completo (Sudáfrica, Gobierno de, 2016), y asciende a 26 dólares mensuales. En noviembre de 2016 el número de beneficiarios alcanzó las 157.565 personas (SASSA, 2016).

En el otro extremo se encuentra el Japón, que desde 2001 cuenta con un sistema de seguro de cuidados de largo plazo. Este sistema fue introducido con la finalidad de que la sociedad en su conjunto apoyara a las personas con necesidades de cuidado y que los servicios de cuidado de largo plazo se separaran de los servicios de salud, ya que anteriormente estos tomaban la forma de hospitalización social en un establecimiento de atención sanitaria de tercer nivel. En el esquema del seguro, los municipios actúan como aseguradoras con el apoyo del Gobierno central, y los asegurados se dividen en dos categorías: por un lado, personas de 65 años y más y, por el otro, personas de entre 40 y 64 años que cuentan con un seguro de salud. En el caso de las primeras, los beneficiarios pueden ser de dos tipos: los que requieren cuidados de largo plazo y los que necesitan un apoyo específico para mantener su autonomía.

El financiamiento del seguro proviene en un 50% de recursos recaudados por medio de impuestos (un 25%, del Gobierno central; un 12,5%, de las municipalidades, y un 12,5%, de los gobiernos provinciales). La otra mitad corresponde a las dos categorías de asegurados: un 17% lo aporta la primera categoría (asegurados de 65 años o más), a través de una deducción de su pensión o mediante un pago directo, y el 33% restante es deducido del seguro médico de los asegurados de la segunda categoría (de entre 40 y 64 años). El seguro financia el 90% del costo total de las prestaciones y servicios y los beneficiarios pagan el otro 10%. En 2015, el 16 % de los mayores de 65 años (5 millones de personas) recibieron servicios de cuidados de largo plazo. En solo un decenio, el número de personas mayores que reciben atención institucional ha aumentado un 83%, y se ha producido un incremento del 203% de las personas que reciben servicios de cuidados de largo plazo en su hogar o comunidad (Kamiya y otros, 2011).

Alemania, los Países Bajos y la provincia china de Taiwán poseen planes de seguridad social para cubrir los costos derivados de los cuidados de largo plazo. La complejidad de las necesidades y de los planes que se ofrecen exige a las personas mayores estar muy versadas en el tema de los beneficios y prestaciones de cuidados de largo plazo para poder solicitarlas. Estas prestaciones

pueden ser en metálico (entre las que se incluye el apoyo financiero a los miembros de la familia que prestan cuidados) o en especie, como la institucionalización o los cuidados domiciliarios. Los criterios de selección varían ampliamente, y con frecuencia se evalúan la edad, las necesidades y los recursos (Scheil-Adlung, 2015).

En Alemania, desde que se introdujo el seguro de dependencia social, todos los ciudadanos están obligados a disponer de un seguro para tener acceso a asistencia en el marco de un sistema de seguro de salud estatal o privado. El seguro de asistencia cubre el riesgo de dependencia social sin restricciones de edad para la persona asegurada. Los costos crecientes de los cuidados son cubiertos directamente por las cotizaciones del seguro. Se puede solicitar una prestación social cuando los servicios prestados por el seguro de dependencia resultan insuficientes y la persona afectada o sus familiares no disponen de recursos para financiar los cuidados adicionales. Entre los servicios y prestaciones previstos por el seguro alemán de dependencia prima la compensación económica en el entorno familiar (el 47,4% de las prestaciones), seguida de la prestación de servicios en centros residenciales (28,0%), las prestaciones económicas vinculadas a la contratación del servicio (8,8%) y la combinación de ambas compensaciones económicas (10,1%). Otras opciones, como la atención a los cuidadores, los centros de día y los centros de noche apenas se reflejan en las estadísticas (Alemania, Gobierno de, 2008).

4. El incremento de la necesidad de cuidadores y su impacto en la sociedad

En muchos lugares del mundo las políticas de cuidado de largo plazo se sustentan sobre la base de que las redes informales (la familia y la comunidad) pueden asumir el cuidado de las personas mayores, sin prestar atención a las limitaciones de los cuidadores —en muchos casos, mujeres— ni al impacto que esto puede tener en la calidad del cuidado no remunerado, en los ingresos de las familias cuidadoras y en la salud y el futuro empleo de los cuidadores.

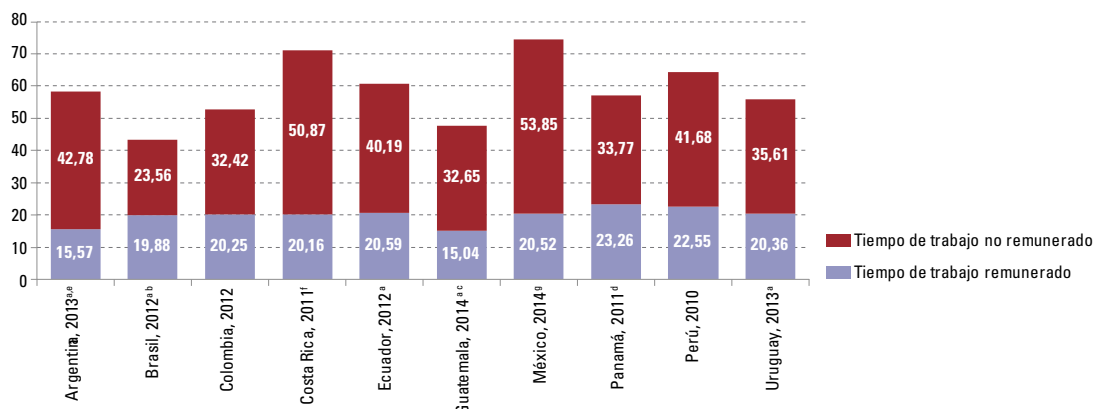
Se estima que en los Estados Unidos unos 15 millones de personas cuidan de un miembro de su familia que sufre la enfermedad de Alzheimer, y el 38% de ellos dedican más de 30 horas semanales a dicha atención (Eisenberg, 2014b). En el Canadá, el 9,6% de la población presta ayuda a individuos afectados por alguna enfermedad crónica o discapacidad. Un estudio promovido por el Gobierno del Canadá en el año 2002 halló que el 4% de los adultos proporcionaba cuidados a un miembro de la familia que padecía una discapacidad mental o física o una enfermedad crónica o debilitante (Carretero, Garcés y Ródenas, 2006).

En el Reino Unido, el número de los que cuidan a personas mayores de manera informal ha fluctuado ligeramente en los últimos años, pero en 2014 brindaba estos cuidados alrededor de una de cada seis personas, un tercio de ellas durante más de 20 horas a la semana. En Irlanda se calcula que el 89,5% de la atención a las personas mayores que viven en su comunidad es proporcionada por cuidadores familiares (Care Alliance Ireland, 2015). Esta atención incluye la ayuda para el cuidado personal y las tareas domésticas y asciende a un promedio de 30 horas semanales (Kamiya y otros, 2012).

En América Latina y el Caribe esta cifra es mucho mayor. Las encuestas de uso del tiempo de algunos países de la región permiten afirmar que la dedicación de las mujeres a tareas de trabajo no remunerado (entre las que se incluye el cuidado de personas dependientes) es elevada. En México se destinan más de 53 horas semanales a este tipo de actividades; en Costa Rica, 50,8 horas semanales, y en la Argentina y el Perú, alrededor de 40 horas semanales (véase el gráfico IV.9). En Chile, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) indica que 1 de cada 4 personas de 60 años o más presenta algún grado de dependencia. En el 86% de los casos el cuidado de la persona mayor es asumido por una mujer, que suele ser su esposa, hija o nuera, y supone más de 12 horas diarias.

■ **Gráfico IV.9**

América Latina (10 países): tiempo medio destinado al trabajo remunerado y no remunerado de la población femenina de 15 años o más, último período disponible
(En horas semanales)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de encuestas de uso del tiempo de los respectivos países.

^a Dentro del trabajo remunerado se excluye el tiempo dedicado a la búsqueda de empleo, ya que no fue considerado en la encuesta.

^b En el trabajo no remunerado se consideran únicamente las actividades domésticas no remuneradas.

^c Dentro del trabajo no remunerado se excluye el apoyo a otros hogares.

^d Encuesta realizada solo en zonas urbanas.

^e El módulo de uso del tiempo solo considera a la población de 18 años o más.

^f Encuesta realizada solo en la gran área metropolitana.

^g La desagregación de actividades de trabajo no remunerado del cuestionario de 2009 sobrestimaba las horas, a diferencia del cuestionario de 2014, en el que se agregan dichas actividades.

Un gran número de cuidadores no remunerados son personas mayores, que a menudo se ocupan de sus parejas, familiares o amigos. En el Reino Unido, el 20,5% de las personas mayores proporcionaron atención no remunerada en 2014, frente al 18,2% en 2011. Además, las personas mayores suelen cuidar durante más horas que la población de cuidadores no remunerados en su conjunto: el 38,8% de los cuidadores mayores dedican 20 o más horas a la semana al cuidado, y más del 25,3% de ellos le dedican más de 50 horas a la semana (AGE UK, 2016). En Ciudad de México, las personas mayores desempeñan un papel prominente en el cuidado de sus coetáneos, con independencia del riesgo de muerte de la persona a quien cuidan; ahora bien, su participación es más elevada en el caso del cuidado de personas que presentan una probabilidad elevada de morir en el plazo de un año: el 77% de los cuidadores de edad avanzada presta ayuda a este grupo de riesgo (Huenchuan y Rodríguez, 2015).

En Cuba, los cuidadores de centenarios son frecuentemente personas de 60 años y más (64,2%) (Selman-Houssein y otros, 2012). La mayoría de los cuidadores de estas personas son sus hijos (un 66,5% del total), seguidos de sus nietos (7,1%) y de personas ajenas a la familia (6,8%) (Fernández, 2016). En Colombia, la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) de 2015 dio a conocer que el 83,9% de los cuidadores de personas mayores eran mujeres y el 16,7% de ellas tenían 60 años o más (MINSALUD, 2015).

Por otro lado, la demanda de cuidadores está creciendo. Por cada 100 personas de 65 años o más se estima que en Australia se requieren 4,4 cuidadores formales y 83,3 informales; en los Estados Unidos, 6,4 cuidadores formales y 123 informales, y en Noruega, 17,1 cuidadores formales y 87,2 informales. Tomando como referencia estas estimaciones, en el cuadro IV.3 se calcula el número estimado de cuidadores informales necesarios en América Latina y el Caribe entre 2015 y 2030, siempre que las personas mayores sigan teniendo los mismos requerimientos de cuidado que en la actualidad.

■ **Cuadro IV.3**

América Latina y el Caribe: estimación de la necesidad de cuidadores informales por cada 100 personas de 65 años y más sobre la base de la demanda estimada de Estados Unidos, Noruega y Australia, 2015-2030

(En número de personas)

	Población mayor de 65 años en América Latina y el Caribe	Cuidadores informales requeridos en la región según la necesidad estimada del país de referencia		
		Estados Unidos ^a	Noruega ^b	Australia ^c
2015	48 259 704	59 359 436	42 082 462	40 200 333
2020	58 882 203	72 425 110	51 345 281	49 048 875
2025	71 469 360	87 907 313	62 321 282	59 533 977
2030	86 609 322	106 529 466	75 523 329	72 145 565

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *Probabilistic Population Projections based on the World Population Prospects: The 2015 Revision*, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/ppp/>.

^a 123 cuidadores informales por cada 100 personas de 65 años y más.

^b 87,2 cuidadores informales por cada 100 personas de 65 años y más.

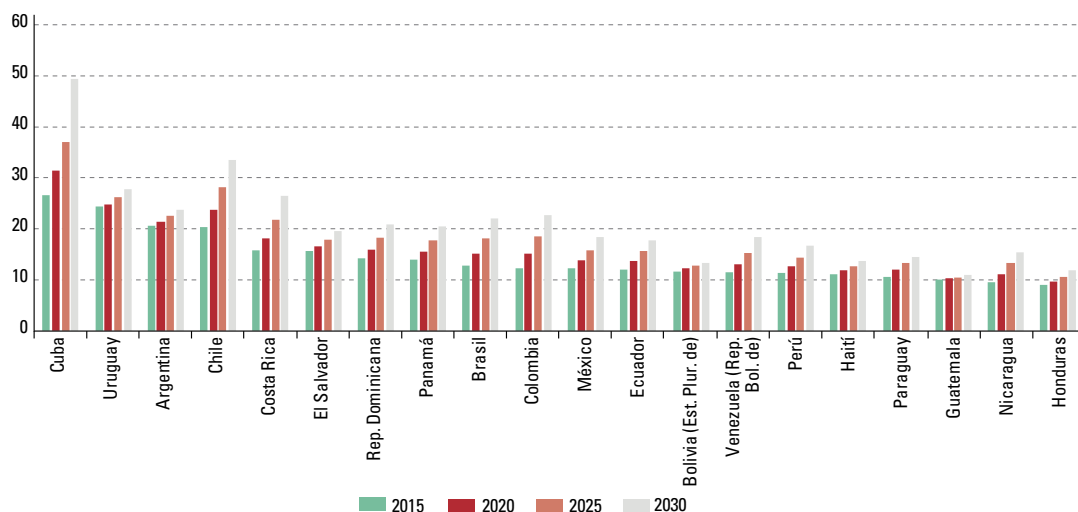
^c 83,3 cuidadores informales por cada 100 personas de 65 años y más.

Si se estudia la situación de los países de la región tomando como referencia el número de cuidadores informales establecido por Noruega, esta resulta bastante heterogénea. En el gráfico IV.10 se muestra el porcentaje de la población económicamente activa menor de 65 años que debería estar dedicada al cuidado de las personas mayores. Cuba es el país más afectado por esta situación: si la tendencia se mantiene sin cambios, en 2030 el 50% de la población económicamente activa menor de 65 años deberá dedicarse al cuidado de las personas mayores, prácticamente el doble que en 2015¹⁴. Otro país que presenta una situación compleja es Colombia, donde también se duplicaría la población económicamente activa que tendría que dedicarse a las tareas de cuidado.

¹⁴ En Cuba, el 90 % de las personas con demencia son atendidas en sus casas; de ahí la importancia de la labor del cuidador: “Los estudios realizados en la población cubana muestran que por cada paciente hay dos familiares afectados por el cuidado, el 40 % tienen que abandonar total o parcialmente su trabajo para cuidar al enfermo y el 50 % de estos cuidadores presenta alguna afectación psicológica” (Fariñas, 2015).

■ **Gráfico IV.10**

América Latina (20 países): proporción de cuidadores informales requeridos respecto de la población económicamente activa menor de 65 años, 2015-2030
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2015 Revision*; y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (GELADE)-División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población 2016.

Un estudio cualitativo realizado en seis países del Caribe confirmó que los servicios de cuidado presentaban grandes problemas de cobertura y acceso (Cloos y otros, 2009). Varios países se enfrentan a dificultades de reclutamiento y retención de trabajadores. Es necesario abordar estas cuestiones, así como fortalecer la capacitación y la orientación proporcionadas a los cuidadores para, por ejemplo, ayudarlos a identificar casos de maltrato o mala salud. En ocasiones, los problemas pueden solucionarse de forma bastante simple: en Barbados, con el fin de llegar a las personas mayores en lugares remotos, se compró un minibús para transportar a los cuidadores.

La situación no solo es grave en los países de la región, sino también en el resto del mundo. Esto se refleja claramente en la atención que reciben las personas mayores en países envejecidos. En Alemania, por ejemplo, las residencias de cuidados de largo plazo sufren de falta de personal, y el consecuente deterioro de la atención ha llegado a un punto crítico. Cada paciente recibe solo 53 minutos de atención diaria, en los que se incluye el tiempo dedicado a la alimentación. Un único cuidador a menudo tiene que atender a entre 40 y 60 residentes (Guillán, 2013).

5. Cuidados de largo plazo en el hogar: un ámbito de intervención que se debe fortalecer

Según indican las investigaciones, la mayoría de las personas mayores prefieren vivir en su propia casa y contar con servicios de apoyo que les permitan hacerlo durante el mayor tiempo posible (Barry y Conlon, 2010). Los datos muestran que también desean que sus principales cuidadores sean su familia o amigos, por lo que el papel de los servicios de salud y sociales debe concentrarse en brindar apoyo a sus familias para que puedan cumplir con esta aspiración (Garavan, McGee y Winder, 2001).

A pesar de que las personas mayores con frecuencia prefieren envejecer en el hogar, son pocos los países que han elaborado programas específicos para ello. Para evitar el ingreso a una residencia de cuidado de largo plazo, es posible brindar la atención médica (incluso en el caso de personas de edad con enfermedades terminales), los servicios de atención social y la asistencia a domicilio (Naciones Unidas, 2015b).

La Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad presenta en su informe sobre el tema (Naciones Unidas, 2015b) una evaluación de las preocupaciones y problemas observados en el ámbito de los cuidados de largo plazo, así como recomendaciones detalladas orientadas hacia la adopción de medidas. Un aspecto esencial de los servicios de atención a domicilio sobre el que se tiene poca información y que no está suficientemente contemplado en los instrumentos de derechos humanos es la asistencia y el apoyo que prestan los miembros de la familia y otros cuidadores informales.

En la actualidad hay más conciencia de que lo que posibilita la permanencia de la persona mayor en su domicilio es principalmente la dedicación de la red informal y, en muchos países, el mercado de trabajo irregular, que permite conseguir una atención intensiva a un costo asumible. Las principales consecuencias de esta situación son:

- Una carga excesiva sobre los familiares —especialmente las mujeres— que tiene un impacto en términos del empleo femenino y de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.
- El fomento de un mercado de trabajo irregular en el que se ofrecen condiciones laborales y salariales muy precarias.
- La falta de garantías en cuanto a la calidad de la atención que reciben muchas de las personas dependientes que viven en su comunidad (SiiS, 2012).

Recientemente se han comenzado a introducir medidas orientadas a fomentar el cuidado informal y a prestar reconocimiento y apoyo a las redes informales existentes, dado que el debilitamiento de las redes informales es considerado uno de los factores que podrían hacer crecer la demanda de ayuda a domicilio en el futuro.

En España se otorga un subsidio directo a la persona que recibe la atención para que pueda organizar sus cuidados domiciliarios. Un rasgo positivo de esta iniciativa es que puede empoderar a la persona mayor y aumentar su autonomía. La ayuda a domicilio ofrece tres tipos de servicios: i) atención personal en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (higiene; ayuda para levantarse, acostarse, vestirse, comer y beber; control de la medicación, y otros), que contempla también el acompañamiento; ii) servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar (limpieza de la casa, preparación de la comida, lavado y planchado de ropa, detección de situaciones de riesgo y otros), y iii) relaciones con el entorno (apoyo para realizar gestiones fuera del hogar, acompañamiento en desplazamientos, realización de actividades para mantener las facultades cognitivas y las relaciones sociales y otros). Los usuarios de este servicio deben realizar

un desembolso personal correspondiente al copago mensual fijado en su plan individual de atención, de acuerdo con el procedimiento establecido por la administración pública, o por las entidades o empresas gestoras de servicios, si se tratara de un servicio privado.

En Turquía existen instituciones que ofrecen servicios y apoyo a las personas mayores que viven en su domicilio. Los servicios son gratuitos y se financian mediante una combinación de gastos del presupuesto general, impuestos, presupuestos municipales y primas pagadas por empleadores y empleados. El Ministerio de Salud ofrece servicios a domicilio a cargo de equipos multidisciplinarios de profesionales; el Ministerio de Familia y Políticas Sociales ofrece apoyo social, cuidados y atención en diversos entornos, incluido el domicilio de la persona mayor, y los municipios prestan apoyo social, servicios de salud a domicilio, apoyo psicológico, reparaciones y mantenimiento del hogar, ayuda con las tareas domésticas, el aseo personal y la cocina, y actividades sociales.

En los Países Bajos, los servicios sociales (incluidos ciertos servicios de cuidados domiciliarios y de respiro) se han transferido a los municipios en virtud de una consignación financiada con impuestos. La finalidad de esta asistencia es que las personas puedan vivir en su domicilio durante el mayor tiempo posible y que reciban la atención que necesitan para hacerlo. En las últimas reformas del sistema se ha asignado a las autoridades locales un papel más destacado en el suministro de cuidados a largo plazo en la comunidad.

En Singapur, la ciudad-Estado más próspera de Asia y del mundo, el sistema de salud Alexandra cuenta con un programa integral de envejecimiento en la comunidad para reducir el número de hospitalizaciones que pueden evitarse y mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Las personas mayores que utilizan los servicios hospitalarios con frecuencia (en particular el servicio de urgencias) reciben visitas a domicilio de una enfermera comunitaria que evalúa sus necesidades y determina cuáles de estas están insatisfechas, elabora un plan de cuidados y coordina el seguimiento necesario. La frecuencia de las visitas depende de las necesidades de la persona. Gracias a este enfoque, el sistema de salud redujo las hospitalizaciones un 67% y optimizó el uso de los recursos hospitalarios.

Con todo, las iniciativas en materia de ayuda a domicilio siguen siendo escasas en todo el mundo. Por ejemplo, en Irlanda, la falta de legislación en relación con el acceso a la atención comunitaria es controversial y existe una dependencia excesiva del Plan de Apoyo a las Residencias para Personas de Edad (*Nursing Homes Support Scheme* (NHSS)), ante la falta de desarrollo en el país de otras alternativas como los servicios de asistencia en la vivienda o la promoción del envejecimiento en la propia comunidad (Donnelly y O'Loughlin, 2015). En el informe de Garavan, McGee y Winder (2001) se concluye que los servicios comunitarios de salud y asistencia social en Irlanda son extremadamente limitados y fragmentados. Además, no existe un marco político oficial para la prestación de servicios integrados de atención domiciliaria a las personas mayores ni legislación alguna que la regule (Timonen, Doyle y O'Dwyer, 2012).

En las zonas urbanas de China, una proporción considerable de los cuidados ofrecidos en el domicilio proviene de cuidadores remunerados que, en la mayoría de los casos, carecen de capacitación. Se trata principalmente de mujeres con escasa educación formal, que probablemente hayan migrado de zonas rurales a zonas urbanas y que reciben una remuneración relativamente baja por su asistencia (OIT, 2014).

6. Los programas de cuidado a largo plazo para personas mayores de América Latina y el Caribe

En América Latina y el Caribe los servicios de cuidados de largo plazo generalmente tienen baja cobertura y, además, operan en el marco de una débil institucionalidad. En la mayoría de los casos, los programas nacionales relacionados de forma directa o indirecta con los cuidados se enmarcan dentro de programas de lucha contra la pobreza o de asistencia social a familias o personas pobres, en condición de vulnerabilidad o dependientes. La universalidad del derecho al cuidado sigue siendo una asignatura pendiente en la región.

a) Cuidados a domicilio

Para ayudar a las personas mayores a vivir de forma independiente, muchos países del Caribe han desarrollado programas tales como servicios de ayuda a domicilio, cuidados de enfermería en el hogar y centros de día, de actividades y para las personas mayores que no pueden vivir solas. Numerosos países han puesto en marcha algún tipo de plan para prestar servicios de atención domiciliaria a las personas mayores. Los servicios prestados incluyen ayuda con la higiene personal, la limpieza de la casa, la preparación de comidas y la compra de comestibles y otras necesidades, así como compañía. De esta manera, las personas mayores reciben el apoyo que necesitan para seguir viviendo en su propio hogar, normalmente la mejor opción para mantener su autonomía. El cuidado domiciliario de personas que viven de forma independiente resulta, además, mucho más rentable que el cuidado residencial integral (en el que, sin embargo, los costos se dividen entre el Estado y el individuo).

En algunos países, como Barbados y Saint Kitts y Nevis, el Estado proporciona atención básica de enfermería en el hogar, ya sea como parte del Programa de Atención Domiciliaria u otro programa. La atención básica puede incluir desde curar heridas y controlar la presión arterial y los niveles de glucosa hasta ofrecer consejos sobre nutrición, normas sanitarias y otros problemas de salud. Además, los cuidadores también están capacitados para detectar y reportar enfermedades o casos de abandono, abuso o malnutrición

b) Transferencias monetarias para los cuidadores no remunerados

En la Argentina el sistema de protección social se basa en la presunción de que las familias se hacen cargo de las personas mayores que necesitan cuidados. En el caso de la clase media, la más envejecida en los grandes centros urbanos, el Estado no ofrece este tipo de servicios, que sí están disponibles para las personas pobres o abandonadas; las clases con mayores recursos económicos, por otro lado, recurren a los cuidados privados. El único tipo de servicio de cuidados que la clase media puede permitirse de forma sostenida no es adecuado: son situaciones en las que las personas mayores se encuentran sedadas, inmovilizadas y sin ningún tipo de estimulación. Además, las familias están cambiando: las madres también trabajan y ya no están disponibles para atender a una persona mayor con dependencia.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados de la Argentina (INSSJP- PAMI) estableció, a partir de la resolución núm. 0610-13, la Asistencia Integral de Ayuda Económica para la atención a la dependencia y la fragilidad de las personas mayores. Su objetivo es brindar una asistencia económica de 55 dólares al mes a aquellos afiliados que, por su problemática sociosanitaria, se encuentren en situación de dependencia o fragilidad y no tengan capacidad económica para afrontar los gastos inherentes a dicha situación o carezcan de una red social de apoyo acorde con sus necesidades. Si bien el subsidio económico resulta escaso, suele utilizarse para contratar a un cuidador formal una o dos veces por semana, lo que brinda alivio al familiar a cargo del cuidado.

En el Ecuador existe el Bono Joaquín Gallegos Lara, creado en 2010 para personas con discapacidad grave y profunda. Se trata de un bono de 240 dólares mensuales (el equivalente a un salario básico) que se otorga a quienes cuidan de personas con discapacidad para cubrir los gastos de alimentación, vestido, movilización e insumos básicos. El bono es administrado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES).

En el caso de Chile, el Programa Chile Cuida constituye una iniciativa que alivia la carga de trabajo de los cuidadores no remunerados. El programa ofrece un servicio de cuidados domiciliarios dos veces por semana a personas mayores con dependencia moderada y grave. Esto no solo contribuye a que estas personas puedan permanecer en sus casas, sino que también ofrece un descanso a su cuidadora o cuidador, además de la opción de participar, una vez por semana, en grupos de autoayuda dirigidos por profesionales de la salud mental, talleres de capacitación, formación especializada de cuidados, habilitación laboral o actividades educativas recreativas. Para brindar esta asistencia, se capacita y emplea como cuidadoras formales a mujeres locales que están desempleadas o que buscan incrementar sus ingresos.

En Costa Rica, a través de la Red Nacional de Cuido de las Personas Adultas Mayores, se entregan bienes de primera necesidad a las familias que están a cargo de personas mayores en situación de extrema pobreza. La iniciativa apuesta por generar una estructura social, compuesta por familiares, grupos organizados de la comunidad e instituciones no gubernamentales y estatales, con el fin de articular acciones, intereses y programas. Los destinatarios son personas de 65 años o más en situación de pobreza o extrema pobreza, dependencia o riesgo social que carecen de una red de apoyo. Durante el primer trimestre de 2016, la Red atendió a 12.086 personas distribuidas en 53 redes, con una inversión de 2.700.000 dólares (223 dólares por persona). La mayor parte de las ayudas consisten en la entrega de alimentos, medicamentos, productos de higiene, electrodomésticos y dispositivos, así como el pago de alquileres y servicios básicos, para facilitar la vida diaria en el propio hogar. El programa también contrata a asistentes a domicilio que ayudan a las familias en la atención de las personas mayores, ya que en muchos hogares estas no disponen de suficiente tiempo para cumplir con dicha tarea.

Cabe destacar la experiencia de la Ley núm. 7.756 de Costa Rica, que otorga una licencia y el pago de subsidios a las personas designadas como responsables de cuidar a un enfermo en fase terminal. Toda persona activa asalariada, ya sea familiar o no, que por vínculo afectivo o responsabilidad se designe responsable de cuidar a un enfermo en su fase terminal gozará de una licencia y un subsidio que se calculará sobre la base del promedio salarial del último trimestre.

c) La alternativa de las familias sustitutas

En 2010, por medio de la resolución 863/2010 del Gobierno del Uruguay, se creó en el marco del Gabinete Social del país un grupo de trabajo para coordinar el diseño del Sistema Nacional de Cuidados. Como parte del Sistema Nacional de Cuidados, existe un Servicio de Atención e Inserción Comunitaria (SAIC) de base hospitalaria, que practica y promueve la reinserción de personas de edad avanzada en su comunidad dentro de familias sustitutas en las que un miembro de la familia actúa como cuidador sujeto a un contrato de servicios remunerados. La persona mayor pasa a formar parte del núcleo familiar y, a través del Servicio, recibe apoyo y asistencia en múltiples disciplinas (geriatría, psiquiatría, enfermería, asistencia social) por parte del Hospital Luis Piñeyro del Campo.

En Costa Rica, en casos extremos en los que no hay un soporte familiar, existe la modalidad de la familia solidaria, que acepta hacerse cargo del pleno cuidado de estas personas con la supervisión rigurosa y la ayuda económica de la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores, así como los Hogares para Ancianos Comunitarios, que proporcionan un cuidado institucional de larga estancia.

d) Formación para el cuidado de las personas mayores

En la Argentina, el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios forma a mayores de 18 años interesados en brindar atención primaria a personas que necesitan ayuda en las actividades de la vida diaria y que no cuentan con familiares o allegados. Se brinda capacitación para realizar distintas tareas de cuidado, como administrar medicamentos orales y de uso externo prescritos por profesionales médicos, preparar alimentos y ayudar en su ingesta, cuidar la higiene y el arreglo personal o prevenir accidentes. El curso está orientado a quienes trabajan como cuidadores y quieren perfeccionar sus capacidades o para aquellos con vocación para esta labor y que quieran hacer de ella una salida laboral. La formación consta de un total de nueve módulos dictados por docentes, profesionales pedagógicos y un equipo de coordinación especializado en el tema y tiene una duración de cuatro meses, con 200 horas teóricas y 148 prácticas. Una vez finalizados los estudios, los alumnos reciben una certificación del Ministerio de Educación que los habilita para ejercer el oficio de manera profesional.

En el Brasil, el Ministerio de Salud lleva a cabo el Programa Nacional de Formación de Cuidadores de Personas de Edad (*Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos*), que hace hincapié en fomentar la comunicación entre la persona mayor y su familia y ofrece herramientas y estrategias para actuar en situaciones de riesgo o de emergencia.

En Cuba existe la Escuela de Cuidadores, un programa psicoeducativo impartido por un equipo multidisciplinario de profesionales que capacitan a los familiares a cargo del cuidado primario o secundario de pacientes con dependencia en el cuidado y manejo adecuado de las personas mayores dependientes y de ellos mismos.

En México, a través del Programa Nacional de Formación de Cuidadores de Adultos Mayores, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) capacita a personal voluntario como promotores de apoyo gerontológico, acompañantes y cuidadores de personas mayores. Esta formación es parte del Plan Geriátrico Institucional (GeriatriMSS) y del Programa de Envejecimiento Activo (PREA), cuyos objetivos son mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad e independencia física, mental, emocional y social de este sector de la población.

Desde hace tres años, el Instituto de Previsión Social (IPS) del Paraguay ofrece, a través del Hospital Geriátrico Dr. Gerardo Buonghermini, el Curso de Capacitación a los Cuidadores, centrado en aspectos relacionados con la problemática biopsicosocial y espiritual del cuidado. El curso no solo busca mejorar la calidad de vida de las personas mayores, sino también la de los cuidadores. El IPS está tramitando el reconocimiento oficial de este curso por parte del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el Ministerio de Educación y Cultura, de manera que los estudiantes puedan obtener una titulación y la acreditación de estos organismos oficiales.

Fuente S. Gascón y N. Redondo (editores) (2014), *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia*; Cap.I A y B, pp. 9-14 y V, pp. 45-48.

F. Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia

1. Los sistemas de apoyo para las personas mayores con dependencia

Una de las consecuencias del alargamiento del promedio de la vida es el aumento de la cantidad y la proporción de personas de edades extremas que deben vivir períodos prolongados en situaciones de fragilidad o dependencia, derivadas de limitaciones físicas o cognitivas permanentes que generan las enfermedades crónicas. Debe tenerse en cuenta que, hasta el momento, la disminución de la letalidad de las enfermedades agudas implica el aumento de la cantidad de personas que viven con enfermedades crónicas y no transmisibles durante períodos prolongados. Asimismo, como resultado del avance de la transición epidemiológica, la compresión de la mortalidad en las edades extremas determina que la probabilidad de padecer limitaciones permanentes se intensifique a partir de los 80 años de edad.

En rigor, no es la edad cronológica la causa de ese incremento, sino el umbral que alcanza la esperanza de vida total de cada población (Lloyd Sherlock, 2012; González y Ham Chande, 2007). Sin perjuicio de ello, el impacto de la discapacidad y la consecuente dependencia varía según los sexos, el nivel socioeconómico, los hábitos y estilos de vida y las bases genéticas, entre las dimensiones más importantes, por lo que no afecta de la misma manera ni con similar intensidad a las personas que comparten un mismo grupo de edad cronológica.

El concepto de dependencia hace referencia a la pérdida de autovalimiento para el desempeño de actividades imprescindibles para llevar adelante la vida diaria y la consecuente necesidad de apoyo de otras personas para la sobrevivencia. En la actualidad existe consenso acerca de la ventaja, la conveniencia y el deseo de la mayoría de las personas mayores de envejecer en casa, siempre y cuando se mantengan las condiciones de dignidad y confort, aun cuando aparezcan limitaciones permanentes que afectan el autovalimiento. Históricamente, las personas mayores con dependencia se apoyaron en las redes familiares y vecinales que, de manera solidaria, ofrecen su ayuda. Sin embargo, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento de 2002 realizó un claro llamado de alerta:

“En todos los países se considera que lo ideal es envejecer en el seno de la propia comunidad. Sin embargo, en muchos casos la atención familiar no remunerada está creando nuevas tensiones económicas y sociales. Hoy se reconoce, en particular, el costo que representa para la mujer, que sigue prestando la mayor parte de la asistencia no estructurada. Las mujeres que la prestan deben soportar el costo financiero de una contribución reducida a los regímenes de pensiones debida a sus ausencias del mercado laboral, a la pérdida de oportunidades de ascenso y a sus menores ingresos. También deben afrontar el costo físico y emocional de las tensiones resultantes de intentar compaginar las obligaciones laborales con las domésticas. Esa situación reviste una dificultad especial para las mujeres con hijos que deben atender también a personas de edad” (ONU, 2003, pág. 45).

Con el propósito de promover el desarrollo de sociedades adecuadas para todas las edades, el Plan ya mencionado recomienda a los países miembros encarar programas integrales de apoyo a las personas con dependencia, basados en la comunidad, que faciliten y alivien las tareas de los familiares que proporcionan cuidados y atención, así como impulsar planes de infraestructura y transporte público que generen entornos amigables para la integración y el bienestar de las

personas de todas las edades con algún tipo de discapacidad. La creación o expansión de este tipo de programas de base comunitaria y apoyo en el domicilio no excluye, según dicha declaración, la conservación de las instituciones específicas para la atención y el cuidado de personas con niveles severos de dependencia que prefieren ámbitos colectivos de residencia, o la construcción de viviendas sociales con distintos tipos de asistencia.

“En los dos decenios últimos, la atención comunitaria y el envejecimiento en el seno de la propia comunidad han pasado a ser un objetivo de las políticas de muchos gobiernos. En ocasiones, el motivo subyacente ha sido financiero porque, partiendo del supuesto de que las familias prestarán la mayor parte de la atención, se espera que la asistencia comunitaria cueste menos que la residencial. Si no se les presta una ayuda suficiente, los miembros de la familia encargados de atender a las personas de edad pueden verse superados por esa carga (...). Dada la multiplicidad de aspectos que presentan estas cuestiones, es conveniente disponer de diversas soluciones económicamente asequibles que abarquen desde la asistencia familiar hasta la institucional. En última instancia, la participación de las personas de edad en la evaluación de sus propias necesidades y la supervisión de la prestación de los servicios es decisiva a la hora de optar por la solución más conveniente” (ONU, 2003, pág. 45).

A partir de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento del año 2002 se transmite a los Estados suscriptores la necesidad de ampliar la oferta de servicios continuos, tanto de base comunitaria (incluido el domicilio) como institucionales, entre los que las personas mayores con discapacidad o dependencia puedan elegir según sus preferencias, estilos de vida y necesidades de atención. Los objetivos de estos programas deben, en todos los casos, mantener una capacidad funcional máxima durante toda la vida y promover su participación plena en la sociedad.

La integralidad de los programas para la asistencia, los cuidados y el apoyo a personas mayores con dependencia abarca la atención de factores sanitarios, sociales y ambientales. La variedad de servicios que involucran se caracterizan por estar centrados en satisfacer las necesidades de las personas mayores con dependencia, pero trascienden la esfera individual en todas sus dimensiones y se proyectan sobre la comunidad y la sociedad en general en procura de salvaguardar simultáneamente sus derechos, su autonomía, su capacidad de decisión y su plena integración social.

La coordinación de los equipos multidisciplinarios intervinientes es exitosa cuando proporciona a los usuarios y sus familiares asesoramiento acerca de las alternativas de servicios de apoyo disponibles y ayuda a decidir acerca de las mejores elecciones individuales de acuerdo a sus necesidades y posibilidades. Para cumplir con esta cualidad, los servicios de cuidados y apoyos de largo plazo para personas con dependencia deben ser concebidos como integrados. La integralidad y la integración son dos atributos que deben poseer los servicios de largo plazo proyectados a partir de los lineamientos del Plan Internacional de Acción de Madrid:

“Ofrecer asistencia y servicios continuados, de diversas fuentes, a las personas de edad, y apoyo a las personas que prestan asistencia” (ONU, 2003, pág.46).

El Plan Internacional de Acción destaca, expresamente, la necesidad de establecer normas y mecanismos para garantizar la calidad de la asistencia formal. Las conclusiones de una investigación llevada a cabo por la OCDE en diecinueve países que llevaron a cabo reformas importantes en sus sistemas de atención para la dependencia señalan que la calidad de los servicios de largo plazo varía ampliamente entre países y al interior de cada país (OCDE, 2005). Por este motivo, no siempre la calidad de los servicios ofrecidos satisface las expectativas del público, los usuarios y sus familias. Son múltiples los ejemplos, pero las mayores quejas se concentran en la falta de adecuación de las viviendas, la pérdida de las relaciones sociales y la falta de privacidad en las instituciones de

larga estadía. Otras deficiencias observadas con frecuencia son el inadecuado tratamiento del dolor crónico y la depresión, de las escaras, o el uso no apropiado de restricciones físicas y químicas¹⁵.

La mejora de la calidad de los servicios de largo plazo para personas con dependencia es todavía una asignatura pendiente, incluso en los países pioneros en materia de reforma de sus sistemas. En el documento de la OCDE ya mencionado se sugiere que, para mejorar la calidad, debe ampliarse la medición de los indicadores de resultados a fin de evitar que los estándares se basen exclusivamente en aspectos de la infraestructura. Asimismo, se destaca que es necesario transparentar la información acerca de la calidad de los servicios y de la prevalencia de resultados adversos para fortalecer la protección de los usuarios e instalar entre los proveedores un clima de competencia por la calidad. A partir de estas recomendaciones, el análisis se detiene en los puntos siguientes.

a) La orientación de los servicios de apoyo a los adultos y adultas mayores con dependencia centrados en las personas

Los servicios de largo plazo para las personas mayores con dependencia que se diseñan tomando en consideración el enfoque de derechos están centrados en las personas. Los servicios centrados en los usuarios implican un cambio de paradigma desde los servicios organizados por profesionales o prestadores a otros que reconocen e incorporan las perspectivas individuales de los pacientes y se dirigen a facilitar el pleno ejercicio de sus derechos. En el cuadro IV.4 se detallan las principales características de los servicios organizados según el nuevo paradigma.

■ Cuadro IV.4

Características de los servicios de largo plazo para personas con dependencia, centrados en los usuarios y ajustados a derecho

Servicios de largo plazo para la dependencia, centrados en las personas y ajustados a derecho

- Acuerdan programas individualizados de cuidados.
- Promueven la participación del usuario en la elaboración del programa de servicios.
- Promueven la participación de los familiares y otras personas que apoyan informalmente en la elaboración del programa de servicios.
- Consideran los valores, la cultura, las tradiciones, las experiencias y las preferencias del usuario.
- Reconocen y apoyan las capacidades del usuario para su autocuidado y registran su consentimiento informado.
- Los usuarios y sus familiares participan en la evaluación de la calidad del servicio que se presta.
- Ante controversias de intereses, priorizan el interés de la persona con dependencia.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de For the Wellbeing and Dignity of Older people (WEDO), *Marco Europeo de Calidad de los servicios de atención a largo plazo*. Traducción no profesional realizada por FATEC, 2013.

Desde este nuevo enfoque, la organización de los servicios de largo plazo para la dependencia propone promover la autonomía de los usuarios. La promoción de la autonomía significa, en primer lugar, respetar las decisiones que sobre su vida tome la persona con dependencia, debidamente informada de las ventajas y las desventajas de cada una de las opciones disponibles. Para ello, los servicios facilitan información exhaustiva, clara y precisa, a través de la cual los usuarios y sus familiares puedan estudiar en profundidad los recursos y alternativas que mejor satisfagan sus expectativas; además, requieren el consentimiento informado de las elecciones realizadas.

En segundo lugar, es indispensable que se lleven a cabo acciones de rehabilitación y ejercitación para la máxima recuperación de la capacidad funcional perdida o para mantener la existente. Las

¹⁵ Las restricciones o sujeciones físicas son procedimientos para inmovilizar a las personas mayores mediante la aplicación de dispositivos mecánicos y suelen utilizarse para evitar caídas o accidentes. Las restricciones químicas hacen referencia a la indicación de sedantes e hipnóticos para evitar estados de excitación en pacientes con problemas de comportamiento. En la actualidad, su uso está éticamente cuestionado cuando se aplican en la vida cotidiana y solamente se utilizan por indicación médica para fines terapéuticos acotados.

prestaciones pueden ser provistas por los mismos cuidadores informales o formales entrenados al efecto o, bien, requerir la participación de profesionales de los servicios de salud especializados en el domicilio del usuario.

Es de consenso internacional que el programa individualizado sea organizado mediante el “*case manager*”, o “*care manager*”, una figura técnica que no tiene traducción acordada en el idioma español pero cuya acepción literal sería “gestor de caso” o “gestor de cuidados”, respectivamente. El gestor es un técnico especializado que tiene a su cargo la evaluación integral de la persona que necesita asistencia, incluyendo su entorno familiar y comunitario; además, ofrece información al usuario y a su familia acerca de las alternativas disponibles, ayuda en la toma de decisiones fundamentalmente a través de mediar la negociación de intereses contrapuestos y, una vez establecido el plan de apoyo o cuidado, efectúa el seguimiento periódico y responde ante emergencias. En particular, está presente en las “transiciones”, es decir, en los momentos en que se producen alteraciones en los programas de largo plazo.

b) Conceptos y definiciones

En la actualidad, los servicios de largo plazo para personas con dependencia son variados. La Organización Mundial de la Salud (OMS), los define de la siguiente manera:

“El cuidado a largo plazo es el sistema de actividades realizadas por los cuidadores informales (familia, amigos y/o vecinos) y/o profesionales (sanitarios, sociales y otros) para asegurar que una persona que no es plenamente capaz de su autocuidado pueda mantener el más alto nivel de calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana”¹⁶ (WHO, 2002, pág.6).

El rango de necesidades de cuidado puede variar desde niveles mínimos de apoyo para el desempeño de algunas actividades cotidianas hasta requerimientos de ayuda prácticamente totales para llevar adelante la vida diaria. Los lugares en los que se pueden satisfacer estas necesidades varían según las condiciones de salud, las preferencias y los valores individuales o familiares, los recursos económicos y familiares disponibles o la localización geográfica, así como la oferta pública y privada existente. En general, los sitios posibles para recibir el apoyo o los cuidados pueden ser el mismo hogar de los usuarios, entornos comunitarios, ámbitos residenciales con facilidades de asistencia o instituciones con elevada intensidad de cuidados (IOM, 2001).

Los servicios de apoyo y cuidado de largo plazo para personas mayores con dependencia que se proporcionan son presentados de manera simplificada y en orden de creciente complejidad de atención en el cuadro IV.5.

Debido a la naturaleza de sus prestaciones, los servicios de largo plazo para la dependencia se definen como servicios socio-sanitarios y comprenden un amplio espectro de actividades de ayuda para realizar las tareas domésticas en el domicilio, actividades de rehabilitación para alcanzar y mantener la máxima autonomía posible, asistencia para el cuidado personal y la atención de la salud, hasta los cuidados paliativos para asistir en el final de la vida.

¹⁶ La traducción es propia.

■ Cuadro IV.5

Servicios para adultos mayores con dependencia según el entorno de residencia por nivel de complejidad

Entorno de residencia	Servicios de apoyo
Servicios de base comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> Entorno familiar Teleasistencia y otras ayudas técnicas y tecnológicas. Servicios de ayuda en domicilio.
Servicios de media distancia	<ul style="list-style-type: none"> Centros diurnos o nocturnos. Viviendas sin asistencia.
Servicios institucionales	<ul style="list-style-type: none"> Hostales /residencias. Instituciones de larga estadía con cuidados de 24 horas.

Fuente: Elaboración propia.

Sobre la base de un marco de referencia común se pueden presentar diferencias semánticas para denominar servicios o actividades idénticos. En sentido contrario, en otras ocasiones se denominan de la misma manera acciones o prestaciones que son de distinta índole, muchas veces atribuibles a disparidades idiomáticas aunque también pueden emerger de contextos culturales disímiles. Por este motivo, es útil contar con un glosario de términos sobre el tema, tal y como puede verse en el cuadro IV.6.

■ Cuadro IV.6

Glosario de términos

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	Hacen referencia a la capacidad individual para el autocuidado. Se suelen considerar cinco funciones básicas: i) bañarse, ii) vestirse, iii) comer, iv) trasladarse y levantarse de la cama o la silla, y v) usar el baño. A veces se incluye la necesidad de asistencia para movilizarse.
Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	Estas abarcan tareas más complejas que permiten al individuo vivir de manera independiente en la comunidad. Se suelen evaluar, entre ellas, hacer las compras, manejar dinero, preparar comidas, usar el teléfono, tomar medicamentos y comunicarse verbalmente o por escrito.
Cuidados o apoyos ^a de largo plazo para la dependencia	Incluyen una amplia variedad de servicios para extender por el mayor período de tiempo la posibilidad de vivir de la manera más independiente posible a personas que tienen limitaciones permanentes.
Cuidados en instituciones de larga estadía	Alude a aquellos prestados en instituciones con veinticuatro horas de atención, que disponen de más presencia de enfermería y servicios de atención médica.
Cuidados formales	Son servicios de asistencia personal para el desempeño de las ABVD y AIVD proporcionados por asistentes profesionales a quienes se paga por su trabajo.
Cuidados informales	Son prestados por familiares, voluntarios o amigos no profesionales, y se realizan sobre la base de la solidaridad, es decir, se realizan de manera no remunerada. Se incluyen los que proporcionan cotidianamente los familiares convivientes.
Dependencia	Es la situación de personas que a causa de problemas físicos o mentales poseen limitaciones permanentes que les impiden realizar por sí mismos actividades imprescindibles para su supervivencia y necesitan el apoyo de terceros. Se evalúa a través de escalas que procuran medir los niveles de desempeño autónomo de las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD, respectivamente).
Servicios de atención de salud o sanitarios	Incluyen cuidados médicos, de enfermería, de terapia física y de otros profesionales de la salud especializados en el tratamiento de afecciones crónicas de tiempo prolongado.
Servicios de base comunitaria	Son los planes integrales de apoyo para las personas con dependencia que se desarrollan en el entorno familiar. Incluyen cuidadores formales e informales, así como clubes de personas mayores, centros diurnos o nocturnos para apoyar las actividades de estimulación y rehabilitación o facilitar el descanso de los cuidadores informales, o pequeños hogares de personas mayores o de personas con deterioro cognitivo que procuran llevar adelante estilos familiares de vida.
Servicios integrados	Aluden a aquellos donde el pasaje a través de los distintos tipos de servicios de atención debe estar cuidadosamente programado para que no existan interrupciones, o bien para que el usuario no perciba incertidumbre.
Servicios integrales	Hacen referencia a que los servicios cubren todas las dimensiones de la vida individual y el entorno familiar, y se proyectan hacia el medio comunitario para garantizar la integración social de las personas con dependencia.

Cuadro IV.6 (conclusión)

Servicios sociales	Son diversos y facilitan la vinculación de las personas con dependencia a un amplio espectro de recursos y servicios de la comunidad, prestando asistencia en problemas financieros o familiares, proporcionando actividades sociales y educacionales para la recreación y la integración, entre las actividades más utilizadas.
Tiempo prolongado	Puede variar según los distintos países o legislación, pero se acepta como tal al que excede los 90 días (tres meses) de duración. En general, se suele aceptar que los servicios que se presentan dentro de los noventa días del alta hospitalaria de internación constituyen prestaciones para la recuperación de enfermedades agudas.

Fuente: Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa (CEPE), Hacia los cuidados comunitarios de largo plazo. Informe N° 7 de Políticas sobre Envejecimiento de la CEPE, 2010; Karlsson, Martin, Tor Iversen y Henning Øien, *Scandinavian Long Term Financing*, University of Oslo, Working Paper N° 2, Oslo, 2010; Institute of Medicine (IOM), *Improving the Quality of Long Term Care*. Gooloo S. Wunderlich y Peter O. Kohler (eds.) Institute of Medicine, Washington. National Academy Press, 2001; Mass.gov, *Your Options for Financing Long-Term Care: A Massachusetts Guide*. Division of Insurance, Boston, 2009.

^a En este documento se mantiene la denominación “servicios de cuidados de largo plazo para la dependencia” debido a que es la acepción común en distintos idiomas. Sin perjuicio de ello, desde el punto de vista ético se prefiere la denominación “servicios de apoyo de largo plazo para la dependencia” porque expresa la participación central del usuario en su autocuidado. Los servicios de apoyo incluyen servicios de cuidados para los niveles severos de dependencia.

2. Propuestas para la homologación de estándares de calidad en América Latina

El foco del análisis de este informe estuvo puesto en la discusión sobre el marco de referencia que debe guiar la reforma de las prestaciones, servicios y estándares de calidad actualmente disponibles en la región para las personas adultas mayores con dependencia y revisar, a la luz de ese marco aunque de manera no exhaustiva, los programas recientemente implantados en países latinoamericanos. Se excluye, en cambio, el ineludible debate acerca de la universalización o no de los derechos referidos a la cobertura del riesgo de fragilidad y dependencia en los países latinoamericanos.

La revisión efectuada muestra que, en años recientes, varios países de la región evolucionaron hacia la programación de servicios dirigidos a las personas adultas mayores con dependencia. Se evidencia, asimismo, un giro en la orientación de los servicios y en su evaluación de calidad. Muchos de los nuevos programas están centrados en los usuarios y reconocen los derechos de las personas mayores con dependencia a recibir las prestaciones necesarias para permanecer en sus domicilios con adecuados niveles de seguridad, confort, bienestar y, además, integrados en su comunidad.

El análisis comparado de las experiencias latinoamericanas con las de los países europeos y norteamericanos pioneros en la materia destaca algunas cuestiones que deberían ser consideradas en la región como aprendizajes emergentes de las trayectorias internacionales:

a) La necesidad de organizar los servicios y prestaciones distinguiendo niveles de dependencia

La dependencia es la pérdida de autovalimiento como consecuencia de limitaciones permanentes ocasionadas por enfermedades físicas o cognitivas. Para la evaluación de su nivel se utilizan escalas de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y tests cognitivos de capacidad intelectual. Los puntajes de las escalas suelen resumirse en tres categorías: leve, moderada y severa.

Las instituciones de larga estadía para personas adultas mayores con niveles leves deben distinguirse, tanto por su estructura (relación personal/residentes; planta física) como por sus procesos y resultados, de las instituciones para niveles moderados a severos de dependencia.

Las instituciones y servicios para los niveles leves de dependencia o para personas autoválidas deben focalizarse en la promoción de autocuidado, en la integración social de los usuarios en su comunidad y en ofrecer un medio individual o colectivo de vida adecuado para el desarrollo de las capacidades individuales y grupales con el grado de asistencia que demanden sus necesidades de atención. Ofrecer mayor nivel de asistencia que el requerido implica, en primer lugar, avasallar la capacidad de las personas mayores para su autocuidado. En segundo lugar, es ineficiente porque utiliza más recursos humanos y materiales que los necesarios.

En cambio, las instituciones de larga estadía, así como los servicios de base comunitarios dirigidos a personas con niveles severos de dependencia requieren mayor dotación y especialización del personal, así como magnitud de insumos tecnológicos, que las instituciones o servicios de base comunitaria para personas con niveles leves a moderados de dependencia.

La aplicación de escalas de valoración geriátrica es condición sine qua non para la organización de los servicios. Los costos de la atención varían con el avance de la dependencia de actividades básicas de la vida diaria. Por este motivo, los subsidios económicos y las prestaciones para la dependencia tienen que basarse en el reconocimiento de las distintas gradientes.

De la misma manera, los indicadores de estructura, de proceso y de resultados deben ser diferenciales según los niveles de dependencia a los que se dirigen los servicios.

b) La transparencia en la gestión y en la evaluación de calidad de los servicios

Un tema que todavía no aparece en los países latinoamericanos es la transparencia, tanto de los costos de los programas como de los resultados de la evaluación de calidad de los prestadores. Debe señalarse, sin embargo, que el SENAMA de Chile publica las normas y datos sobre financiamiento de los servicios para la dependencia, así como los parámetros para el pago compartido en el caso de población comprendida en los tres niveles de ingresos con derecho a cobertura, lo que puede considerarse un paso en ese sentido.

La experiencia internacional muestra que en las sociedades con poblaciones envejecidas, la transparencia es un requisito indispensable para los sistemas de salud y los servicios sociales. La cobertura de servicios solamente se puede ofrecer sobre la base de la evidencia. Para producir evidencia se requiere el registro detallado de todos los procesos, el costeo minucioso de los componentes de cada servicio y la evaluación de los resultados en términos de efectividad y calidad de vida. En la actualidad, es consenso internacional que únicamente se acepta el diseño y funcionamiento de servicios basados en la evidencia.

Por otra parte, la transparencia es imprescindible para garantizar la accesibilidad de los servicios y para favorecer el ejercicio de derechos por parte de las personas mayores. Las personas de edad extrema con problemas de fragilidad y dependencia no pueden realizar trámites ni desplazarse para hacer averiguaciones. Sus cuidadores familiares, si los tienen, suelen ser también personas maduras o de edad mayor que están sobrecargadas por las responsabilidades domésticas. La transparencia de la información necesaria para acceder a los servicios, así como de las evaluaciones de calidad de los prestadores entre los que pueden elegir, es condición necesaria para la atención oportuna y contribuye a la calidad de vida de las personas mayores y sus familiares.

La transparencia es, pues, un requisito prioritario de calidad de los servicios para personas mayores con dependencia, cualquiera sea la modalidad en que se presten, que todavía no está suficientemente presente en las programaciones sobre el tema en la región.

c) La sustentabilidad de los servicios y los sistemas de información

La experiencia internacional subraya la necesidad de sustentabilidad económica de los servicios. Incluso en los países de alto desarrollo económico se advierte que los costos de los servicios de largo plazo para la dependencia pueden ser catastróficos, por lo que deben ser sustentables. En ese sentido recomiendan tener en cuenta que las evaluaciones de calidad pueden incrementar los costos de los servicios. Una medida efectiva para evaluar calidad y reducir los gastos es generar registros continuos de información clave. Se incluyen en este tipo de sistemas los registros únicos de usuarios que centralizan los expedientes individuales de los residentes en instituciones de larga estadía, asistentes a centros diurnos y usuarios de los servicios en domicilio. El registro unificado y actualizado de usuarios de servicios de largo plazo a nivel nacional, que contenga la historia personal de necesidades, prestaciones y evaluaciones de dependencia es uno de los requisitos considerados clave para la evaluación sistemática de la calidad de servicios centrados en los adultos mayores y gestionados por resultados. En el mismo sentido, se deben completar de manera continua los registros de recursos humanos y costos que se consideren pertinentes al momento de definir el contenido de un sistema nacional de información.

Por otra parte, la implantación de este tipo de sistemas de información contribuye a la transparencia y facilita el análisis comparado de eficacia y eficiencia entre prestadores, jurisdicciones y países. Asimismo, facilita la observación del principio de equidad debido a que permite observar los costos de los planes individuales de cuidado y relacionarlos con los niveles de dependencia y apoyo informal. Hasta el momento, no se observa en la región la existencia de normas dirigidas a homologar registros de usuarios ni de protocolos de atención. En cambio, en algunos países ya se regulan los registros de establecimientos. Por estos motivos, se sugiere que la implantación de los sistemas de información complejos se base en normas que tengan fuerza de ley nacional.

d) Los indicadores de resultados de calidad en las instituciones de larga estadía

Se detalló en el marco de referencia el impacto que tuvo la reglamentación del OBRA'87 en los Estados Unidos y su influencia en países de todo el mundo. Uno de los aportes más importantes de OBRA'87 fue poner su foco en las condiciones de vida de las personas mayores con dependencia moderada y severa que viven en instituciones de larga estadía. Fundamentalmente, alertó sobre las limitaciones que se imponían a su libre circulación debido a que pasaban largos períodos físicamente sujetos, o bien tranquilizados químicamente por la ingesta de psico-fármacos en un afán por controlar el "clima" interno de la institución y facilitar la tarea del personal encargado. Otras prácticas puestas en evidencia fueron la permanencia más de lo debido con sondas o pañales para garantizar la limpieza de la ropa o la planta física.

La orientación de los servicios a la máxima autonomía, incluso en personas con deterioro cognitivo, exige que el personal del establecimiento y los familiares entrenen a las personas mayores con dependencia moderada o severa para la recuperación o el mantenimiento de la capacidad máxima de sus funciones. Por este motivo, OBRA'87 impuso un conjunto de indicadores de calidad de servicios específicamente dirigidos a captar resultados adversos, tales como la tasa de residentes que tienen indicación diaria de restricciones físicas, con psico-fármacos, sondas vesicales o pañales, o las tasas de residentes encamados. La publicación de los resultados de las evaluaciones de la calidad promovió el cambio de la dinámica y el funcionamiento de las instituciones de larga estadía en Estados Unidos, Canadá y muchos países europeos.

Los indicadores de resultados de calidad en las instituciones de larga estadía ponen de manifiesto malas praxis en el funcionamiento cotidiano que pueden ser interpretadas como situaciones de maltrato o negligencia. Este tipo de indicadores deben formar parte de los sistemas de evaluación de este tipo de servicios y todavía no se evidencian en los países de la región. En particular, es necesario establecer protocolos basados en buenas prácticas para la sujeción física y química de los residentes con niveles severos de dependencia o con deterioro cognitivo. Debe destacarse que tanto la restricción física mediante la utilización de dispositivos mecánicos como la sujeción química a través de la sedación con calmantes e hipnóticos es todavía una práctica extendida en las instituciones de larga estadía de la región que, además de vulnerar derechos humanos esenciales, es la principal causa de fallecimiento de residentes cuando se producen incendios o inundaciones.

e) Los indicadores de calidad de los servicios en domicilio

La experiencia internacional destaca las dificultades inherentes a la evaluación de la calidad de los servicios en domicilio para las personas adultas mayores con dependencia. Algunos de los problemas se vinculan con la enorme dispersión territorial en la que se realizan las prestaciones, así como los múltiples actores intervinientes: asistentes formales, cuidadores informales, prestadores profesionales y accesibilidad del entorno, además de la complejidad propia de los cuidados. Por otra parte, se destaca que la adecuada evaluación de la calidad, incluyendo entrevistas a los usuarios y sus familiares, puede elevar los costos de este tipo de servicios.

La concentración de la oferta a través de empresas proveedoras de servicios integrados e integrales en domicilio es una de las estrategias utilizadas con más frecuencia en la experiencia internacional. La evaluación de agencias, con o sin fines de lucro, es más fácil de implantar que si se trata de prestadores individuales a quienes hay que supervisar en los hogares. Por otra parte, las agencias centralizan la capacitación y la formación permanente de su personal y, a través de la información cruzada que proporcionan los distintos efectores, tienen una visión permanente del desempeño de su planta en los domicilios.

Una alternativa interesante para América Latina es la programada en Ecuador. El centro de día centraliza las prestaciones en la comunidad, incluyendo el apoyo en el domicilio. Es decir, desde el centro diurno son enviados los asistentes y profesionales a los domicilios de su radio de influencia, según requiera cada caso. En este modelo prestacional, el centro de día cumple las funciones de capacitación y formación permanente del personal y es centro de referencia para monitorear el desempeño de su plantel en los domicilios. La evaluación de calidad del centro diurno facilita la labor de valoración de las actividades y resultados de calidad en los domicilios.

Hasta el momento, en los países de la región no se han diseñado sistemas de evaluación de calidad de los servicios en domicilio para personas adultas mayores con dependencia. Es necesario subrayar que tampoco se han implantado este tipo de servicios, salvo escasas excepciones. Por este motivo, es oportuno desarrollar experiencias piloto de centralización de estas prestaciones de modo de evitar la atomización individual, cuya supervisión resulta prácticamente imposible.

f) Los servicios centrados en las personas adultas mayores con dependencia

Finalmente, los servicios para las personas mayores con dependencia son, como se reiteró a lo largo de este trabajo, complejos y requieren la participación de múltiples actores formales e informales. En consecuencia, una de las características de su prestación es que frecuentemente se presentan conflictos de intereses personales.

Ante la controversia, en los servicios para la dependencia centrados en las personas adultas mayores debe anteponerse el interés y el derecho del adulto mayor por ser quien está en situación de vulnerabilidad.

Un antecedente de importancia en la región es el ya citado Decreto Supremo 009-2010-MIMDES de Perú, que lo explicita en las consideraciones especiales. La negociación entre todas las partes intervinientes forma parte de la buena práctica en materia de servicios de largo plazo para personas mayores. Sin perjuicio de ello, ante conflictos de intereses o controversias se debe privilegiar el interés y el deseo de la persona adulta mayor frágil o con dependencia, pues es quien puede ser avasallada en el derecho inalienable de controlar su vida. Este principio debe ser replicado en todas las normas y legislaciones sobre el tema en los países de la región.

Los Estados tienen el deber de garantizar los derechos humanos de las personas mayores. El establecimiento de normas de calidad y la definición de estándares que aseguren su cumplimiento es parte de sus funciones ineludibles. La implantación de sistemas de calidad de los servicios públicos y privados que se dirigen a la atención de las personas adultas mayores constituye todavía un desafío para los países de la región.

Fuente S. Huenchuan (2013), *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe: La hora de avanzar hacia la igualdad*; Cap. IV, pp. 88-91.

G. 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).

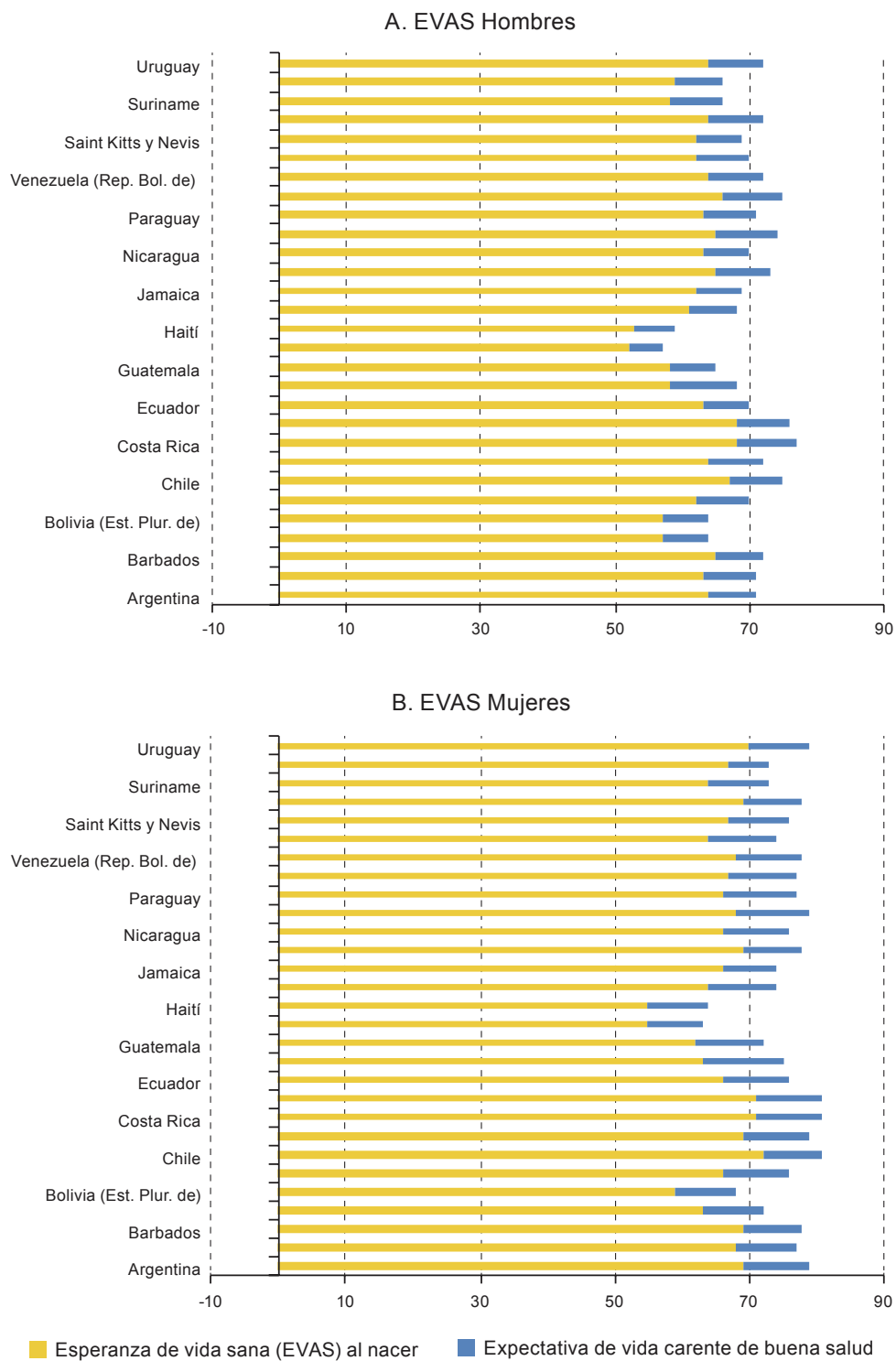
1. Esperanza de vida sana

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.

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.11 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.

■ **Gráfico IV.11**

América latina y el caribe: esperanza de vida al nacer, por sexo, 2007^a



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

^a 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.

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).

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).

Fuente A. Flores-Castillo (2012), *Cuidado y subjetividad: una mirada a la atención domiciliaria*, III, pp. 27-42.

H. Las aristas del cuidado

La economía del cuidado propuso inicialmente una definición productivista del mismo que después ha sido modificada por otros autores para incluir el cuidado dirigido a poblaciones “no-productivas”. Aun así, esta nueva definición requiere ser complementada por la de otras disciplinas que privilegian el cuidado de sí mismo con respecto al ajeno, atendiendo en ambos casos la dimensión emocional. En esta parte se realizarán, en primer lugar, algunas consideraciones sobre la perspectiva económica del cuidado; en segundo lugar, se hará una propuesta desde la perspectiva del psicoanálisis y de la filosofía. Posteriormente se analizará el cuidado desde la perspectiva de quien lo recibe y de quien lo proporciona.

1. El cuidado desde la perspectiva económica

La economía del cuidado ha sido asociada a la provisión de bienes, servicios, tiempo y transferencias monetarias realizados por tres agentes (el Estado, el sector privado y las familias) para resolver las necesidades que permitan el desarrollo y mantenimiento de la fuerza de trabajo (CEPAL, 2010b). En ese sentido, estudia la provisión de servicios remunerados (salud, educación, mantenimiento del hogar y guarderías) y no remunerados (el trabajo doméstico).

La economía política del cuidado, por su parte, se ocupa de teorizar acerca del cuidado. Su origen se remonta a los años 70 (Esquivel, 2011). Inicialmente se analizó el trabajo doméstico como requerimiento para el funcionamiento del capitalismo. Más adelante, se analizó el cuidado (que va más allá del trabajo doméstico abordado en los años 70) a las parejas y a los hijos en tanto factor trabajo del sistema económico. Esta definición tiene un sesgo productivista. Se observa entonces que el concepto de cuidado aún no ha sido bien delimitado. Sin embargo, como es a partir de estas teorizaciones que la economía del cuidado realiza sus análisis y propuestas de política económica, su definición no es un asunto menor.

Más recientemente, diversos autores han hecho propuestas de definición más incluyentes. Así, se dice que el cuidado también se ocupa “del desarrollo y mantenimiento del tejido social” (Salvador, 2007) de las “personas” (Rodríguez Enríquez, 2005) o de los “seres humanos” (Lamaute-Brisson, 2011), lo que permite incorporar, como parte de los destinatarios de cuidado a grupos de la población que no participan en la reproducción económica. Nancy Folbre, economista feminista estadounidense señala: “Los padres no sólo están criando niños adorables. También están produciendo pequeñas unidades de capital humano que crecerán, tendrán empleo... [Pero] hay límites a la metáfora del “capital humano”...Sostengo que deberíamos enfatizar el desarrollo de las capacidades humanas como un fin en sí mismo y pensar en gastar en los dependientes como una forma de ‘compromiso’ más que de ‘inversión’ (Nancy, 2011, págs 324–325).

Estas definiciones coinciden con la planteada por Fisher y Tronto en 1990 (quienes lo definieron como la “actividad que incluye todo lo que hacemos para mantener, perpetuar y reparar nuestro ‘mundo’ para que podamos vivir en él tan bien como sea posible”), en el sentido de que son más incluyentes que aquéllas que ponen el énfasis en las actividades realizadas para la reproducción de la fuerza de trabajo (Fisher y Tronto, 1990). Tronto, sin dejar de insistir en la necesidad de abandonar este sesgo productivista y en poner al cuidado “en el centro mismo de la vida humana” para atender las “necesidades físicas, emocionales y de relacionamiento de los seres humanos”, ante lo que se conoce como la “crisis mundial del cuidado”, propone “definir un ‘antiparadigma’ que coloque el cuidado del bienestar propio y el de otras personas en el centro de la existencia humana” (J. Tronto, 2009). En esta propuesta se añaden explícitamente dos elementos: en primer lugar, el cuidado

del bienestar propio; en segundo lugar, la anteposición del cuidado propio con respecto al ajeno (sin dejar de considerar, en ambos casos, la dimensión afectiva y los aspectos relacionales). Esta propuesta coincide con la conceptualización del cuidado a partir de disciplinas como el psicoanálisis o la filosofía, que se verá en la siguiente sección.

Sin embargo, antes de entrar a ella, vale la pena señalar que la economía política del cuidado se ha ocupado, entre otras cuestiones, del análisis de los costos para las mujeres del trabajo no remunerado que realizan. Entre ellos se consideran los de tiempo (falta de tiempo libre o de ocio), energía e ingresos no percibidos *por falta de tiempo para acceder a un empleo*. Ante la desigualdad en el uso del tiempo y los costos que acarrea el envejecimiento de la población y su consecuente aumento en la discapacidad y en las necesidades de cuidado, se hace evidente la presión que significará para las mujeres esta problemática si no se modifica la manera de responder ante ella. Además de lo anterior, la economía política del cuidado se está interrogando sobre las repercusiones que tiene para las mujeres, no sólo el trabajo no remunerado anteriormente mencionado (el de cuidar al factor trabajo), sino también el destinado al cuidado de las poblaciones de personas mayores, con discapacidad y con enfermedades graves, trabajo al que se le pone el calificativo de “sucio” en varios sentidos, uno de los cuales tiene que ver con ser mucho y mal pagado (Molinier, Gaignard y Dujarier, 2010); (Razavi y Staab, 2010).

2. El cuidado desde la perspectiva psicoanalítica y filosófica

El término “cuidado”, en su acepción antigua remite a inquietarse, preocuparse (de *Cogitatus*, pensamiento, participio de *cogitare*. De *co*, cabalmente y *agitare*, agitar, inquietarse, ocuparse mentalmente de, considerar. Preocupación o pensamiento que inquieta) (Silva, 1998). En su acepción moderna, se refiere a la ocupación del bienestar de alguien (o algo), atención, solicitud, esmero, protección, precaución, preocupación, recelo, inquietud (Robert, 1979). Es decir, etimológicamente se relaciona con pensar, cuidar, cura y curar. El cuidado, en tanto pensar, está relacionado con inquietud, como lo señala Gómez de Silva. En el mismo sentido, Foucault señala que los antecedentes del cuidado se remontan a la antigüedad griega y romana, cuando se distinguía la inquietud por sí mismo¹⁷ del cuidado de sí mismo (Foucault, 2001).

Considerar la noción de cuidado desde diversas disciplinas requiere deslindar el estatuto epistemológico (su manera de generar conocimiento) de las mismas. Es decir, es necesario distinguir los métodos de conocimiento de cada disciplina que lo aborda y aceptar sus respectivos alcances. En este sentido, pensar por ejemplo que la física es un paradigma de carácter absoluto, se convierte en un obstáculo serio. Stephen Hawking, en su último libro de divulgación científica, realizado en colaboración con Mlodinow, plantea que todo, incluso el comportamiento humano, está determinado por las leyes de la naturaleza, y por lo tanto el individuo no tiene capacidad de elección, es decir, el libre albedrío no existe¹⁸. Sostiene que como un individuo está compuesto por “miles de trillones de trillones de moléculas”, realizar un modelo que explique su comportamiento llevaría una gran cantidad de tiempo, pues habría que conocer el estado inicial de cada una de ellas así como sus interacciones, para saber cuál fue el cambio inicial (la liberación de una molécula de un neurotransmisor, por ejemplo)

¹⁷ “epimeleia heautau”.

¹⁸ *It is hard to imagine how free will can operate if our behavior is determined by physical law, so it seems that we are no more than biological machines and that free will is just an illusion. [...] Because it is so impractical to use the underlying physical laws to predict human behavior, we adopt what is called an effective theory [which] is a framework created to model certain observed phenomena without describing in detail all of the underlying processes. [...] In the case of people, since we can not solve the equations that determine our behavior, we use the effective theory that people have free will. The study of our will, and of the behavior that arises from it, is the science of psychology. Economics is also an effective theory, based on the notion of free will plus the assumption that people evaluate their possible alternative courses of action and choose the best. That effective theory is only moderately successful in predicting behavior because, as we all know, decisions are often not rational or are based on a defective analysis of the consequences of the choice. That is why the world is in such a mess.* (Hawking y Mlodinow, 2010).

que desencadenó el de todas las demás logrando así una modificación en el comportamiento. Según estos autores, esta es la razón por la que se han desarrollado “Teorías efectivas” como la psicología y la economía para explicarlo. Estas teorías son “marcos creados para modelar ciertos fenómenos observados sin describir en detalle todos los procesos subyacentes” (Hawking y Mlodinow, 2010)¹⁹. El problema de este planteamiento es que si todo lo que los seres humanos son o hacen se explica por las leyes de la naturaleza, entonces ni son libres, ni responsables de sus actos.

Las aportaciones prácticas de la ciencia en el terreno del dominio, del intento por explicar todo aquello que cabe en sus categorías y en sus leyes son indiscutibles, pero hay algo de las vidas de los individuos humanos que está más allá de sus explicaciones, entre otras cosas, la dimensión emocional. Lo que escapa a la mirada de la física, por ejemplo, es la situación concreta del individuo, su abandono y su desvalimiento. Se usa la expresión “individuo humano” porque se quiere subrayar que el cuidado tiene que ver con seres únicos, irrepetibles e insustituibles, con cada uno de los seres humanos, puesto que quien requiere cuidado es un ser temporal, finito y mortal –este ser humano concreto que es, en cada caso, cada uno-, que se debate entre asumir su desvalimiento o negarlo.

El individuo humano es entonces incomprensible sin la noción de cuidado. Es justamente debido a sus necesidades de cuidado que tiene que crearse un medio artificial para sobrevivir, y ese medio es la cultura. Por ello se dice del individuo que no es natural, sino cultural: Vive en sociedad, en primer lugar, para dominar las fuerzas de la naturaleza exterior y, en segundo lugar, para dominar las de la naturaleza interior: “La cultura humana [...] muestra al observador, según es notorio, dos aspectos. Por un lado, abarca todo el saber y poder-hacer que los hombres han adquirido para gobernar las fuerzas de la naturaleza y arrancarle bienes que satisfagan sus necesidades; por el otro, comprende todas las normas necesarias para regular los vínculos recíprocos entre los hombres...” (Freud, 1927, pág 6). Así es como surge la moral, disciplina deontológica (del deber ser), y que por lo tanto implica el sometimiento a las normas, a las costumbres y en ese sentido es heterónoma, es decir, viene impuesta desde fuera. El hombre, para controlar sus impulsos y regular su relación con los otros requiere de normas que dan origen, posteriormente a las leyes. El cuidado, desde el psicoanálisis, surge para defenderse de lo amenazante externo e interno, para hacer un vínculo social que permita enfrentarlo.

Heidegger, para mostrar la importancia del cuidado buscó un fundamento en una fábula que remite a los mitos, a los símbolos. Es la de Cura, debida a Higino, autor hispano romano del siglo I a.C. En ella se muestra al hombre (término proveniente de humus, tierra) inseparable de Cura desde su nacimiento hasta su muerte. De tal suerte que la cura no le es algo contingente, prescindible, sino necesario:

La siguiente autointerpretación del «ser ahí» como «cura» está sedimentada en una vieja fábula:

«Una vez llegó Cura a un río y vio terrones de arcilla. Cavilando, cogió un trozo y empezó a modelarlo. Mientras piensa para sí qué había hecho, se acerca Júpiter. Cura le pide que infunda espíritu al modelado trozo de arcilla. Júpiter se lo concede con gusto. Pero al querer Cura poner su nombre a su obra, Júpiter se lo prohibió, diciendo que debía dársele el suyo. Mientras Cura y Júpiter litigaban sobre el nombre, se levantó la Tierra (Tellus) y pidió que se le pusiera a la obra su nombre, puesto que ella era quien había dado para la misma un trozo de su cuerpo. Los litigantes escogieron por juez a Saturno. Y Saturno les dio la siguiente sentencia evidentemente justa: Tú, Júpiter, por haber puesto el espíritu, lo recibirás a su muerte; tú, Tierra, por haber ofrecido el cuerpo, recibirás el cuerpo. Pero por haber sido Cura quien primero dio forma a este ser, que mientras viva lo posea Cura. Y en cuanto al litigio sobre el nombre, que se llame homo, puesto que está hecho de humus (tierra)».

¹⁹ Llama la atención que la vida misma de Hawking contradice su planteamiento, pues detrás de su enfermedad, seriamente discapacitante, hay un individuo con un desarrollo intelectual y profesional extraordinario, poco común.

Este testimonio [...] cobra una especial significación por el hecho de que no sólo ve en la «cura» aquello a que está entregado el «ser ahí» humano «durante su vida», sino que esta primacía de la «cura» aparece en conexión con la conocida concepción del hombre como el compuesto de cuerpo (tierra) y espíritu. [...]: este ente tiene el «origen» de su ser en la cura. [...]: el ente no es abandonado por este origen, sino retenido, dominado por él mientras [...] «es en el mundo». El «ser en el mundo» tiene el sello «entiforme» de la «cura». Su nombre (homo) lo recibe [...] no de su ser, sino de aquello de que está hecho (humus). En qué se haya de ver el ser «original» de esta obra, lo dice la sentencia de Saturno: en el «tiempo». (Heidegger, 1927).

Así, el cuidado se construye en torno al concepto de desvalimiento, de desamparo que, desde el inicio, remite a una experiencia de total impotencia vinculada a la prematuración del nacimiento. El desamparo hace necesaria la presencia de alguien que cuide, ya sea en la infancia, la niñez, la adultez o la vejez. El cuidado aparece entonces como responsabilidad de otros: los médicos se ocupan de la salud física y los sacerdotes o curas se encargan de la salud espiritual o salvación (palabra que significa “salud”), con las consecuencias sociales que de ello se han desprendido, pues el individuo deja de cuidarse a sí mismo para que otros lo cuiden. No hay entonces incentivos para cuidarse, pues se cree que el futuro físico y espiritual está garantizado. De manera que están puestos los fundamentos para dejar de ocuparse de sí y transmitir la responsabilidad a otro: el cuidado es entonces lo que hace vínculo social.

Por otro lado, y a pesar de la tendencia a dejar el cuidado en las manos del otro, la idea de inquietud y cuidado de sí, tanto a nivel físico como espiritual, ha estado presente desde la antigüedad y tomó fuerza con la Reforma Protestante. La escisión de la Iglesia Católica en el Concilio de Trento (1545) se origina en dos posturas: la católica, que subraya la necesidad de un mediador entre Dios y los hombres, y la protestante, que enfatiza la relación directa con Dios y la libre interpretación de la Biblia. La traducción de ésta a las lenguas vernáculas permitió la lectura de pasajes que hacen énfasis en la importancia del cuidado de sí, como el del cuerpo por ser “templo del Espíritu Santo” (Pablo, s/f) o bien como el del nuevo mandamiento que establece como vara del cuidado (amor) al otro, el cuidado por sí mismo (Amarás a tu prójimo como a ti mismo). Entonces, además del cuidado del otro es necesario el cuidado de sí mismo. Freud y Heidegger, entre otros, subrayaron la importancia de la cura de sí mismo, en tanto que una cura por otro es el origen de la alienación o del sometimiento (Freud, 1895); (Heidegger, 1927); (Thomas, 1993).

La noción de cuidado que generalmente se tiene es la de una acción que viene de fuera y que idealmente es curativa, paliativa, liberadora. Es una acción realizada por otro en quien se deposita el saber, ya sea en el terreno físico (del cuerpo), psíquico (de los afectos o emociones y de la cognición) o espiritual (del alma). De quien recibe el cuidado -ya sea por parte de un médico, un psicólogo o un ministro religioso-, se espera una actitud pasiva: dejarse cuidar, seguir las prescripciones de quienes saben. Se olvida que el cuidado, tanto en su acepción de inquietud (preocupación o pensamiento que inquieta) como en la de ocupación del bienestar de alguien, requiere de una postura activa de quien es cuidado. En la medida en la que éste se hace cargo de sí mismo, se inquieta por sí mismo, se preocupa y se ocupa de su propio bienestar, logrará transitar de la dependencia a la autonomía. (Soberón Moreno y Zarco Neri, 2011).

Se trata, como dice Tronto, de colocar “el cuidado del bienestar propio y el de otras personas en el centro de la existencia humana”. De manera que el cuidado es una actividad para enfrentar las fuerzas de la naturaleza internas y externas: se cuida para vivir y para que el otro viva, para mantenerse y mantener activo, para tener calidad de vida y de muerte, para disfrutar y compartir, para evitar la soledad propia y ajena; para hacer límite al dolor; para ser con el otro, para tener un lugar y para que el otro lo tenga, en suma, para hacer vínculo social.

Se pasa entonces de “la habilitación de la población para el trabajo asalariado o independiente y... la regulación de la fuerza laboral para la actividad económica.” (CEPAL, 2010b), es decir, del cuidado del homo economicus²⁰, al cuidado de todos los individuos, incluyendo aquéllos que fueron productivos y dejaron de serlo (como los jubilados), o bien que nunca lo fueron por estar fuera del circuito económico formal (como los empleados informales, las amas de casa, los subempleados y las personas con discapacidad o enfermedad grave). Se trata entonces, de considerar el cuidado como un derecho a ser ejercido desde dos posiciones: para cuidar y para ser cuidado ((Pautassi, 2008).

Sin embargo, estas poblaciones tienen en común que están atravesando por pérdidas importantes: de roles (en el caso de la jubilación), de funciones (en casos de pérdidas de algún miembro o de algunas enfermedades), de la salud (en el caso de los enfermos graves) o de la vida (en el caso de enfermos terminales). Como toda pérdida genera un duelo (palabra de origen latino que significa dolor), quienes se ocupan del cuidado de estas poblaciones, además de realizar los trabajos propios del cuidado (y en muchas ocasiones continuar con el trabajo fuera y dentro de casa), están en contacto con individuos en proceso de duelo como consecuencia de lo que han perdido. Es decir, se trata de un cuidado más demandante desde el punto de vista emocional que el de niños y adultos sanos. En este caso hay un futuro prometedor, mientras que en aquél el futuro es incierto, lo que produce alteraciones emocionales, tanto en quienes reciben el cuidado como en quienes lo prodigan. En el siguiente apartado se verá cuáles son las principales características del duelo para entender por qué los cuidadores de estas poblaciones son más exigidos emocionalmente y se encuentran en riesgo de alteraciones mentales.

3. El cuidado desde la perspectiva de quien lo recibe

De entre las pérdidas que se pueden sufrir, la más trágica es la de la vida. Quizá por ello la literatura especializada en duelo se ha enfocado fundamentalmente en los procesos que ocurren a los sobrevivientes después de la muerte de un ser querido. Sin embargo, llama la atención que tanto la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS como el Manual Estadístico de Desórdenes Mentales DSM-IV de la APA, otorguen un lugar menor al mismo (Véase Recuadro IV.2: El duelo en la CIEM-10 y en el DSM-IV). En virtud de que se ha encontrado que los procesos de duelo por fallecimiento son similares a los de otro tipo de pérdidas, se expondrá a continuación el proceso de duelo que ocurre a una persona con enfermedad terminal.

Para Freud el duelo es una “reacción ante la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (Freud, 1915). Esta pérdida puede ser por fallecimiento o por alguna otra causa: “El objeto²¹ tal vez no está realmente muerto, pero se perdió como objeto de amor (p. ej., el caso de una novia abandonada).” El duelo tiene varias características: durante él hay una disminución del interés por el mundo exterior, de la capacidad de amar y de la productividad. Se trata de una reacción normal: “a pesar de que el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida, nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico ni remitirlo al médico para su tratamiento. Confiamos en que pasado cierto tiempo se lo superará, y juzgamos inoportuno y aun dañino perturbarlo” (Freud, 1915). Para recuperar las habilidades afectadas, el doliente requiere realizar el “trabajo de duelo”, que consiste en cortar los vínculos afectivos con la persona amada, es decir, en reconocer, en aceptar “en lo psíquico” que esa persona ya no está, para dirigir la energía a otras actividades y a otras personas, lo cual se logra

²⁰ Es decir, del hombre que maximiza sus utilidades. El premio Nobel de economía en 2002, fue entregado a Khaneman por demostrar que el hombre económico no existe, que no maximiza su función de utilidad, que es altruista, lo que List mostrará posteriormente es una conclusión equivocada de un experimento sesgado (Levitt y Dubner, 2010).

²¹ Por “objeto” se entiende aquí una persona. La razón para esta utilización tiene que ver con la teoría de la pulsión en Freud, fundamento de toda su obra, por lo que escapa al objetivo de esta investigación. El lector interesado podrá consultar Pulsiones y Destinos de Pulsión (1915).

expresando lo que está sintiendo, verbalizándolo, hablándolo²². Cuando esta labor se posterga por mucho tiempo, entonces el individuo cae en un duelo patológico que, de prolongarse, puede dar origen a una melancolía, especie de depresión aguda en la que es imposible recuperar el sentido de la vida, llegando a desembocar en suicidio. En la melancolía lo que ocurre es que el sujeto se identifica con el objeto perdido, y todo el enojo que tiene contra el objeto por haberlo abandonado, lo vuelca contra sí mismo. Por ello es tan importante atender los duelos, pues pueden conducir a la depresión y ésta a su vez puede desembocar en suicidio. El trabajo de duelo es entonces un intento de hacer un registro para que se acepte la pérdida y a la vez se le dé un lugar en otra dimensión, para que el sujeto “suelte” al objeto perdido, lo deje ir y pueda continuar con su propia vida.

■ Recuadro IV.2

La duración del duelo en el DSM-IV y la ICD-10

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta versión (DSM-IV por sus siglas en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), realizado por la Asociación Psiquiátrica Americana, dedica menos de media página al duelo. Además, sólo acepta como tal el ocasionado por la pérdida de un ser querido y considera que su duración “normal” es de dos meses, después de la cual se diagnostica un episodio depresivo mayor: “La duración y expresión de un duelo ‘normal’ varía considerablemente entre diferentes grupos culturales. El diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor generalmente no se da a menos que los síntomas estén presentes dos meses después de la pérdida.” (traducción libre).

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (ICD-10 por sus siglas en inglés, *International Classification of Diseases*), en su capítulo dedicado a los trastornos mentales y del comportamiento (*International Classification of Mental and Behavioural Disorders*), sistema internacional propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que la duración normal de un duelo por la desaparición o pérdida de un familiar es de seis meses. Si dura más, entonces se clasifica como uno de los trastornos de ajuste, la “Reacción depresiva prolongada” (OMS, 1992).

En 1969 la Dra. Elisabeth Kübler-Ross, médico psiquiatra, publicó su primer libro producto del trabajo con personas que presentaban enfermedades en etapa terminal. Su modelo, basado en cinco fases (negación, enojo, negociación, depresión y aceptación), se ha convertido en un clásico de la literatura sobre el trabajo con personas con enfermedades en etapa terminal (Kübler-Ross, 1969), aunque también se ha extendido para el trabajo con personas que sufren otro tipo de pérdidas. Sus ideas han sido retomadas, en mayor o menor medida, por quienes trabajan el duelo. A pesar de que insistió en que se trataba de fases que no se recorrían de manera lineal, esa ha sido la principal crítica que ha recibido su modelo (Worden, 2009). A continuación se presentan las fases que planteó, introduciendo ideas propias surgidas de la experiencia del trabajo de campo en la atención psicológica domiciliar con personas mayores, con discapacidad o con enfermedades terminales durante 2008, 2009 y el primer semestre de 2010.

La primera fase es la de negación y aislamiento. Se expresa en la reacción del paciente ante la noticia de una pérdida importante, como una pérdida de la salud por una enfermedad Terminal en la expresión: “No, no a mí, no puede ser verdad.” Freud llamó a este proceso “extrañamiento”: en la “Carta a Romain Rolland (una perturbación del recuerdo en la Acrópolis)” habla del extrañamiento como una experiencia que se capta con los sentidos pero no puede creerse: “... a modo de conclusión, que toda esa situación psíquica de apariencias confusa y difícil de exponer se resuelve de manera fluida mediante el supuesto de que sobre la Acrópolis yo tuve –o pude tener– por un lapso este sentimiento: ‘*Lo que veo ahí no es efectivamente real*’. Se llama a esto un ‘*sentimiento de enajenación*’. [‘*Entfremdungsgefühl*!'] y agrega que los fenómenos de enajenación sirven a la defensa, para mantener algo alejado del yo. “Para mi propósito me bastará tomar dos caracteres universales de los fenómenos de enajenación. El primero es que todos sirven a la defensa, quieren mantener

²² El reconocimiento a nivel cognitivo no presenta problema en la mayoría de los decesos, pues se vio el cuerpo, se le enterró o se le cremó. En los casos en los que el cuerpo no es hallado, aumenta la probabilidad de que ocurra un duelo patológico.

algo alejado del yo, desmentirlo” (Freud, 1936). Por eso es frecuente observar a quienes reciben la noticia de que tienen una enfermedad en fase terminal, cambiando de médico constantemente (porque piensan que los anteriores hicieron un diagnóstico equivocado) o bien recurriendo a todo tipo de medicina alternativa. Kübler Ross considera que el cuidador sólo podrá ayudar a la persona que cuida en la medida en la que haya trabajado sobre su propia muerte y examinado sus propias reacciones al estar con este tipo de pacientes.

Cuando la negación no se puede sostener, es remplazada por sentimientos de enojo, rabia, envidia y resentimiento, en particular hacia el equipo de salud y los familiares, lo que hace que sea difícil para los cuidadores acompañar en esta etapa. Iván Illich, protagonista de la novela de Leon Tolstoi intitulada *La muerte de Iván Illich*, expresa su furia con el resto de su familia pues la salud de ellos le ofende (Tolstoi, 2008). La labor del cuidador es permitir que la persona en duelo exprese el enojo (eventualmente facilitar que lo haga) y evitar “engancharse” con las agresiones que recibe. La preparación psicológica de los cuidadores es importante, pues han de saber que serán objeto de un enojo o de demandas que no van dirigidos a ellos. Es decir, tienen que evitar tomarlas como algo personal, pues en realidad está siendo el blanco de agresiones que van dirigidas a otros; el cuidador es el pretexto para que la persona en duelo pueda expresarse y por lo tanto requiere preguntarse de dónde viene todo el enojo. En general, si se escucha al doliente, se tranquilizará. Lo anterior se logra no obturando su desesperación mediante comentarios que podrían crear falsas esperanzas, sino permitiendo que la verbalice, es decir, que le dé forma al expresarla. La idea de la intervención es generar un espacio para “decirlo todo” y así evitar que sea actuado, lo cual requiere ser receptivo, respetuoso, evitar ponerse defensivos, escuchar y aceptar el enojo irracional. Worden, quien recoje planteamientos, entre otros, de Freud y Kübler-Ross, propone un modelo de cuatro tareas²³ entre las que recomienda, como parte de las intervenciones del consejero o del terapeuta, que se hagan preguntas a la persona en duelo para ayudarles a expresar el enojo. En el caso de duelos por la pérdida de un ser querido, el enojo del doliente posibilita la solución, porque esa fuerza, esa energía destructiva, es la que permite cortar los lazos afectivos con el fallecido. Al igual que en los casos de pérdida de la salud, el enojo es irracional y se trata de una desvinculación afectiva más que cognitiva. La pérdida del otro es inicialmente dolorosa, triste. Pero en el fondo hay enojo: “¿Por qué me dejó?” El enojo queda obturado por la pena y /o la culpa. Por eso es importante que se exprese la rabia. Así, el cuidado significa convivir con el duelo, de ahí la importancia de trabajarlo, pues ya se mencionó más arriba el riesgo de destruirse a sí mismo a través del traslado del enojo contra la persona perdida, al enojo contra sí mismo.

En la fase de negociación, la persona que está pasando por una pérdida, de la salud (como en una enfermedad en etapa terminal) o de un miembro (por amputación), busca llegar a un acuerdo con un ser superior para posponer lo inevitable. En el primer caso puede ser que esté insatisfecha con su vida y quiera más tiempo para terminar lo que quedó pendiente: “Mi vida ha sido lo que no debía ser”; “lo que has vivido y sigues viviendo es mentira” (Tolstoi, 2008). Promete algo a un ser superior a cambio de que lo deje vivir más tiempo para presenciar algún evento en particular o de que pueda mantener el miembro en peligro. Desde el punto de vista psicológico estas promesas parecen estar asociadas, por un lado a la omnipotencia (pues quien pide, supone que el otro tiene el poder de prolongarle la vida) y, por otro, a haber fallado, a no haber hecho aquello que se tenía que realizar a lo largo de la vida: “Se percata [Iván Illich] de que su vida no fue ‘como debiera haber sido’ (p. 95) pero que aún lo puede corregir” (Flores-Castillo, 2009). El doliente promete y se promete cumplir a cambio de un poco más de tiempo. Esta fase es menos evidente en otros tipos de pérdida, pero también está presente. Un ejemplo son las “mandas” y “juramentos” que personas católicas con

²³ En su libro, que es un clásico de la consejería y terapia de duelo, Worden plantea cuatro tareas que el doliente ha de realizar para transitar de manera menos tortuosa por el proceso que ocurre después de la muerte de un ser querido: I. Aceptar la realidad de la pérdida; II. Procesar el dolor; III. Ajustarse a un mundo sin el fallecido; IV. Encontrar una relación duradera con el fallecido mientras se embarca en una nueva vida. El objetivo del consejero o terapeuta es ayudar a los pacientes a realizar cada una de estas tareas.

adicción al alcohol hacen a la Virgen en México: se usa la expresión “Fui a jurar” haciendo referencia a haber ido a prometer a la Virgen que no ingeriría más alcohol durante un tiempo determinado.

En la fase de depresión empieza el reconocimiento de lo que significa la disminución de la salud la pérdida en cuestión) y la proximidad de la muerte, la carga financiera que implica el tratamiento así como el desempleo. Son momentos de preparación para la separación definitiva, en los que suele haber culpa o vergüenza irracionales y en los que las palabras de ánimo carecen de significado e incluso pueden producir enojo. Por ello es necesario nuevamente que los cuidadores sepan esto. La escucha, en estos momentos, es todavía más importante. En Iván Illich esto se ve en el capítulo 12, en el que se dice que “tuvo lástima de su hijo y de su esposa. Intenta pedir perdón a ésta, pero emite otra palabra (‘perdido’). Carece de fuerzas para corregir pero sabe que ‘Aquel cuya comprensión era necesaria lo comprendería’” (Flores-Castillo, 2009). Se trata de permitir a la persona que recibe cuidados expresar lo que significa la pérdida para poder llegar a una etapa de aceptación. Es una depresión contingente (es decir, que puede dejar de ser) y benéfica para el paciente. Al mismo tiempo es también una depresión necesaria en cuanto a que tiene que ocurrir para que el individuo pueda sentirse mejor, para que pueda asumir la condición de estar sujeto a la finitud y a la imposibilidad en un doble sentido: la de ser eterno y la de satisfacer la demanda del otro.

Puede también tratarse del proceso descrito por Freud como melancolía: dolor profundo, pérdida de interés por el mundo exterior, empobrecimiento del yo como consecuencia de procesos inconscientes que eventualmente conducen al sujeto a buscar el autocastigo (Freud, 1915).

El individuo es visto -tanto por él mismo como por quienes le cuidan, como un cuerpo doliente, lo cual implica una des-subjetivación: Expresiones como “sidoso”, “moribundo”, “diabético”, “hipertenso”, etc. ponen el acento en la enfermedad, y el individuo desaparece detrás de ella. La cita de Godyer es ilustrativa:

Nunca había estado tan consciente de los cuerpos de las personas como cuando empecé a trabajar en asilos [“nursing homes”]. Los pacientes, especialmente aquéllos con demencias como la Enfermedad de Alzheimer, eran frecuentemente manipulados sin ninguna conciencia consideración de su yo [selfness], como si fueran sólo cuerpos y nada más. [...]. Muchos ... rehusaban moverse o ayudar de cualquier forma, incluso cuando podían hacerlo. Rehusándose también a hablar, estos pacientes empezaron a parecer pesados trozos de carne... (Fine, 2011, pág 251)²⁴.

Es interesante observar cómo se van constituyendo este procesos de tal forma que es un reto revertir la des-subjetivación que afecta tanto a los cuidadores familiares como profesionales.: facilitar, en la medida de lo posible, a quien está enfermo y a quienes lo cuidan, que recuperen o adquieran la subjetividad que han ido perdiendo como consecuencia del miedo, la angustia y el dolor, es un proceso que se logra a través de la verbalización, del discurso que construyen para explicar lo que les ocurre.

La aceptación, que no debe confundirse con una etapa de alegría, remite a momentos en los que parece que el dolor se ha ido, que la lucha terminó y que lo que sigue es “el descanso final antes de la larga jornada” (Kübler-Ross, 1969). “Lo que le [a Iván Illich] había estado sujetando [a la vida], le soltaba. La conciencia del dolor y el temor a la muerte desaparecen. En lugar de la muerte había una luz, lo cual le genera gran alegría. ‘Este es el fin de la muerte –se dijo-. La muerte ya no existe.’ (p.97)” (Flores-Castillo, 2009). Un adulto mayor relató:

Mi tío materno, que fue como un segundo padre, sólo pudo morir después de un accidente vascular que lo tuvo inmovilizado por largos meses. No podía hablar bien, decía una cosa

²⁴ Traducción libre.

por otra, habiendo sido él actor y maestro de teatro, hasta que le leí de corrido, en compañía de mis hijos, *Muerte sin fin* de José Gorostiza. (Zarco, 2011a).

En esta etapa la familia requiere de mayor apoyo, aunque la necesidad más importante del doliente es poder vivir hasta el final con dignidad. Esto no siempre es posible. Se logra parcialmente en la medida en la que se le haya permitido expresar con anterioridad su enojo, sus miedos y fantasías, a alguien dispuesto a escucharlo. La presencia de ese otro que escuche es importante en estos momentos y la claridad con respecto a ciertas dimensiones de la muerte ayuda en la toma de decisiones de esta etapa (Véase recuadro IV.3: Las dimensiones de la muerte y el cuidado).

■ Recuadro IV.3

Las dimensiones de la muerte y el cuidado

La dimensión filosófica de la muerte remite a ésta como aquello que permite al hombre tener conciencia de que existe y de que va a morir, como lo muestra la práctica de los entierros, pues el hombre, desde que tuvo conciencia de sí, empezó a llevar a cabo ritos funerarios (Muroyama y Hirno, 2003). Es el único de los vivientes que realiza dichos actos como consecuencia de la vivencia de desamparo, de desvalimiento, de quedar perdidos ante el universo. El rito funerario es una ilusión de explicación. Pretende dar cuenta de algo inexplicable. Es un intento por hacer una inscripción, por dejar una huella ahí donde ya no queda nada. Así, manifestaciones de duelo ha habido en todas las culturas y la literatura ofrece ejemplos sensibles: Antígona, cuyo hermano fue muerto en batalla, se debate entre obedecer la ley dictada por el rey (mediante la que prohíbe enterrarlo y sentencia a muerte a quien lo haga) y obedecer la ley de los dioses que mandan sepultarlo. (Sófocles, 442AD). Antígona, hija de Edipo, opta por esto último (con lo que sella su sentencia de muerte) y muestra así la importancia de tener un lugar y de crear un lugar para su hermano. El cuidado aparece entonces como una actividad para tener y otorgar un lugar al otro.

La dimensión existencial acerca al individuo a los miedos relacionados con la muerte (el sufrimiento, la soledad, el enojo -¿Por qué yo?-, la preocupación altruista -¿qué será de mis hijos sin mí?-, la manera de encararla -¿seré capaz de morir dignamente?); a la espera de la misma con todo lo que implica (¿tendré suficiente tiempo? Mientras la espero, ¿no se vuelve banal todo lo demás?). A lo anterior hay que agregar la degradación, el envejecimiento, considerado por algunos como una especie de muerte antes de la muerte); y al cuestionamiento sobre lo que significa (¿es la nada? ¿Es un sueño eterno? ¿Es el fin de toda existencia? preguntas que planteaba Sócrates en la Apología) y sobre sus consecuencias: ¿Hay algo después de la muerte? En caso afirmativo, ¿qué? ¿Infierno? ¿Paraíso? ¿En dónde estaré yo? ¿Me van a olvidar? ¿Tendré un lugar en la memoria de aquellos que quiero? El cuidado, en este caso, se manifiesta a través de la escucha, pues ante tales interrogantes no hay nada que decir (Platón, 428AD).

Así, en un sentido se puede decir que la muerte es la nada, y por lo tanto es imposible tener experiencia de ella, pero en otro, se sabe que cada día se muere un poco, lo que para algunos es justamente aquello que da sentido a la existencia (se muere en la angustia de una partida; en la experiencia de la soledad, en una época de crisis, cuando el otro nos “borra” con su desprecio, su indiferencia, su manera de mirarnos...). Sócrates, en el momento que no puede convencer a los jueces de su inocencia, se retira para tomar la cicuta y pregunta quién lleva la mejor parte, si los jueces que vivirán o él que morirá (Platón, 428AD). El cuidado, en el caso de individuos con ideación suicida, remite a una apuesta por la vida, es decir a una invitación para que hablen.

La dimensión ética —que implica hacerse responsable de sí mismo y por lo tanto supone una suerte de autonomía— lleva a preguntarse si el hombre tiene derecho sobre su muerte. ¿Tiene una persona con enfermedad en etapa terminal derecho a suicidarse o a reivindicar la eutanasia? Si por un lado se puede responder afirmativamente las preguntas anteriores con el fin de evitar el sufrimiento, por el otro es posible decir que el valor de una persona es tal que hay que protegerla de sí misma cuando trata de autodestruirse. Pero ante la cercanía de la muerte, están los pacientes que, después de meses de postración y con úlceras por presión que son curadas periódicamente, dicen a los médicos: “Ya no me hagan nada. Ya déjenme así. Ya me quiero morir”, y los médicos, haciendo caso omiso de la petición, continúan realizando curaciones sin los medicamentos adecuados para controlar el dolor. El cuidado, en este caso, significa proporcionar los medios adecuados para una muerte digna, sin dolor y sin sufrimiento. Si ello no es posible, entonces se requiere respetar la voluntad del paciente.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los autores citados.

Aunque algunos consideran la esperanza como una sexta fase, Kübler Ross la presenta como un sentimiento que permite a los pacientes soportar el sufrimiento durante semanas o meses pensando que puede tener un sentido, que tiene una misión especial en la vida. Donde lo que hay es desesperación, se crea un espacio para esperar la muerte:

Este libro [*La muerte de Ivan Illich*] muestra el profundo conocimiento que tenía Leon Tolstoi acerca de la naturaleza humana, del dolor, del miedo a la muerte y de cómo la aceptación de ésta resignifica el sentido de la vida y de la misma muerte. Mientras lo leía, pensé con frecuencia en los pacientes que visito regularmente y que ya fallecieron o están cerca de hacerlo. Pude reconocerlos en el relato: por un lado, los que se enojan por la juventud y vitalidad a su alrededor, tanto del equipo de salud como de sus familiares; por otro los que ya no quieren hablar con nadie y se voltean hacia la pared y por más que se les llama no modifican su postura; están también los que sólo se quejan y piden agua, y cuando nos despedimos de ellos nos dicen agradecidos “que Dios les bendiga”; los que no pueden hacer las paces con un ser superior y, aún en presencia del sacerdote que los está ungiendo, son incapaces de repetir aquellas partes de las oraciones en las que se pide perdón. Están también los que, a pesar de ser profundamente creyentes, se preguntan por qué sufren tanto cuando “todo el mundo me decía que yo no iba a sufrir pues fui siempre muy buena”, y los que nos tienden la mano y nos acarician, como buscando encontrar algo sin querer soltarnos. Finalmente, están los que se dijeron ateos o agnósticos y que al final, contentos, se despiden de sus seres queridos, le dan gracias a la vida y les dicen: “Allá los espero” (Flores-Castillo, 2009).

El sentimiento de la esperanza remite a la octava fase del modelo de Erik Erikson, quien planteó un proceso de ocho crisis psicosociales para explicar el ciclo vital, la última de las cuales es la de integridad versus desesperación. Sostiene que quien ha sido capaz de ir afrontando las crisis previas, llegará a la última etapa con aceptación. En el caso contrario habrá desesperación porque se tendrá la sensación de que aún queda mucho por hacer (Erikson, 1973); (Erikson, 1994). En el cuidado o en el duelo se trata de evitar dar falsas esperanzas al paciente y al cuidador familiar, de que cada uno se libere de su respectivo objeto: se busca que admitan, que reconozcan, que hay algo que se perdió (o que se está perdiendo) y que es imposible recuperar, que es imposible seguir luchando incesantemente por alcanzarlo y que tienen que concentrar sus energías en la despedida. Se expondrá a continuación el proceso de duelo que ocurre a los cuidadores.

4. El cuidado desde la perspectiva de quien lo proporciona

Los familiares que realizan la labor de cuidado (e incluso los profesionales) atraviesan también por el proceso de duelo mencionado en el apartado anterior (negación-enojo-negociación-depresión-aceptación), pues están sufriendo, con mayor o menor cercanía, la pérdida de esa persona. Están resignificando sus propios duelos, además de ocuparse de las labores necesarias para su cuidado y, en muchas ocasiones, de seguir realizando labores domésticas y extra-doméstica:

El que esto escribe tuvo que darle un giro a su vida, a la mitad del camino de su vida, por tener un hijo, el mayor, el primogénito, como un discapacitado que su retraso mental fue atribuido, primero, a una deficiencia en el nacimiento y posteriormente a una anomalía genética. Cambiar de actividad laboral implica un cambio de manera de vida, una forma distinta de temporizarse, de existir. Este cambio ha implicado un costo, cuyo precio ha sido tiempo y no en abstracto, sino en concreto, el mío. Pero no sólo los padres del discapacitado que se propone como uno de los casos a estudiar, sino también sus tres hermanos han tenido que pagar ese costo con las afecciones correspondientes en sus propias vidas. Cada vez que éstos han tenido un hijo ha habido un costo emocional y también financiero, ya que en cada caso, siete hasta ahora, en los primeros días de embarazo han tenido que recurrir a estudios especializados para prever cualquier malformación en el proceso de gestación. Si se asume, si no se niega la existencia de un discapacitado como el que se menciona, el costo emocional implica un enfrentamiento, un tratamiento y un temple de uno de los

estados afectivos más temidos, pero al mismo tiempo, el específico del ser humano, la angustia. Un caso así, como muchos otros, repercute no sólo en la familia, sino también en la sociedad en la que aquel está inserto. La atención o el cuidado que en este caso se ha dado al discapacitado es el de una constante labor por hacerlo autosuficiente, de tal suerte que a la falta inevitable de sus progenitores pueda sobrevivir razonablemente. Dicha labor no ha cesado, es el cotidiano tanto de los padres como del mismo discapacitado, que es el sujeto mismo de ese proceso. Si este caso se hubiese dejado a los medios de asistencia públicos, por parte del estado, muy probablemente sería un adulto que viviría, en el mejor de los casos, recluido en un nosocomio, como desecho humano (Zarco, 2011b).

Así, acompañar al paciente de manera significativa requiere trabajar también con sus cuidadores, quienes tienen que hacer adaptaciones importantes en su vida, además de sentirse solos y resentidos, no sólo con aquellos familiares que no colaboran, sino con el enfermo mismo por estar muriendo o por tener una discapacidad. Atender las necesidades de los cuidadores, mejorar la comunicación, trabajar la culpa y la relación con sus propias pérdidas, es una labor importante del cuidador formal y familiar.

La relación entre el cuidador y el que recibe la atención es entonces más compleja de lo que se pueda pensar, pues el cuidado, al igual que toda actividad entre individuos, no está exento de conflictos. La literatura sobre el tema menciona constantemente características que tienen que ver con dimensiones subjetivas, psicológicas (en tanto afectivas). Se habla de la gratificación (Cameron, 2004); (Murillo de la Vega, 2004) y de la satisfacción por la labor realizada, así como del reconocimiento y agradecimiento social (Arias, 2009); de la des-subjetivación (Fine, 2005); de la carga por cuidar (Montaño y Calderón, 2010); del estrés y agobio (Cameron, 2004); (Maslach y Jackson, 1981); del enojo y la culpa (Kübler-Ross, 1969); (Oates, 2005); del cansancio, la depresión, la ansiedad y la soledad (Neri, 2010) o del resentimiento (Sánchez Ayéndez, 2008), entre otros.

El intento por organizar esta sección fue una labor por demás compleja. ¿Qué criterio elegir? Se podría haber pensado en organizar los afectos en positivos (la satisfacción y el reconocimiento) y negativos (el enojo o la culpa, etc.), pero ello habría supuesto emitir un juicio de valor, además de que algunos de estos afectos se repetirían en los dos grupos, como el reconocimiento, que puede ser buscado tanto “por las buenas como por las malas razones”. Por otro lado, se podría haber organizado por el tipo de individuo atendido, pues no es lo mismo el cuidado que se prodiga a un viejo que tiene quizás ciertas dificultades al realizar sus actividades cotidianas, pero que en general está sano, que realizar el cuidado de “corto plazo”, aunque ciertamente muy doloroso y demandante, de un enfermo terminal, o el de “largo plazo” de un individuo que nació con una discapacidad mental severa, o que quedó postrado después de un accidente vascular cerebral. Las dificultades que se encontraban en este segundo criterio fueron similares a las del primero, pues el traslape entre los afectos seguía ocurriendo: en todos los casos se podría hablar de satisfacción por la labor realizada, o de dolor, o de cansancio, etc. Un tercer criterio de organización podría haber sido por orden de aparición, es decir, cronológico: pensar cuál afecto surge primero cuando un cuidador recibe una “mala noticia” (el fallecimiento de un ser querido, por ejemplo) y cuál sigue después. Pero detrás de este ordenamiento estaría el supuesto de que todos los cuidadores transitan por los afectos en el mismo orden, lo que negaría la argumentación planteada en apartados anteriores con respecto a la individualidad, además de que tampoco se resolverían las cuestiones de la repetición y el traslape. Un cuarto criterio que se podría haber utilizado para organizar estos afectos es el temático, pero ¿habría forma de organizar el material encontrado y procesado a lo largo de varios meses de lectura? No parecía posible sin que quedaran “suelos” algunos de los afectos. Un quinto criterio sería revisar, en lo planteado a lo largo de este trabajo, las definiciones que se habían propuesto del cuidado para trabajar con los afectos relacionados con cada una de ellas. Se dijo, por ejemplo, que el cuidado era ante todo lo que hacía vínculo social y que se realizaba para disfrutar y compartir, lo que permitiría

hablar de la satisfacción que produce proporcionarlo. También se dijo que se realizaba para tener un lugar, en cuyo caso se podría hablar del reconocimiento, etc. Pero ¿con cuál afecto relacionar, por ejemplo, la concepción del cuidado como escucha? En este caso, habría definiciones sin afecto y afectos sin definiciones.

Así, se decidió organizar el apartado tomando en consideración sólo algunos de los estados afectivos que se podían desprender de la definición propuesta del cuidado como aquello que hace vínculo social, lo que significa que involucra relaciones de poder (Letablier, 2001) en las que se juega el reconocimiento tanto de quien otorga el cuidado como de quien lo recibe. Quien cuida quiere ser reconocido, tanto por la persona a la que está cuidando como por los pares del cuidador (otros miembros de la familia, por ejemplo). Es frecuente que ocurra el primer tipo de reconocimiento, pero el cuidador se encuentra pronto en una situación de insatisfacción porque el reconocimiento viene de alguien que no es su "igual" en el sentido de que está enfermo. Esto puede desencadenar, por un lado, resentimiento hacia el enfermo y eventualmente maltrato, pues el enfermo es visto como el responsable de que esa persona esté imposibilitada para realizar otro tipo de labores: Oé, en una novela autobiográfica, refiere magistralmente las dificultades de un padre que tuvo un hijo con una discapacidad mental importante y cómo llegó a odiarlo (Oé, 2004). Beckett, en *Final de Partida*, obra cuyos protagonistas principales son un hombre con discapacidad y su cuidador, presenta la relación entre ambos: la persona con discapacidad está constantemente preguntando si es hora de su calmante y el cuidador diciéndole que no. Cuando finalmente llega la hora, el cuidador le dice que ya no hay: "–No es la hora de mi calmante? –Sí. –Ah! Finalmente. Dámelo rápido. –Ya no hay. –¡Ya no hay! –Ya no hay. No tendrás nunca más tu calmante. –¡Pero la cajita redonda estaba llena! –Sí, pero ahora está vacía." (Beckett, 1957). Al hacer una representación del cuidado y sus actores, se observa que el maltrato puede darse de cualquiera de los dos lados: por un lado, odio y rabia en los cuidadores; por el otro, satisfacción de quien es cuidado de tener al cuidador sujeto y viceversa. Entre cuidador y cuidado las relaciones se alternan entre sujeto y objeto. Y cuando el cuidador quiere partir no se siente capaz de hacerlo: "–Me digo –a veces Clov, hace falta que seas mejor que esto si quieres que te dejen ir... Pero me siento demasiado viejo... para poder formar nuevas costumbres..."(Beckett, 1957).

Quien cuida puede además desarrollar resentimiento hacia otros miembros de la familia que no apoyan en las labores de cuidado. Pero quien es cuidado también quiere ser reconocido y en general lo es por la persona que se ocupa de él, lo que en ocasiones impide la mejoría. Los relatos de personas que no mejoran por miedo a perder la atención o bien porque sienten que se acabará la razón de ser de su cuidadora también son frecuentes. Así, la necesidad del otro conlleva el peligro de la enajenación, de perderse en el otro. El problema es que lo que sobreviene es una conciencia desdichada por la frustración de des-subjetivarse, de dejar de ser uno mismo. Esto se observa en quienes cuidan por periodos prolongados, pues sienten que nadie se preocupa por ellos y que lo único que importa para el resto es la persona a la que cuidan. Surgen momentos de rebeldía y deseos de deshacerse del otro, de que se muera, de que ya no esté, para liberarse de la angustia, del dolor, del trabajo excesivo, deseos que después desembocan en sentimientos de culpa.

En las cuidadoras profesionales la culpa puede surgir por dejar de asistir a los domicilios o por no tener ganas de hacerlo (Arias, 2009). En las familiares puede surgir como consecuencia de deseos hostiles hacia la situación o la persona a la que se cuida: "Cuando mi madre me llamó por teléfono y me dijo los resultados de las pruebas, casi le grité que ahora no podía ponerse mala, estaba metida de lleno en un proyecto. No era el momento más oportuno. Más que eso, me sentía herida, como si fuera absolutamente injusto lo que se me venía encima. Luego tuve que pelear con una herida que nunca cicatriza: la culpa" (Murillo de la Vega, 2004). En la culpa interviene, por un lado, la negación de la situación y por lo tanto la perturbación que genera el padecimiento del otro y, eventualmente, la falta definitiva de ese individuo. La culpa puede expresarse bajo la forma de autorreproches y de ideas obsesivas, así como en la sensación de estar atados a la persona que

cuidan, de ser víctimas de las circunstancias, lo que les convierte en esclavos para “tener que” cuidar y soportar estoicamente lo que “el destino” les ha deparado, sintiendo que se están sacrificando, o que están sacrificando su vida en aras de otro.

Cuando el cuidado se vive como sacrificio se genera una doble deuda: en primer lugar, del que lo recibe con el que lo prodiga y, en segundo lugar, de los otros que no lo prodigan y tendrían que hacerlo, también con el que lo prodiga (Fisher y J. C. Tronto, 1990); (Caillé y Chanial, 2008); (Letablier, 2001). Lo anterior es interesante para entender que las cuidadoras no remuneradas pueden esperar algún tipo de pago o reconocimiento, en el mejor de los casos. De lo contrario, se produce una deuda impagable (Flores-Castillo, 2008) que puede expresarse como resentimiento con los pares, generalmente familiares que no colaboran y con la persona a la que se cuida, con lo cual se reaviva el conflicto (Undurraga, 2011). Se puede dar una relación de sometimiento, pues quien cuida puede creer que la persona a la que cuida no podría vivir sin él, que es irremplazable, sin percatarse de que puede ser a la inversa: su identidad como individuo se ha fundido con su identidad de cuidador de manera que si deja de cuidar siente que es nada. A este proceso se le conoce como des-subjetivación, y es similar al que ocurre a quienes reciben cuidado. Beckett expresa de la siguiente manera uno de los múltiples intentos en que el cuidador está queriendo dejar de cuidar sin decidirse a hacerlo: “-Te dejo. -No! -Para qué sirvo?”. Y la persona con discapacidad está constantemente exigiendo que el cuidador esté a su lado, cumpliendo hasta sus deseos más extravagantes: le pide, una y otra vez, que lo acomode en el centro de la habitación, porque él no se “siente” en el centro, lo cual no puede saber puesto que es invidente: “-Estoy en el centro?” (Beckett, 1957).

Se da una dialéctica de amo y esclavo que carece de salida mientras se mantenga la diferenciación entre ellos. Por eso, si el cuidador se mantiene en esa relación de sujeto-objeto, termina odiando a la persona que cuida. Así, el cuidado también viene acompañado de una importante cuota de dominio de la que es imposible salir sin una toma de conciencia que permita, a quienes cuidan, adquirir otro lugar para ejercer su independencia y autonomía (Murillo de la Vega, 2004). El cuidador, sintiéndose en el centro del escenario, ejerce control sobre los otros que no cuidan y sobre la persona a la que se cuida, lo que genera relaciones asimétricas. Con respecto a la ganancia secundaria de las cuidadoras, Burijovich y Pautassi lo expresan de la siguiente manera: “... si bien una cuidadora y un receptor del cuidado no se encuentran en igualdad de condiciones, quienes deben ocuparse del cuidado ejercen estructuras asimétricas de unos sobre otros...” (Burijovich y Pautassi, 2008).

El cuidado se puede convertir en una defensa contra los deseos hostiles, las pérdidas, el mundo, en una forma de aislarse, de evitar estar con el otro (tanto con el que se cuida como con el resto de familiares y conocidos), pero a la vez de darle sentido a la vida. Hay cuidadores que encuentran una identidad en el trabajo de cuidado. Kenzaburo Oé plantea, en relación a quienes cuidan a personas con discapacidad mental –aunque ello se podría hacer extensivo a otros casos–, que una vez que los cuidadores se ven liberados del trabajo de cuidado (ya sea porque fallece la persona a la que cuidan o porque es institucionalizada), se produce una sensación de liberación que en ocasiones es seguida de la sensación de soledad. Por ello es frecuente encontrar que quien cuida una vez y se ve liberado de tales labores, buscará pronto la manera de continuar haciéndolo, para llenar ese vacío. Desde la clínica es frecuente escuchar que los cuidadores sienten y piensan que sólo valen a través del trabajo que realizan cuando cuidan, que sólo “son” a través de esa actividad, lo que es otra muestra de la des-subjetivación que les ocurre en el proceso de cuidado.

Además, quien cuida puede llegar a imaginar que comparte el mismo dolor que la persona a la que cuida, que es el único que lo entiende, que sólo él sabe cómo cuidar, cómo hay que hacer las cosas, lo cual es una manera de auto-victimizarse aún más, pues la soledad aumenta, y a la vez hay un intento de apropiarse del otro (no sólo de la persona que cuida, sino de la familia), y de dejarlo en deuda: “Sólo yo sé cómo hacerlo”. Quien cuida puede llegar a establecer relaciones simbióticas y evitar separarse de la persona a la que cuida, de manera que es ésta quien regula su vida. Quien establece este vínculo al cuidar, se olvida de que, consciente o inconscientemente, decidió cuidar

(porque no pudo o no supo cómo decir que no quería hacerlo), y se repite incesantemente que tiene que seguir haciéndolo porque no hay nadie más que pueda hacerlo como él lo hace, lo que lo coloca en una situación de omnipotencia y le produce una secreta satisfacción. Estas satisfacciones se pueden considerar ganancias secundarias que se obtienen a partir del trabajo de cuidado, como el posible reconocimiento social y/o de la persona que recibe el cuidado.

“En el trabajo asistencial persiste un alto grado de satisfacción laboral.” “A la gente le gusta su trabajo y a menudo se vinculan mucho a las personas de las que cuidan, lo que actúa como freno a la hora de abandonar” (Cameron, 2004)

“... los cuidadores profesionales [reportan] la satisfacción por estar realizando un trabajo importante, por estar ayudando a otros en situaciones de carencia, por obtener reconocimiento y agradecimiento social (Arias, 2009).

Sin embargo, hay quienes consideran que el trabajo de cuidado a las personas mayores, con discapacidad o con enfermedades graves no es gratificante. Surge la pregunta de cuándo el trabajo de cuidado gratifica. Murillo de la Vega señala que sólo lo es cuando se cuida a niños y a la pareja. Cuando se cuida a otro tipo de individuos lo llama “asistencial” (Murillo de la Vega, 2004).

Entre los factores que menoscaban la satisfacción se encuentra “... el estrés, en el que habitualmente se incluyen las exigencias emocionales, físicas y psicológicas impuestas al trabajador o trabajadora, que a veces generan sensación de agotamiento, ausentismo y enfermedades...” (Cameron, 2004). Neri refiere que las experiencias de trabajo haciéndose cargo de otros son abrumadoras: “Cansado, deprimido, ansioso, solitario y sintiéndose prisionero de un papel y de tareas que compiten con lo que antes tenía libertad de hacer, aún así el cuidador debe ofrecer ayuda para la realización de actividades de la vida diaria, orientar al viejo en la realización de tareas cognitivas que involucran memoria, orientación y atención, atender eventos agudos como caídas, dar apoyo emocional, llevar al viejo a los servicios de salud, interactuar con profesionales y... lidiar con conflictos familiares” (Neri, 2010). Por ello, la incapacidad para resolver las situaciones en las que se encuentran las personas que son cuidadas, genera impotencia (Arias, 2009).

Las cuidadoras pueden llegar incluso a presentar el Síndrome de Desgaste Profesional (también conocido como *Burnout* o como sobrecarga del cuidador) que es estudiado desde los años 70 y medido desde los 80 a través de una escala (Maslach y Jackson, 1981). Puede ser definido como el conjunto de síntomas físicos, emocionales y/o mentales producto del trabajo continuo con personas que presentan problemas psicológicos, sociales o físicos. A pesar de haber sido estudiado en distintas poblaciones desde hace más de 40 años, sigue sin ser oficialmente reconocido en las clasificaciones del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana. En la CIE-10 de la OMS se le clasifica dentro de los “Problemas relacionados con la dificultad para manejar la vida” (Z73.0), pero no se lo describe.

Otro de los trastornos presentes en las poblaciones estudiadas es la depresión. Como se vio con anterioridad, es de 1.5 a 2.5 veces más frecuente en mujeres que en hombres y se duplica en personas mayores. “A diferencia de lo que ocurre en los adultos jóvenes, en quienes las manifestaciones de depresión son principalmente de orden afectivo, la depresión en los viejos se manifiesta por alteraciones cognitivas o por síntomas somáticos... como pérdida de interés en actividades habituales, fatiga, alteraciones del sueño, problemas cognitivos y de memoria, pensamientos sobre la muerte y desesperanza. Además, hay una mayor prevalencia de síntomas depresivos entre quienes tienen enfermedades crónicas, quienes sufren pérdidas significativas, los más vulnerables social y económicamente, los que se quejan de falta de apoyo social, las mujeres y quienes presentan discapacidad funcional y problemas de salud percibidos como estresantes (Neri, 2010, pág 307).

Se puede observar que el cuidado es una actividad que conlleva una carga afectiva intensa. Los procesos básicos que circulan pueden ir desde la satisfacción hasta la obligación, pasando por la negación, la ansiedad, la hostilidad, la ganancia secundaria, el miedo, la depresión, el sacrificio, el deseo de no cuidar, la impotencia, el control, la simbiosis, la des-subjetivación, etc. Vale la pena tener en cuenta que estos procesos no son consecuencia exclusiva de una pérdida, sino que ésta es sólo el detonador que hace que en la relación de cuidado emerjan una serie de conflictos que se fueron gestando a lo largo de la vida, y que quizá habían pasado desapercibidos, pero que estaban latentes. Así, las pérdidas de funciones, de roles, de salud y de vida de estas poblaciones se pueden vivir padeciéndolas como algo inevitable o bien integrándolas como situaciones que congregan a los dolientes, a sus cuidadores (familiares o profesionales) y a la comunidad, sosteniendo a quienes se hacen cargo de atenderlas, para lo cual es necesario definir políticas de Estado. La inclusión de la dimensión psicológica en la atención de los cuidadores de todos aquellos grupos poblacionales atravesados por la pérdida (así como en dichos grupos), es necesaria. Ello permitirá evaluar un costo adicional para los cuidadores que hasta ahora ha sido poco considerado.

Fuente A. Sojo (2011), *De la evanescencia a la mira: el cuidado como eje de políticas y de actores en América Latina*; VII, pp. 51-58.

I. En la otra punta de la vida: el cuidado de las personas adultas mayores²⁵

En el seno de familias cada vez más pequeñas, se acrecienta en la región la población adulta mayor dependiente que recibe fundamentalmente cuidados de su familia inmediata, por parte casi exclusivamente de las mujeres. Otros mayores carecen del apoyo que necesitan y las redes de cuidado formales siguen siendo muy limitadas, en los ámbitos más diversos: centros diurnos, entidades especializadas en grados de dependencia altos, residencias, o actividades recreativas plenas de sentido.

El aserto de John Myles de que un envejecimiento exitoso comienza en el nacimiento y no a los 60 o a los 65 años²⁶, tiene implicaciones rotundas para las políticas públicas. Las tiene en los ámbitos de la salud, la educación, las pensiones y el cuidado, para pensar solo en algunos.

El cuidado de la persona adulta mayor pone sobre el tapete las asignaturas pendientes de la región en materia de protección social (CEPAL, 2006 y CEPAL, 2007), tanto por el lado de los sistemas de salud como de los ingresos relacionados con las pensiones contributivas y no contributivas producto de las trayectorias a lo largo de la vida laboral y de la arquitectura de los sistemas de protección social, que posibilitan adquirir en el mercado algunos servicios de cuidado.

Este aspecto del cuidado tiene múltiples entrelazamientos. La capacidad de las familias o del adulto mayor de comprar servicios de cuidado y de remodelar la vivienda para encarar discapacidades o velar por la seguridad física tiene estrecha relación con los ingresos familiares y con los del adulto mayor, lo cual remite a las trayectorias laborales previas y a los sistemas contributivos y no contributivos de pensiones y a las restricciones de las pensiones de capitalización individual, ámbito donde también emergen graves asimetrías de género²⁷. En relación con la infraestructura social básica, remite a modificaciones de los accesos y servicios y otros debido a las discapacidades que se incrementan con la edad. Siendo cruciales las políticas orientadas a fomentar un envejecimiento sano, o a lograr una mayor coordinación de los servicios de salud, el carácter de los sistemas de salud es fundamental.

Dado que el mercado de aseguramiento y de prestación privada de servicios de salud discrimina claramente a las personas adultas mayores mediante precios y exclusiones, para promover de manera anticipada una vejez lo más sana posible y programas de rehabilitación²⁸, son cruciales los sistemas de salud universales y solidarios y las políticas de prevención que se realizan en etapas anteriores de la vida. En la región ello es muy complejo de alcanzar en los países que tienen sistemas de salud muy excluyentes y poco desarrollados. Pero también lo es en países con sistemas de salud más avanzados, debido a la estratificación del aseguramiento y de los servicios que permea muchos de ellos y al financiamiento y provisión de salud no solidaria ni universal²⁹, y a las débiles

²⁵ Esta sección se nutre de los valiosos aportes de expertos internacionales reunidos en el seminario internacional sobre "Experiencias internacionales y propuestas para consolidar la red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica", realizado por la CEPAL y la Presidencia de la República en San José, el 22 y 23 de noviembre 2011. Las ponencias pueden "bajarse" de los links insertos en el programa del seminario en <http://www.cepal.org/cgibin/getProd.asp?xml=/dds/noticias/paginas/4/41434/P41434.xml&xsl=/dds/tpl/p18f.xsl&base=/dds/tpl/topbottom.xsl>. Otros trabajos de los expertos se mencionan a lo largo del apartado.

²⁶ Expuesto en la conferencia realizada en el seminario.

²⁷ Sobre los determinantes de las pensiones de capitalización individual ver Durán y Pena (2011). Sobre las políticas y desafíos de la región en materia de pensiones en diversos países de América Latina, ver Prado y Sojo (2010).

²⁸ Sobre la estrecha vinculación de las políticas de cuidado con el sistema de salud en el caso británico, que es universal y solidario, ver Grundy (2010).

²⁹ En Chile por su sistema dual, el sistema público en esta etapa de la vida se convierte en un reaseguro del privado y desprovisto de barreras de ingreso se ven compelidos a migrar a él desde el sistema privado las personas adultas mayores que no pueden pagar los altos precios de sus planes, tras décadas de haber pagado altas pólizas a las ISAPRES que generan las ganancias de aquellas. Son claros en esta materia los subsidios cruzados del financiamiento público al sistema de salud privado, erigido en parte sobre la lógica del reaseguro.

políticas de prevención y tratamiento de enfermedades crónicas que requieren sistemas de referencia y contrarreferencia eficaces y ágiles, e incrementar el nivel resolutivo de la red de atención y avanzar en la formación de recursos humano, técnico y profesionales adecuados a la transición demográfica y epidemiológica. En términos de la persona adulta mayor, los sistemas de salud, en coordinación con otras políticas, deben tratar de prevenir la dependencia, de postergarla y de promover que los grados de dependencia sean los menores posibles en el marco de una vejez lo más saludable posible.

Teniendo presente ese indispensable contexto, mencionemos en primer término una cara de la moneda del cuidado que tiene actualmente una vital importancia, tanto en sistemas familistas como desmercantilizados. Cuando las personas adultas mayores gozan de salud e independencia para sus actividades, son importantes cuidadores de sus nietos y nietas y facilitan la conciliación entre vida laboral y familiar de sus hijos e hijas (Saraceno, 2008). Cuando las mujeres se insertan en el mercado laboral en países con políticas públicas eminentemente familistas, las familias muchas veces dependen casi exclusivamente de este apoyo y ello tiene implicaciones importantes para el tiempo de descanso o de recreación que las abuelas requerirían en esta etapa de su vida, y posiblemente para la calidad y estabilidad de la inserción laboral femenina.

Se ha considerado que la mera aceptación social en España -no tan extendida en Alemania y menos en Suecia- de que las abuelas y abuelos asuman gran parte de la responsabilidad diaria en el cuidado de los niños, junto con la baja tasa de actividad femenina, puede haber frenado una mayor reivindicación femenina hacia el ámbito público-social para cubrir la demanda de cuidados a niños. Poder acudir, en muchos casos como primera opción, a la familia extensa ha posibilitado que las mujeres españolas se incorporasen con más rapidez y flexibilidad a su puesto de trabajo, pero esta incorporación no ha acarreado pautas de reparto más colaboradoras entre hombres y mujeres de la carga de trabajo intra- y extradoméstica (García, 2010).

Pero en estas etapas de la vida las personas transitan hacia la otra cara de la medalla del cuidado, cuando el debilitamiento de las condiciones físicas producto de su envejecimiento acarrea el abandono de tareas que en épocas anteriores ellas realizaban cotidianamente para el conjunto de la familia, o bien para sí mismas. Algunas de estas tareas dejan de hacerse definitivamente porque nadie las asume, y otras muchas se transfieren en mayor o menor medida a familiares, amigos, vecinos, servicios públicos, instituciones, empresas, voluntariado o empleados domésticos. Cuando las realizan personas diferentes de quien las disfruta, se convierten en trabajo remunerado o no remunerado o, cuando menos, en una donación del tiempo propio, y la calidad de su realización depende de los recursos de cuidado disponibles. La limpieza corporal es un buen ejemplo de esta transformación: puede suprimirse o reducirse extraordinariamente respecto a los estándares medios de una sociedad, o bien mantenerse en un nivel alto de calidad aún en los casos más desfavorables (como la incontinencia, etc.) cuando se dispone de recursos de cuidado adecuados (Durán, 2010).

Para satisfacer necesidades básicas, de autocuidado y emocionales, las personas adultas mayores dependientes y vulnerables requieren apoyos diversos en sus actividades cotidianas. Ello implica acceso a recursos económicos, como ingresos, alojamiento, comida, ropa, servicios. Puede abarcar apoyos para alimentación y aseo personal; la realización de acciones instrumentales necesarias para relacionarse con los demás y lograr otras metas, tales como el uso de transporte, labores del hogar, compras, acceso a información útil; satisfacción de necesidades emocionales y afectivas, relacionadas con compañía, empatía, reconocimiento y escucha; atender necesidades de salud integral, de carácter preventivo y de atención; recreación al aire libre, deportes, clubes o grupos de lectura, baile u otros (CONAPAM, 2010).

Precisamente cuando se incrementa el número de personas que la requieren, los cambios de los patrones de interacción entre las familias y de la convivencia despiertan preocupaciones en Europa acerca de la provisión familiar de apoyo. Aunque la co-residencia ha declinado, el contacto regular y el apoyo en las tareas domésticas siguen siendo características de la vida familiar en Europa; más limitado es el apoyo a quienes no tienen hijos y de los hombres divorciados con escaso

contacto con sus hijos. Las encuestas evidencian que los familiares cercanos, especialmente esposas e hijas, son quienes asumen el cuidado (Grundy, 2010; Poggio, 2008; Saraceno, 2008; Keck, 2008; Durán, 2010). Aunque los familiares no convivientes no desempeñan un papel de proveedores de servicios tan intenso y sustitutorio como los convivientes, su importancia no puede desconocerse, especialmente en las actividades no sometidas a horario ni presencia (Durán, 2010).

Desde la política pública, el apoyo al cuidado de la persona adulta mayor se orienta en primer término directamente a la persona adulta mayor dependiente y vulnerable. Pero indirectamente beneficia a sus cuidadores en el seno de las familias -eminentemente mujeres- que prácticamente libradas a sí mismas enfrentan muchas veces importantes sobrecargas de funciones y agobio, al atender diversas funciones en el seno de la familia y en el mundo laboral, sobre todo cuando las personas adultas mayores tienen grados de dependencia severos. En ese contexto, por ejemplo, se habla de la "generación sándwich", conformada especialmente por mujeres que transfieren cuidado y tiempo tanto "hacia abajo", es decir, hacia los descendientes, como "hacia arriba", es decir, hacia las personas adultas mayores vulnerables (Saraceno, 2008, p. 10; Durán, 2010).

Se estima que un cuarto de las mujeres británicas de 85 años y mayores no pueden bañarse sin ser asistidas y que la mitad tiene una o más restricciones para su movilidad, e incluso estudios que asumen tasas decrecientes de minusvalía sugieren que el número de personas con restricciones para realizar actividades cotidianas, como bañarse, comer, vestirse se incrementará notablemente (Grundy, 2010). En Costa Rica, por ejemplo, con datos de 2005, se aprecia que 7 de cada 10 personas de 65 años o más no presentaba ninguna dificultad para realizar actividades de la vida diaria pero 3 de cada 10 sufrían al menos una de ellas, y el grado de dependencia aumentaba considerablemente con la edad, presentándose la mayor dependencia a partir de los 82 años (Sauma, 2011, p. 17). Además, hay que considerar que el deterioro de la salud en edades avanzadas usualmente no sigue un curso gradual, sino que a menudo es precipitado por episodios agudos de enfermedad o por accidentes, que pueden o no revertirse en diversos grados (Grundy, 2010). Otro aspecto específico es el sufrimiento de enfermedades muy inhabilitantes como Alzheimer y ciertos grados de artritis, y que requieren de cuidados permanentes, intensos y especializados.

El cuidado de enfermedades crónicas y discapacitantes es una tarea absorbente, que consume ingente recursos de tiempo y tiene un impacto mucho mayor que las enfermedades episódicas y breves que normalmente en Europa tienen previstos mecanismos automáticos de cobertura en la legislación y convenios sindicales. Por ejemplo, en España se contemplan días de permiso por enfermedad de un familiar, en tanto que para las crónicas no hay cobertura automática, en circunstancia de que casi el 10% de los adultos cuidan a diario a personas enfermas o discapacitadas. Las mujeres se ocupan diariamente de personas con discapacidades en una proporción doble a los varones. En ese país, a la inversa de lo que sucede en el cuidado de niños, los familiares de personas con estatus socioeconómico más altos son quienes diariamente asumen menos cuidado de enfermos y discapacitados. Los familiares de los enfermos y discapacitados que asumen estas tareas pertenecen proporcionalmente en mayor medida a los niveles socioeconómicos más bajos, dato muy relevante para las políticas sanitarias y sociales (Durán, 2010). Es decir, emerge una polarización socioeconómica del cuidado de la persona adulta mayor relacionada con sus ingresos propios y los de sus familias.

El costo de la provisión de los servicios de cuidado y de su indispensable ampliación también es una preocupación esencial en Europa. Ello nos remite a la necesidad -desde ya- de establecer también círculos virtuosos en la otra punta de la vida en el ámbito del cuidado, y que -en el mediano y largo plazo- fomenten procesos de rejuvenecimiento de la población (aspecto que abordamos someramente), al igual que políticas que promuevan el envejecimiento saludable y la mejor coordinación de los servicios que se provean a esta población, así como una interacción entre intervenciones preventivas y de rehabilitación (Grundy, 2010).

Debido al aumento de la esperanza de vida en la región, los cuidados más especializados que deben proveerse a esta franja de edad han aumentado, y lo harán más. Además, los cuidadores

de personas adultas mayores muy dependientes -que son casi exclusivamente mujeres- enfrentan a menudo un agobio que puede generar ansiedad y tensión, afectar seriamente su salud física y emocional y además redundar negativamente en las características del cuidado³⁰. Y en el caso de las esposas que asumen el papel de cuidadora principal, muchas de ellas son personas necesitadas de cuidados y que al realizar esas tareas sin apoyo incluso aceleran su propio proceso de envejecimiento (Valenzuela, 2010). Claramente se requiere de la acción del Estado, en interacción con las familias y las comunidades y con el mercado, en términos de regulación, supervisión y de construcción de combinaciones público privadas.

En Europa, adentrándose en el siglo XX, incluso en los países nórdicos la "institucionalización" de los ancianos más bien fue una suerte de pobre asistencia social para ancianos pobres e indigentes. Tras la segunda Guerra Mundial, la población europea como un todo y los adultos mayores han experimentado notables saltos en su bienestar³¹ y en la mayoría de los países la institucionalización ha sido sometida a escrutinio desde varios ángulos³². Prima la idea de que fundamentalmente debe orientarse a las personas adultas mayores con altos grados de dependencia y con deterioro severo de la salud. Se ha dado un giro progresivo desde los servicios residenciales hacia los servicios de permanencia en el domicilio y se ha diversificado la gama de servicios, varios de ellos de apoyo a los cuidados dentro del hogar. Por ejemplo en el caso inglés, viviendas colectivas para los adultos mayores con una persona supervisora residente o supervisores comunitarios. De allí que numerosas reflexiones y polémicas giren en torno al diseño y ejecución de una amplia gama de servicios diversificados de apoyo al cuidado en el seno del hogar de la persona adulta mayor y en instituciones de cuidado diurno cotidiano, donde ellas no residen. Como la provisión del cuidado normalmente es una interacción entre familias, comunidades, Estados y mercados, la diversificación y la variación de los servicios emerge como una importante variable (Grundy, 2010; Sundstrom, 2010; Martínez Rodríguez, 2010a y 2010b; Rodríguez Rodríguez, 2010).

Los procesos de enfermedad que surgen durante la vejez pueden ocasionar condiciones diversas de dependencia física, social y mental, que deben ser consideradas para el diseño de la oferta de servicios. Esta debe tener diversos niveles de complejidad para dar una respuesta diferenciada, ya que la realidad social no es uniforme: necesidades diversas y cambiantes, estilos y preferencias personales variadas, familias y situaciones distintas, territorios diferentes, entre otros elementos, hacen imprescindible construir respuestas heterogéneas y ofrecer una gama de recursos flexibles, adaptados a las personas y a sus comunidades. Las experiencias nacionales muestran que se requiere un proceso de maduración de los servicios en el curso del tiempo. En varios casos surgen los gobiernos subnacionales como entidades fundamentales en la ejecución de las políticas de cuidado, muchas veces en estrecha asociación con organizaciones privadas filantrópicas y lucrativas (Sojo, 2010).

Se enfatiza la necesidad de apostar -pero no de manera retórica- por un modelo que esté orientado hacia las personas y a su bienestar cotidiano. No sólo a sus necesidades y características, sino a sus derechos, preferencias y deseos. Para sintonizar con las preferencias y el bienestar subjetivo de las personas, es vital el concepto de calidad de vida, como aspecto central y determinante en la definición del modelo de intervención de los servicios de atención personal. Actualmente las políticas en Europa están muy marcadas por el modelo del envejecimiento activo, en los ámbitos de salud, seguridad y participación.

³⁰ "Según estudios, las personas cuidadoras con mayor riesgo de presentar sobrecarga de funciones son las hijas e hijos con una edad promedio de 45 años, debido a los múltiples roles que deben desempeñar en esta etapa de sus vidas, lo que puede generar conflictos familiares y crisis". (UCR y CONAP AM, 2008, pp. 94 y 95).

³¹ Respecto de los países nórdicos, la evolución de la pobreza en los últimos veinte años, muestra que las expectativas de eliminar la pobreza mediante el sistema de bienestar se han visto frustradas, pero que su incidencia es baja en comparación con la mayoría de los demás países del mundo. Es interesante señalar que en términos de ingreso ésta se concentra en los adultos solteros y los jóvenes sin hijos. El sistema de pensiones y el cuidado de los ancianos mediante los servicios municipales y los sistemas regionales de atención de la salud han reducido la pobreza de los adultos mayores, en tanto que la amplia cobertura de las políticas para la familia ha tenido el mismo efecto en el caso de las familias con niños. Son los escandinavos pobres quienes reciben asistencia social mediante transferencias (Abrahamson, 2007, p. 60-62).

³² Sobre la trayectoria europea y española y los consensos internacionales ver Rodríguez (2010) y Martínez (2010a).

Se parte de que las personas en situación de dependencia son especialmente vulnerables a recibir un trato que no respete su dignidad. De allí que el trato digno a las personas deba traducirse en aspectos muy concretos de la atención cotidiana a los que debe prestarse una especial atención, como: i) la protección y garantía de la intimidad y la privacidad, ii) la protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal, iii) evitar los sentimientos de exclusión, iv) el respeto a la edad adulta y v) el respeto y apoyo al desarrollo del proyecto de vida propia (Rodríguez Rodríguez, 2010).

La perspectiva de los derechos de las personas adultas mayores ha calado mucho. De allí el planteamiento de que la atención personal de las personas adultas frágiles y en situación de dependencia demanda prestaciones que sintonicen con las preferencias y el bienestar subjetivo de las personas y de que el modelo que sustente el cuidado debe orientarse hacia las personas y a su bienestar cotidiano y no sólo a sus necesidades y características. O bien la importancia del concepto de calidad de vida, como aspecto central y determinante para definir el modelo de intervención de los servicios de atención personal, con una doble indicación: la técnica y la ética. Es así como la llamada Garantía de derechos comprende la atención personalizada desde la autodeterminación y la vida independiente; velar por la intimidad y la confidencialidad; la integración de lo terapéutico en lo cotidiano y significativo; la participación, desde la voluntariedad, de las familias y la organización, al servicio de las personas (Martínez Rodríguez, 2010a y 2010b).

Las lecciones de la experiencia histórica europea a lo largo del siglo XX y las ideas del envejecimiento activo promovidas por la OMS se plasman en el modelo de envejecimiento activo en el ámbito territorial de la Unión Europea, de la que se derivan las siguientes líneas de acción (Martínez Rodríguez, 2010a)³³:

1. Apuesta por servicios de atención personal para apoyar la permanencia en casa y en el entorno habitual de vida.
2. Prevención de la dependencia (aparición e incremento) mediante actuaciones dirigidas al fomento de la actividad así como al control de otros factores de riesgo (accidentes, patologías, entre otros).
3. Lucha contra la discriminación por la edad (ageism), fomento de la inclusión/participación social y del empoderamiento de las personas mayores.
4. Autodeterminación de las personas con discapacidad o dependencia, incluyendo a las personas con deterioro cognitivo y demencia.
5. Modelos de cuidados de larga duración (modelos no institucionales, coordinación de servicios sociales y sanitarios).
6. Calidad de la atención desde la dignidad (calidad de vida y derechos).
7. Nuevas tecnologías para la promoción de la vida independiente y de la autonomía (productos de apoyo y TICs).
8. Cualificación y capacitación de los profesionales.
9. Apoyo/capacitación de las familias cuidadoras.

³³ En el caso de Costa Rica, el CONAPAM (2010) recoge y adopta principios muy semejantes: atención integral: acceso a servicios que les aseguren mayores niveles de bienestar; realización personal: oportunidades para desarrollar plenamente su potencial, sus capacidades y habilidades de acuerdo con sus preferencias personales; independencia: equilibrio entre el bienestar físico, intelectual, social, emocional, mental y espiritual que les permita desenvolverse por sí mismas; igualdad de oportunidades: no ser discriminadas en ninguna situación por razones de edad; dignidad: derecho a vivir con dignidad y seguridad, ser tratadas con respeto y consideración y verse libres de explotaciones y de malos tratos, físicos o mentales; participación: derecho a participar en la vida social, económica, política, educativa, cultural, deportiva y recreacional del país; permanencia en el núcleo familiar y comunitario: derecho a permanecer integradas a su familia y a la comunidad, participando activamente en las decisiones que afectan su bienestar.

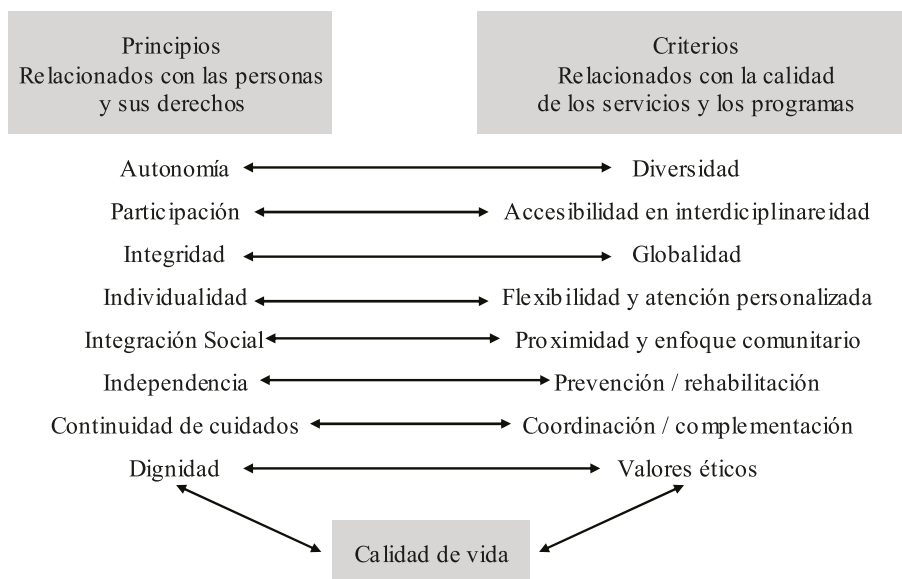
A pesar de que los servicios de cuidado se han introducido en España con rezago respecto de otros países, y de que todavía se le destinan pocos recursos, es notable la sistematización de lecciones y de buenas prácticas sobre el camino recorrido y que pueden ser tomados en cuenta en nuestra región (ver Rodríguez Rodríguez, 2006 y 2010 y Martínez Rodríguez, 2010a y 2010b)³⁴, como lecciones y criterios para promover un cuidado digno.

Pilar Rodríguez ha distinguido ocho principios que deben orientar las intervenciones y de los cuales se derivan los criterios técnicos que deben conducir las interacciones profesionales (ver diagrama IV.2). Los principios "hacen referencia a las personas a las que se dirigen los programas y al respecto de su dignidad y de sus derechos, cualquiera que sea su situación de discapacidad o dependencia a cualquier edad. Estos sientan la filosofía de la intervención y colocan a la persona en el centro de la atención. En consecuencia, la persona y sus derechos pasan a constituir el eje alrededor del cual deben girar tanto el sistema organizativo como el saber profesional y las intervenciones que se desarrollen. Los criterios, que han de estar impregnados de valores éticos en todo el proceso de intervención, constituyen la metodología que hará posible el cumplimiento de los principios" (Rodríguez, 2010). "Por tanto, principios y criterios se reclaman recíprocamente. Los criterios tienen que ver con una correcta praxis profesional, con la calidad de los programas y con la idoneidad de los apoyos que se determinen para hacer posible el cumplimiento de los principios sustentadores" (Rodríguez, 2006).

Estos ocho principios destacados son: la autonomía, la participación, la integralidad, la individualidad, la integración social, la independencia, la continuidad en los cuidados y la dignidad y se vinculan con criterios de calidad de los servicios (diagrama IV.2). Por ejemplo, el principio de autonomía establece que los profesionales de los centros de atención social deben promover y respetar las decisiones de las personas usuarias.

■ Diagrama IV.2

Principios y criterios para fundamentar un modelo de atención centrado en la persona adulta mayor



Fuente: Elaborado por Rodríguez, 2006.

³⁴ Aquí hemos considerado los interesantes aportes de Rodríguez y de Martínez. Respecto de la experiencia española ver diversos *Informes del Portal Mayores* en www.imsersomayores.csic.es.

Como la autonomía personal es la capacidad de tomar decisiones y controlar la propia vida, ciertamente no es un término opuesto a la dependencia; el término contrario a la autonomía más bien es la heteronomía. De hecho una persona en situación de dependencia puede y debe ser lo más autónoma posible. De allí los postulados en tomo al concepto de autodeterminación como capacidad y como derecho. La autodeterminación como capacidad se refiere a su ejercicio directo por las propias personas y al conjunto de habilidades que cada cual tiene para hacer sus propias elecciones, tomar sus decisiones y responsabilizarse de las consecuencias, y que se adquiere mediante su ejercicio y el aprendizaje que proviene de uno mismo y de la interacción social. La autodeterminación como derecho hace referencia a la garantía de que las personas, al margen de sus capacidades, puedan desarrollar un proyecto vital basado en su identidad personal y tener control sobre el mismo. En el caso de personas mayores con grave afectación, el ejercicio del derecho de la autodeterminación puede ser indirecto, es decir mediado por otros y por medio de los apoyos precisos (Martínez Rodríguez, 2010b). La autonomía como principio implica un esfuerzo permanente de apoyo a la autoestima de la persona con dependencia y un respeto absoluto a su dignidad personal y al ejercicio de su voluntad para que pueda -si no ha perdido totalmente sus facultades mentales- decidir libremente sobre su vida en aspectos accesorios o importantes -opiniones, anhelos, respeto intimidad, estímulo capacidad de decisión y de la creatividad, entre otros.

Para minimizar el debilitamiento o pérdida de función de la persona dependiente y frágil se trata de ayudarla en sus dificultades, estimulándola y realizando con ella actividades para las que tenga capacidad conservada o realizando con el grado de colaboración que sea posible y con la máxima delicadeza y respetando sus deseos, aquellas actividades que ella no puede realizar por sí misma (Ib.).

Por su parte, la planificación centrada en la persona es una metodología facilitadora para que la propia persona con discapacidad, en situación de fragilidad o dependencia, sobre la base de su historia, capacidades y deseos, planifique las metas que quiere alcanzar para mejorar su vida. Para ello puede ser necesario, si la persona presenta una grave afectación, posibilitar el ejercicio de la autodeterminación de forma indirecta, mediada por otros, ofreciendo un grupo social referencial así como los apoyos precisos. En este caso, este método busca dar poder efectivo garantizando su autodeterminación y partiendo de varias asunciones básicas: la atención individualizada debe ser el valor central de los servicios que apoyan a las personas; al partir de sus derechos, el foco se sitúa en sus capacidades, preferencias y elecciones, y los apoyos que precisan para ello cobran una importancia extrema; si la persona con discapacidad o dependencia grave mantiene relaciones de interdependencia con su red social próxima, su familia y amigos son esenciales y cumplen un papel clave en el ejercicio de la autodeterminación y en el desarrollo de su proyecto vital; la planificación centrada en la persona se entiende como un proceso continuo donde la escucha y el aprendizaje modulan los cursos de acción. Se trata, por tanto, de un proceso flexible y abierto al cambio, que debe adaptarse a las diferentes necesidades, deseos y aspiraciones de la personas en las diferentes etapas y circunstancias vitales (Ib.).

Un aspecto fundamental es que las actividades del cuidado, incluso las de carácter recreativo, sean plenas de sentido (Martínez Rodríguez, 2010a). De manera análoga a que el cuidado de la temprana infancia debe encararse seriamente, por todo el desarrollo cognitivo y emocional que está en juego, en el caso de las personas adultas mayores se trata de conservar al máximo sus capacidades, con pleno respeto de sus derechos. Para el ser humano esta puede ser una etapa para la creatividad y el disfrute, y no para ser condenado a vegetar.

Fuente CEPAL (2019), *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?*; II, pp. 11-25.

J. Envejecimiento, familias y sistemas de cuidados en América Latina

Sandra Huenchuan³⁵

Esta parte realiza un acercamiento a la relación entre familia y envejecimiento, las tendencias demográficas que la caracterizan y los desafíos que de ella se derivan para las políticas públicas, específicamente con respecto al cuidado en la edad avanzada. Se trata de una relación marcada por determinadas transformaciones globales de la sociedad, entre las que se destacan las consecuencias de la dinámica poblacional en la estructura y composición por edades de las familias, factores que, entre otros, modifican tanto su concepto como sus formas reales.

El incremento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad tienen importantes consecuencias para la relación entre familia y envejecimiento. En primer lugar, el aumento de la esperanza de vida prolonga la existencia de las personas en su etapa avanzada, extendiendo el tiempo dedicado al desempeño de ciertos roles (hijos, abuelos, madre, padre, entre otros), así como a las actividades personales, profesionales y de ocio, junto con un retraso de la edad de inicio de la viudez. En segundo lugar, la disminución de la fecundidad tiene efectos significativos, al reducir el número de miembros de la familia que potencialmente brindarían apoyo en la edad avanzada (Guzmán et al., 2003). Además, genera una tendencia al decrecimiento de los hogares jóvenes y al incremento de los hogares con y de personas mayores (Jelin, 1994). En tercer lugar, debido a que el aumento de la longevidad no siempre ha estado asociado a mejoras de las condiciones de vida, es probable que las generaciones que estén llegando a la vejez tengan una elevada probabilidad de sufrir algún tipo de dependencia a medida que aumenta su edad.

Esta situación plantea nuevos desafíos para las políticas de familia y los sistemas de protección social. Una rápida revisión de estos retos muestra la urgente necesidad de considerar el tema del envejecimiento y el cuidado como un asunto relevante para el quehacer público y privado, sobre todo tomando en consideración la capacidad de las familias, y de las mujeres en particular, de brindar apoyo y atención a las personas de edad avanzada, y además por las consecuencias para los gobiernos en términos de ampliación de los mecanismos de protección social.

1. Arreglos residenciales y envejecimiento

El escenario demográfico de la región se ha modificado profundamente en las últimas décadas, debido al acelerado descenso de la fecundidad y al aumento de la esperanza de vida. Estos cambios han contribuido, de manera cardinal, en la configuración de nuevos arreglos residenciales, y como consecuencia, surge una diversidad de situaciones respecto del tipo de hogares y familias existentes (Arriagada, 2007). Hoy en día, las familias que abarcan tres o incluso cuatro generaciones se han convertido en un fenómeno común, y aunque también existe la modalidad de vida independiente en la vejez, se expresa de manera más moderada que en otras regiones del mundo.

³⁵ Se agradece el apoyo de Daniela González, asistente de investigación del CELADE, en el procesamiento de los datos.

La composición y estructura de los hogares están asociadas a factores demográficos, económicos y culturales, que a la vez determinan su formación, cambios o disoluciones. La coresidencia de varias generaciones, por ejemplo, puede ser un resultado de la insuficiencia de recursos o del progresivo deterioro de las condiciones de salud de las personas mayores, que impiden a una fracción importante de esta población mantener hogares autónomos, o bien puede ser una consecuencia de las dificultades de los hijos para independizarse económicamente, razón por la que siguen formando parte de los hogares de sus antecesores (CEPAL, 2000).

Desde la perspectiva costo-beneficio, la coresidencia puede favorecer tanto a las personas mayores como al resto de los integrantes del hogar, ya sea a través de compañía, ayuda física y financiera, aunque también puede contribuir a la pérdida de privacidad, la disminución del estatus social de la persona de edad o a una carga física y emocional para los familiares que brindan cuidado a las personas mayores con deficiencias físicas o mentales (Saad, 2004, citando a Martin, 1990), cuando no cuentan con el apoyo suficiente.

La residencia independiente en la vejez, en tanto, está fuertemente relacionada con su viabilidad física y financiera. En la medida en que las personas mayores disfruten de buena salud o puedan pagar por servicios de asistencia, y que estén en condiciones de solventar los costos de mantener un hogar, es probable que opten por vivir de manera independiente. Sin embargo, una vez cumplidos estos requisitos, es posible que aún evalúen otra serie de factores, tales como la localización de la residencia (cerca de servicios, oportunidades de transporte a bajo costo, posibilidad de conservar redes de amigos, entre otros) o el diseño de la vivienda (cantidad de habitaciones, control de la temperatura y los ruidos, seguridad interior, etc.).

La diversidad de situaciones existente no siempre puede ser captada a través de las estadísticas, es por ello que, con el propósito de examinar los arreglos residenciales de las personas mayores, se han distinguido dos tipos entre sus hogares: los multigeneracionales y los unipersonales. Asimismo, se ha construido una tipología para medir la importancia relativa de los recursos aportados por las personas de edad a los hogares multigeneracionales, con el fin de calificar su grado de dependencia económica respecto de los demás miembros de la familia.

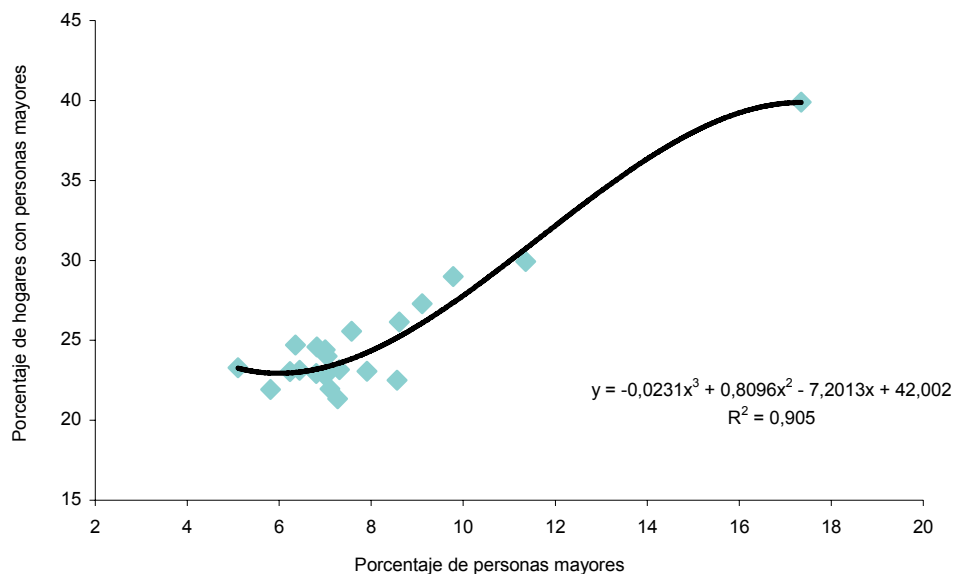
a) Hogares con personas mayores: arreglos multigeneracionales y residencia independiente en la vejez

Cuando se analiza la proporción de personas mayores en la región, y a pesar de los cambios que se avecinan, aún se observan valores inferiores al 10% en un importante número de países. Sin embargo, al examinar la proporción de hogares en que residen una o más personas mayores (multigeneracionales), esta cifra aumenta notablemente.

Considerando este indicador más detalladamente, se advierte una relación significativa entre el porcentaje de hogares con personas mayores y el porcentaje de personas de edad, en el sentido que aquellos aumentan a medida que los países avanzan en su proceso de envejecimiento demográfico (véase el gráfico IV.12). Así, en los países con envejecimiento incipiente, los hogares multigeneracionales constituyen cerca del 20%, y en aquellos con envejecimiento moderadamente avanzado alcanzan casi al 30% del total de los hogares. Algunas excepciones están representadas por el Ecuador y el Brasil, que con un envejecimiento moderado, tienen un 27,3% y un 19,8% de hogares multigeneracionales, respectivamente.

■ **Gráfico IV.12**

América Latina (países seleccionados): relación entre el porcentaje de personas mayores y el porcentaje de hogares con personas mayores, censos de las rondas de 1990 y 2000



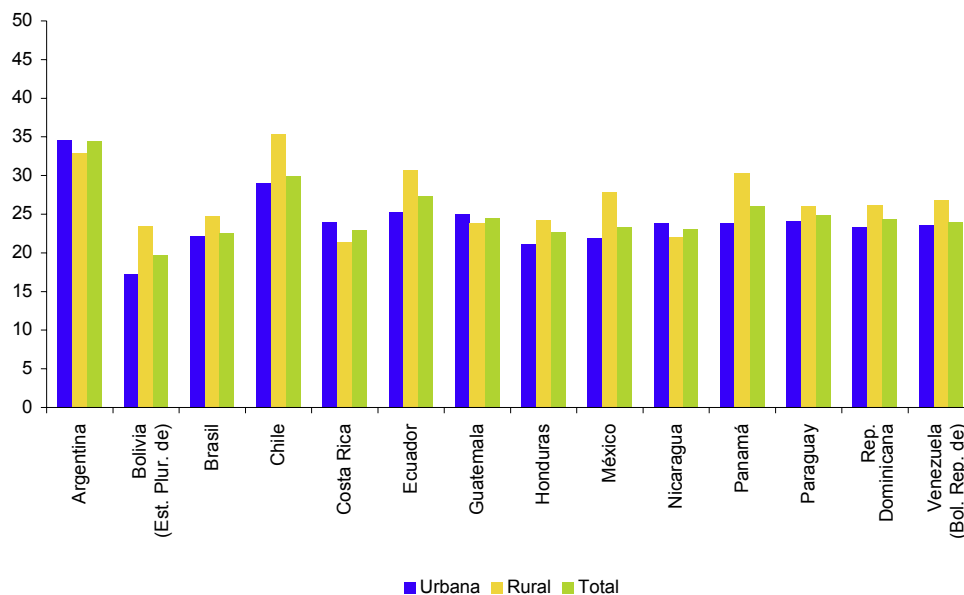
Fuente: S. Huenchuan y J. M. Guzmán, “Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de política”, Revista *Notas de Población*, N° 83 (LC/G.2340-P), Santiago de Chile, CELADE/CEPAL, 2007.

De este modo, el envejecimiento se hace más evidente a escala del hogar, apreciándose una importante presencia de personas de edad, ya sea en el rol de jefes o como miembros secundarios. En países como la Argentina, Chile, el Ecuador y Panamá, el porcentaje de hogares rurales con personas mayores supera al 30% (véase el gráfico IV.13). En las áreas urbanas, en tanto, los mayores porcentajes de este tipo de hogares se presentan en la Argentina, Chile, el Ecuador y Guatemala (alrededor del 25%).

En América Latina, la proporción de personas mayores que viven solas no es tan elevada como en otras regiones del mundo, y en la mayoría de los países no supera el 17%; sin embargo, la comparación de las tendencias observadas en las rondas de censos de 1990 y 2000 advierte acerca de un posible incremento en la probabilidad que las personas de edad vivan solas. Los países que presentaban las cifras más encumbradas de residencia independiente en 2000 eran la Argentina (16,6%) y el Estado Plurinacional de Bolivia (15,6%) (véase el gráfico IV.14).

■ **Gráfico IV.13**

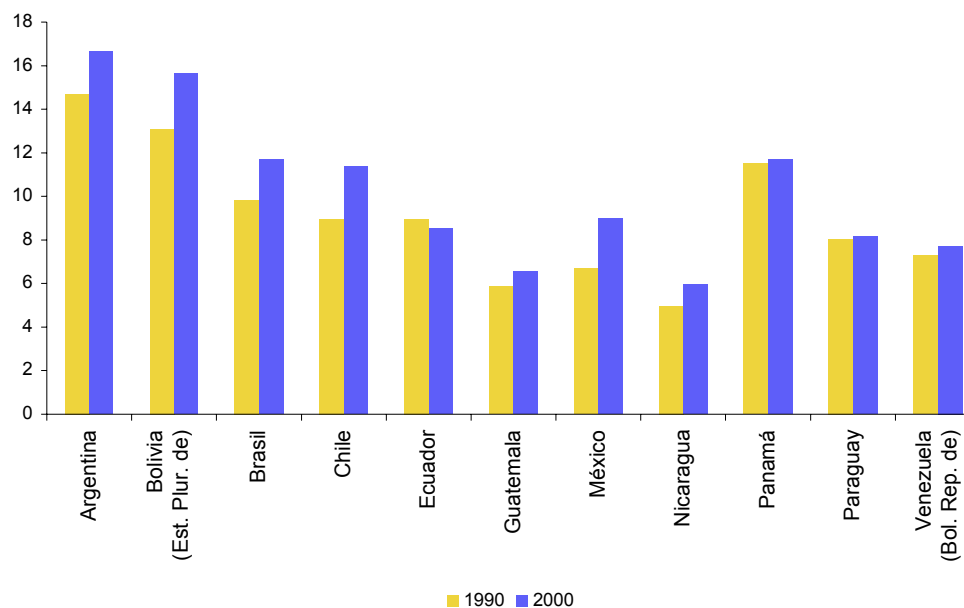
América Latina y el Caribe (países seleccionados): hogares con personas de edad, según área de residencia, censos de la ronda de 2000
(En porcentajes)



Fuente: CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe* (LC/L.2987), Santiago de Chile, 2009.

■ **Gráfico IV.14**

América Latina y el Caribe (países seleccionados): personas de edad que viven solas, censos de las rondas de 1990 y 2000
(En porcentajes)



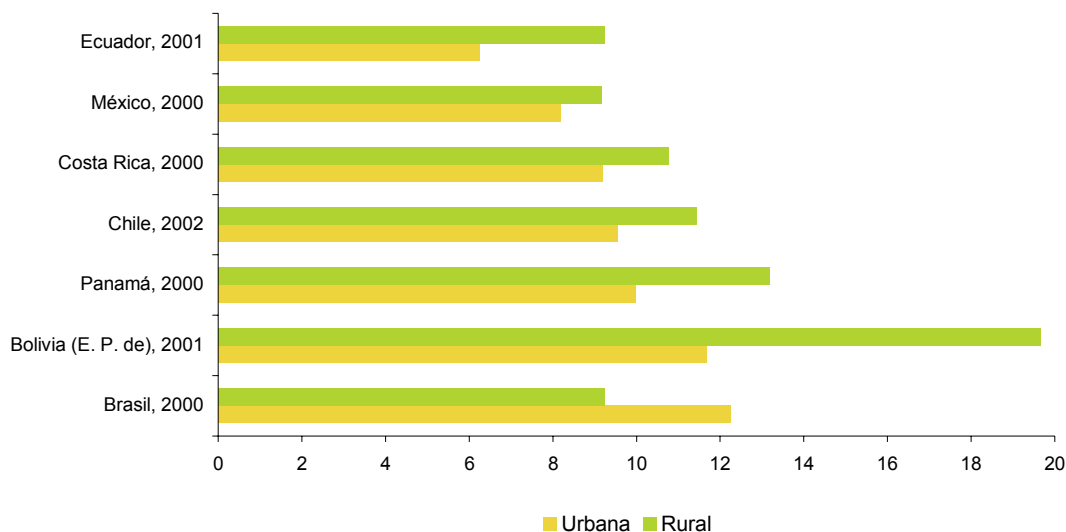
Fuente: CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe* (LC/L.2987), Santiago de Chile, 2009.

De acuerdo a la información disponible, son las personas de edad que residen en las áreas rurales las que tienen mayores probabilidades de vivir solas —con excepción de las brasileñas— (véase el gráfico IV.15). Un estudio de Iwakami et al. (2004) afirma que la migración rural-urbana es la principal responsable de la ruptura de lazos de coresidencia y proximidad. Aunque ello no necesariamente significa la ausencia de vínculos afectivos o de transferencias monetarias, la distancia de los descendientes que residen en las ciudades respecto de las zonas rurales hace imposible el apoyo instrumental que podrían requerir los mayores para desempeñar las actividades de la vida diaria.

■ **Gráfico IV.15**

América Latina (países seleccionados): personas de 60 años y más que viven solas, según área de residencia, 2000

(En porcentajes)



Fuente: CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe* (LC/L.2987), Santiago de Chile, 2009.

Existen diferencias subregionales en los porcentajes de hogares unipersonales de personas mayores. En el Caribe, la residencia independiente es más elevada que en América del Sur y Centroamérica, donde las cifras son bastante inferiores (Naciones Unidas, 2006). Con todo, en el conjunto de la región hay menos hogares unipersonales de personas de edad que en otras partes del mundo, y de acuerdo con los datos de la División de Población de las Naciones Unidas, en 2006 este tipo representaba el 9% del total de hogares con personas mayores —muy cercano a los valores de África (8%) y Asia (7%)—, mientras que en Europa y América del Norte constituía el 26% (Naciones Unidas, 2006).

Sin embargo, y más allá de las cifras, la mayor diferencia entre los hogares unipersonales de personas mayores de la región y los de los países desarrollados es que en estos últimos la residencia independiente refleja el deseo y la existencia de condiciones favorables para optar por este tipo de arreglo. En cambio, en América Latina y el Caribe vivir solo podría más bien representar un riesgo asociado a la falta de una mejor opción (Saad, 2004).

b) Corresidencia y posibilidades de apoyo mutuo entre las generaciones

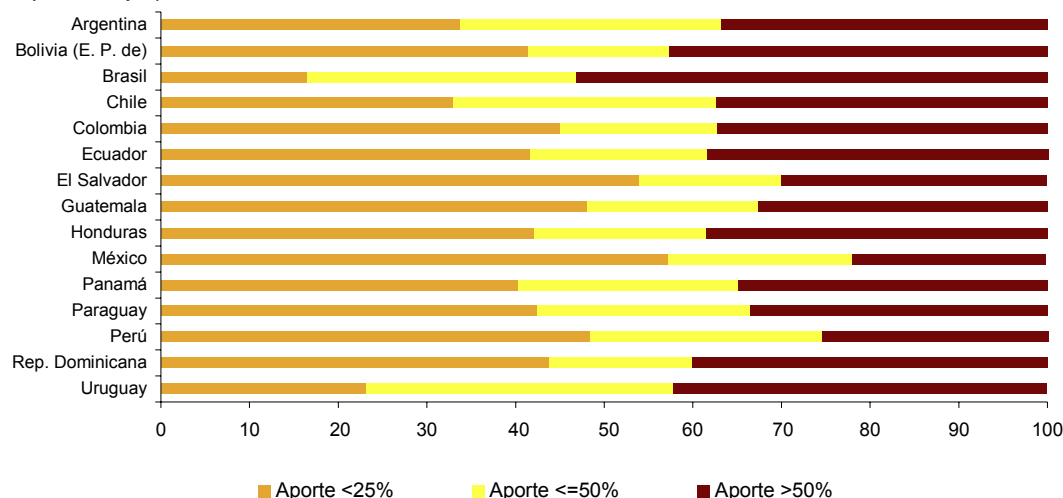
En contextos de sistemas de protección social débiles, los hogares multigeneracionales constituyen una opción favorable para las personas mayores y sus familias, toda vez que, por una parte, permiten asegurar el apoyo a las personas de edad con algún nivel de vulnerabilidad (Saad, 2004), y por otra, los ingresos de las personas mayores siguen constituyendo una fuente importante de recursos para las familias (CEPAL, 2000).

Hay una clara relación entre la contribución al presupuesto familiar que significan los aportes de las personas mayores en los hogares multigeneracionales, la incidencia de la pobreza y la dependencia generacional (véase el gráfico IV.16). En los hogares donde se presentan más altos niveles de pobreza y el aporte constituye una baja fracción del total de recursos disponibles (menos del 25%), su constitución podría responder a condiciones de dependencia económica o a necesidades de cuidado de los miembros de más avanzada edad. En cambio, en aquellos hogares donde el aporte económico de las personas mayores es significativo (superior al 50%) y hay mayor incidencia de la pobreza, se trataría de la relación inversa, pues los beneficiados con la convivencia serían los miembros de otras generaciones (CEPAL, 2000).

■ Gráfico IV.16

América Latina (15 países): hogares multigeneracionales y aporte de las personas mayores al ingreso del hogar, alrededor de 2005

(En porcentajes)



Fuente: CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe* (LC/L.2987), Santiago de Chile, 2009.

Aproximadamente en 4 de cada 10 hogares multigeneracionales de 15 países de la región las personas mayores aportan más del 50% del ingreso familiar, y en una cantidad muy similar contribuyen con menos del 25%³⁶. Los datos presentados en el gráfico IV.16 revelan que los países donde las personas de edad colaboran más sustantivamente con el ingreso del hogar son la Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia, el Brasil, Chile y el Uruguay. En estos países, la cobertura de la seguridad social (sea de origen contributivo o no contributivo) estaría teniendo un efecto directo

³⁶ Si se excluye al Brasil, la cantidad de hogares en que las personas mayores contribuyen con más del 50% del presupuesto disminuye a 3 de cada 10, y la cantidad de hogares en los que aportan menos del 25% aumenta a cerca de 4 de cada 10.

en la capacidad de las personas mayores de aportar significativamente al ingreso del hogar y, como corolario, en las posibilidades de que se creen situaciones de allegamiento de las familias de generaciones más jóvenes al núcleo de origen formado por personas de edad.

En suma, los arreglos familiares donde se constata la presencia de personas mayores exhiben varios rasgos similares en los países de la región. Desde el punto de vista de las repercusiones para el bienestar, la más significativa es el efecto de las prestaciones de protección social de los miembros de más avanzada edad, que muchas veces se extienden a toda la familia. Invariablemente, el dinero y otros recursos que poseen las personas mayores son compartidos con sus hijos y familiares más jóvenes, lo que fortalece la base de recursos de la familia y contribuye al bienestar de distintas generaciones (Naciones Unidas, 2005).

2. Envejecimiento y sistemas de cuidados

El aumento de la población de personas mayores y el paulatino incremento de la esperanza de vida han suscitado interés por el funcionamiento de los sistemas de cuidado. El énfasis en este tema se debe, principalmente, a cuatro factores. En primer lugar, el envejecimiento aumenta la demanda de servicios de asistencia, debido a que las personas de edad experimentan con frecuencia cierto deterioro de sus condiciones de salud (física y/o mental) y un debilitamiento de las redes sociales por la pérdida de la pareja, los amigos y los parientes.

En segundo término, la población adulta mayor que precisa cuidados de forma permanente se encuentra en franco proceso de crecimiento. De acuerdo a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en América Latina y el Caribe habrá aumentado en un 23% la prevalencia de necesidad de cuidados en la población de edad avanzada entre 2000 y 2010, y diez años más tarde se habrá incrementado en un 47%, lo que se traducirá en que más de diez millones de personas de 60 años y más requerirán asistencia cotidiana (WHO, 2002).

En tercer lugar, el cuidado ha recaído tradicionalmente en las mujeres, y estas —debido a presiones económicas, sociales u opciones personales— se han ido alejando progresivamente de estas tareas. Como contrapartida, la inserción de las mujeres en el mercado del trabajo extradoméstico no siempre es acompañada, con el mismo énfasis, por una mayor presencia de los hombres en las responsabilidades de cuidado, sea por socialización de género o porque quienes precisan de cuidado valoran menos el aporte que los hombres puedan realizar en esta tarea. Y en cuarto término, los servicios sociales de apoyo a la reproducción social de la población de personas mayores aún no han logrado un pleno respaldo público, y la familia —y en menor medida, el mercado— actúa como principal mecanismo de absorción de los riesgos asociados a la pérdida de funcionalidad en la vejez (Huenchuan y Guzmán, 2007).

Los países de la región son particularmente sensibles ante este tema, debido a que han experimentado un proceso de envejecimiento más acelerado que el de los países desarrollados, a que aún persiste la demanda por cuidado en las edades preescolares, y a que las condiciones socioeconómicas estructurales no siempre han permitido instaurar medidas públicas suficientes para cubrir las necesidades de asistencia, privilegiándose —en el mejor de los casos— otros ámbitos de protección social.

a) El efecto del envejecimiento en los sistemas de cuidados

El aumento de la población de personas mayores no debería ser un problema para los sistemas de cuidados. La dificultad estriba en que las sociedades no han creado los mecanismos adecuados para enfrentar este fenómeno y sus consecuencias.

El cuidado es la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria. En este sentido, la necesidad de cuidado en las edades más avanzadas no es un asunto nuevo. En todas las sociedades siempre ha habido personas que han requerido la ayuda de otros para realizar las actividades cotidianas. Sin embargo, desde mediados del siglo XX, el modo como se ha dado respuesta a estas necesidades ha experimentado notables cambios (Casado y López, 2001). Así, el cuidado se ha ido constituyendo en un problema moderno, debido a las peculiaridades de la situación actual.

Por una parte, y como en todas las épocas, existen personas que no pueden valerse por sí mismas, y por otra, los modos tradicionales de atenderlas están en crisis, justo en un momento en que aumenta la cantidad de personas que precisan ayuda por causas de distinto orden, tales como el envejecimiento, la extensión de la vida mediante métodos artificiales, la mayor supervivencia a los accidentes, entre otras (Sempere y Cavas, 2007). De ahí que numerosos estudios hayan calificado la necesidad de cuidados como un nuevo riesgo social, propio de las sociedades en transición o ya maduras, que demanda una serie de servicios de protección pública especializados.

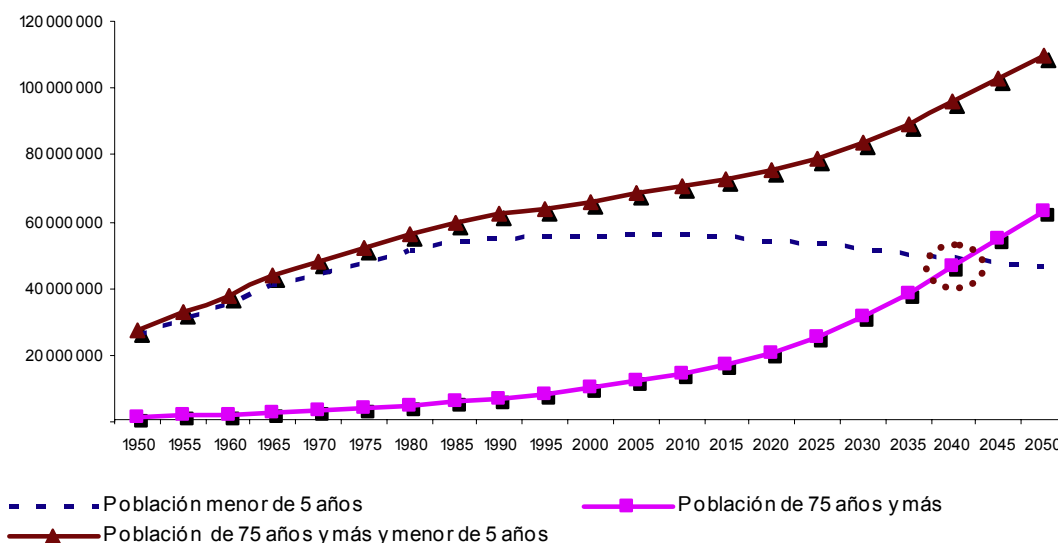
La principal diferencia entre los países de la región y los desarrollados es que en estos últimos la consideración de la necesidad de cuidados como un riesgo social empezó a instalarse a partir de los años setenta. En ese momento, un informe de la OCDE (1973) advertía que “el crecimiento no es suficiente en sí mismo, sino un medio para lograr unas condiciones de vida mejores”, y colocaba en el primer lugar de una lista de preocupaciones sociales la posibilidad de disfrutar de una buena salud a lo largo de toda la vida. En los países de la región, en cambio, este proceso ha tenido una evolución reciente, entre otras razones, porque los sistemas tradicionales de cuidado continuaban funcionando con relativa estabilidad hasta bien entrados los años ochenta, y a que las personas de edad avanzada no tenían un peso demográfico importante en el conjunto de la población.

Como se aprecia en el gráfico IV.17, se prevé que la población con necesidad de cuidados aumente notablemente en los próximos años. Los menores de 5 años seguirán representando el sector más importante que proteger y cuidar hasta aproximadamente el año 2040. A partir de ese momento, las personas mayores de 75 años aumentarán paulatinamente, y seguramente concentrarán la atención y los servicios de asistencia. Y, aunque es verdad que muchas personas de este grupo etario gozan de buena salud y alto grado de independencia, no es menos cierto que el riesgo de sufrir una situación de fragilidad o discapacidad se eleva enormemente con la edad. Por lo tanto, en un contexto de envejecimiento, la sociedad debe preocuparse por la dependencia en los dos extremos: los más jóvenes y los más viejos.

El impacto de estos cambios se sentirá con más fuerza en los próximos años, una vez que la maduración social y demográfica del fenómeno vaya exigiendo modificar las prestaciones sociales y sanitarias que en la actualidad se ofrecen a la población de personas mayores, a la niñez y a las personas con discapacidad.

■ **Gráfico IV.17**

América Latina: personas mayores de 75 años y niños menores de 5 años, 1950-2050
(En valores absolutos)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de los microdatos censales.

b) El papel de la familia y las mujeres en las tareas de cuidado

En la sociología de la vejez, los sistemas de cuidados se insertan en el campo más amplio de la discusión académica sobre el apoyo social. En la economía del envejecimiento, sin embargo, los cuidados se ubican en el ámbito de la seguridad económica, puesto que si las personas mayores debieran pagar por los servicios de asistencia que reciben de sus parientes, seguramente sus probabilidades de ser pobres aumentarían notablemente.

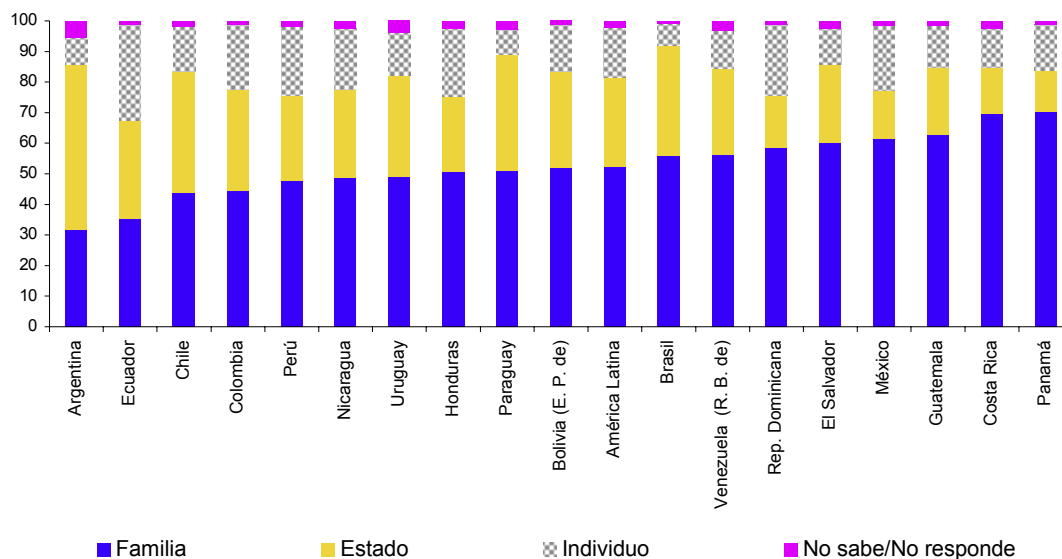
Existen tres fuentes de cuidado en la vejez: la familia, el Estado y el mercado. Ninguna de estas instituciones tiene competencia exclusiva en la provisión de cuidado y, como resultado de ello, no siempre existe una clara división entre la asistencia que presta cada una, aunque sí hay diferencias respecto de la responsabilidad principal que se les atribuye.

Los datos de la encuesta de opinión Latinobarómetro 2006 muestran que, en la mayoría de los países de la región, las personas entrevistadas opinaron que la responsabilidad de que las personas mayores disfrutaran de condiciones de vida dignas dependía de la familia, en menor medida del Estado, y muy lejanamente de la propia persona (véase el gráfico IV.18).

■ **Gráfico IV.18**

América Latina y el Caribe: opinión sobre quién es responsable de asegurar buenas condiciones de vida para las personas mayores, 2006

(En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de las respuestas a la pregunta “¿Quién es responsable de asegurar buenas condiciones de vida para las personas mayores?”, de la encuesta de opinión Latinobarómetro, 2006.

Esta opinión se repite como una constante en la mayoría de los países, aunque en algunos de ellos hay diferencias según el género de la persona entrevistada. Así, mientras en promedio hay una proporción más alta de mujeres que de hombres que opina que la responsabilidad principal es de la familia, se registra un mayor porcentaje de hombres que considera que esta responsabilidad le cabe sobre todo al Estado. El único país donde más del 50% de los hombres y similar proporción de las mujeres piensa que es el Estado el que tiene principalmente en sus manos el bienestar de las personas mayores es la Argentina. En Panamá, en cambio, más del 65% de las mujeres y los hombres entrevistados opinó que la familia es la principal responsable.

Al respecto, es interesante observar que, en la medida en que el Estado es débil como elemento unificador de la vida política y como instancia de protección social, las miradas se vuelven hacia la familia como herramienta probable de cohesión social, y se le exige que sea también, en última instancia, la que actúe frente a los vacíos de protección. Ello explica, en parte, por qué en países con bajos niveles de protección social la opinión de los entrevistados por la encuesta Latinobarómetro recae más en la familia como agente responsable del bienestar.

En los hechos, efectivamente, una de las fuentes más importantes de cuidado en la vejez es y continuará siendo la familia, la que puede responder a esta necesidad mediante la transferencia de tiempo, es decir, ofreciendo cuidados personales, o financiándolos en el mercado, mediante transferencias en efectivo. Debido al contexto en que ocurre el envejecimiento en la región, pareciera que la opción más recurrente de apoyo familiar es a través de la ayuda directa (tiempo) para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Por ejemplo, los datos de la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) muestran que, alrededor del año 2000, una proporción importante de personas mayores de siete ciudades de América Latina y el Caribe recibía apoyo familiar para el desarrollo de actividades funcionales e instrumentales de la vida

diaria (véase el cuadro IV.7)³⁷. En la muestra de Chile, la proporción de personas receptoras de ayuda en actividades funcionales de la vida diaria (cerca del 52%) constituía el doble que la del Uruguay (cerca del 26%). En general, el porcentaje que recibía colaboración en las actividades instrumentales era significativamente mayor que el que recibía apoyo en las actividades funcionales, variando de poco menos del 70% en la Argentina hasta casi un 92% en el Brasil. Otro aspecto documentado por esta encuesta es que el apoyo más importante proviene de los miembros que conviven en el hogar, seguido por el de los hijos o hijas que viven fuera (Saad, 2003).

■ Cuadro IV.7

América Latina (ciudades seleccionadas): proporción de personas mayores con dificultad que recibieron ayuda en actividades de la vida diaria,^a 2000

Características	Actividades funcionales (AFVD)		Actividades instrumentales (AIVD)	
	Tienen dificultad	Reciben ayuda ^b	Tienen dificultad	Reciben ayuda ^b
Edad				
60 a 64 años	13	26	15	75
65 a 74 años	15	33	21	79
75 años y más	31	51	47	88
Sexo				
Hombres	15	43	30	83
Mujeres	23	42	35	84
Estado conyugal				
No casados	23	45	35	85
Casados	16	40	21	82

Fuente: P. Saad, "Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuestas SABE", Revista *Notas de Población*, N° 77 (LC/G.2213-P), Santiago de Chile, CELADE/CEPAL, 2003.

^a En siete ciudades seleccionadas según características demográficas.

^b Entre los que tienen dificultad.

Los datos presentados para América Latina (véase el cuadro IV.7) y para Chile dan cuenta de la magnitud del aporte familiar en la reproducción social de la población de edad avanzada. Ello es consecuencia, en parte, de una estructura poblacional relativamente joven, y del lento e insuficiente desarrollo de los sistemas de protección social, que en la mayoría de los países de la región no han establecido sólidos sistemas de apoyo institucional para las personas mayores en condiciones de dependencia.

En general, la respuesta estatal a las necesidades de cuidado personal se limita a una reducida oferta de programas, que logra una ubicación marginal en el quehacer público. Con ello, la solución del problema se ha trasladado a las familias, mediante estrategias de solidaridad entre las generaciones, muchas de ellas basadas en la extensión y recomposición de los hogares. Así, la asistencia económica y el cuidado de las personas mayores han pasado a ser responsabilidad de los propios familiares, en la medida en que el Estado ha asumido un papel secundario en este ámbito (CEPAL, 2000).

³⁷ Las actividades funcionales de la vida diaria suponen poder realizar en forma independiente tareas como las de alimentación, aseo, vestuario, movilidad, continencia y uso del baño. Las actividades instrumentales de la vida diaria, en tanto, son llamadas así porque requieren algunos instrumentos y precisan mayor indemnidad de las personas para ser efectuadas, permitiéndoles tener una vida social mínima. Dentro de ellas se cuentan el uso del teléfono, el cuidado de la casa, la salida de compras, la preparación de la comida, el uso de medios de transporte, el uso adecuado del dinero y la responsabilidad sobre los medicamentos (OPS, 2004).

En este sentido, y tal como han advertido distintos autores, son necesarias algunas precisiones, puesto que cuando se habla de la familia debe distinguirse la labor de las mujeres en la provisión de servicios de cuidado (Sánchez, 1996)³⁸. La tradición, la socialización y las relaciones económicas sitúan a las mujeres en el centro de las tareas de cuidado de las personas mayores —y, por cierto, de otros grupos sociales—, y ello suele ser independiente de que realicen un trabajo remunerado, estudien o se dediquen a los quehaceres domésticos.

En algunos casos, ello puede socavar los derechos de las mujeres y las niñas, o limitar sus oportunidades, capacidades y decisiones, traduciéndose en un obstáculo para la equidad de género y el bienestar. Por ejemplo, mientras la educación es un derecho de todo niño, muchas niñas deben abandonar la escuela para ayudar en las actividades domésticas o cuidar a sus hermanos menores cuando sus madres se enferman o trabajan fuera de la casa. También suele ocurrir que las mujeres que no pueden pagar por el cuidado de sus dependientes a menudo no pueden realizar una labor remunerada, o están restringidas a optar por trabajos precarios y mal pagados. Su capacidad de asegurar la vejez o contribuir para una pensión es reducida, intensificando de esta manera su inseguridad a largo plazo (Esplen, 2009).

De lo anterior se concluye que, de no haber intervenciones explícitamente dirigidas a prestar este tipo de servicios, las posibilidades de ofrecer cuidado a las personas mayores podrían variar entre las familias según el tipo de arreglo residencial y el nivel socioeconómico, acentuando con ello las desigualdades en la vejez. Partiendo del hecho de que las mujeres son las principales cuidadoras de las personas de edad cuando conviven en el mismo hogar, habría una importante diferencia entre las familias en que la mujer tiene un trabajo extradoméstico y aquellas en que se dedica a las labores del hogar. En el primer caso, las posibilidades de prestar asistencia a una persona mayor serían más limitadas —aunque cada vez es más frecuente que las mujeres que asumen tareas productivas fuera del hogar las combinen con tareas de cuidado—, y según la situación económica, es probable que se recurra a servicios externos.

En suma, la posibilidad de las personas mayores de recibir ayuda de sus descendientes para el desarrollo de las actividades funcionales e instrumentales de la vida diaria es el resultado de las circunstancias demográficas y sociales predominantes en décadas pasadas, las cuales se han ido modificando sustancialmente (Huenchuan y Guzmán, 2007). Entre los principales cambios se encuentra la fuerte disminución de la fecundidad, que reducirá el tamaño potencial de la red de apoyo familiar con que contarán las personas mayores a futuro. Las generaciones que actualmente están prestando ayuda a sus antecesores no tienen la misma probabilidad de recibir ese apoyo por parte de sus descendientes (Huenchuan y Guzmán, 2007). Asimismo, la incorporación plena de la mujer al trabajo extradoméstico disminuye la disponibilidad de un recurso que, por su condición de género, ha tendido a estar sobrecargado con funciones de cuidado. Este cambio trae consigo una disminución de la capacidad de asistir a los miembros con algún nivel de dependencia, siendo necesario recurrir a servicios externos que reemplacen a las parientes mujeres en esta tarea (Maldonado y Hernán, 1998). Por último, el aumento de la esperanza de vida implica que la etapa de la vejez se prolonga. Las familias habrán de ocuparse de sus miembros mayores por más tiempo, y las mujeres irán envejeciendo a la vez que cuidarán a sus descendientes y ascendientes. Una mujer que tuvo sus hijos o hijas a los 25 años puede ser madre por 45 o 55 años. A pesar de la visión tradicional, que concibe que las mujeres se ocupan de hijos e hijas solo los primeros 10 años de la existencia de estos, la experiencia demuestra que la responsabilidad de prestar ayuda permanece durante

³⁸ El cuidado suele asociarse únicamente a los niños, por lo que los otros tipos de atención pasan a ser invisibles. Aunado a lo anterior, generalmente se piensa que la carga de cuidado se concentra en la juventud, porque sería a esta edad que las mujeres tienen bajo su responsabilidad a los niños, pero las evidencias demuestran que ellas pueden ser cuidadoras también en otras etapas de la vida, y que terminan prestando esta forma de ayuda más de una vez en su ciclo de vida: empezando por los hijos, para luego seguir con los padres y concluir cuidando al cónyuge enfermo. Estos tres episodios corresponden, por lo general, a tres momentos demográficos de las mujeres: la juventud, la adultez y la madurez (Robles, 2003, citando a Kahan *et al.*, 1994).

toda la vida. El aumento de la longevidad femenina alargará este rol, que coexistirá con el de hija, ya que los padres vivirán más tiempo (Sánchez, 1996, citando a Calasanti, 1996).

En definitiva, la protección frente a la necesidad de cuidado en la vejez será un desafío ineludible para las políticas públicas de las próximas décadas. El reto no es otro que atender las necesidades de las personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyo para desarrollar actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía (Sempere y Cavas, 2007).

3. El envejecimiento, los cuidados y las opciones de política

En todas las sociedades se ha esperado que sea la mujer la que cuide a los demás miembros de la familia sin percibir remuneración alguna. Como consecuencia, puede quedar atrapada en un círculo vicioso: la expectativa de que realice tareas no remuneradas interfiere con la evolución de su carrera, y en consecuencia luego percibe una pensión de menor cuantía, ya que su estancia en el mercado de trabajo es intermitente. Finalmente, la insuficiencia de las prestaciones económicas que recibe aumenta su dependencia de los demás miembros de la familia, normalmente otras mujeres, que tienen que atenderla a su vez. Si el Estado o la sociedad no intervienen, este ciclo se repite (Naciones Unidas, 2002).

De acuerdo a la información disponible, se aprecia en los países de la región una alta participación femenina, en especial de las hijas, en el cuidado de las personas mayores; pero generalmente no reciben ninguna retribución económica por ello, no cuentan con la preparación adecuada para hacer esta tarea, y la realizan a un costo personal muy alto³⁹. Sin embargo, el contexto en que se produce el envejecimiento en la región contribuye a que la problemática de los cuidados en la vejez se siga manejando como un asunto privado, y no de solidaridad colectiva.

En los últimos años, el envejecimiento de la población y las transformaciones de la estructura demográfica se han convertido en un punto central de debates en los países europeos. Ello no solo por razones de equidad y cohesión social, sino también por su creciente impacto en los sistemas de protección social (véase el recuadro 2). Para hacer frente a estos problemas, a partir de mediados de los años noventa se han ido formulando diversos planteamientos, y han ido emergiendo experiencias de todo tipo (Libro Blanco del Reino Unido, de 1998; Ley Alemana de 1995; Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España, de 2004), dirigidas a adaptar los sistemas de protección social a las nuevas realidades sociodemográficas, principalmente a través de la incorporación de un cuarto pilar al sistema de protección social: el de los servicios sociales para fortalecer la autonomía (Huenchuan y Morlachetti, 2007).

El debate sobre los servicios sociales, por tanto, está cada vez más presente en la agenda política y social de los países desarrollados y responde, principalmente, a la encrucijada en la que se encuentra el sistema de protección social europeo. Este sistema fue construido partiendo del supuesto de que estables y tupidas redes familiares y comunitarias (y en ellas, especialmente las mujeres) se ocuparían de brindar un amplio abanico de apoyos a las personas que de forma transitoria o permanente se encontrarán en situaciones de vulnerabilidad, riesgo o desprotección.

³⁹ Un estudio realizado a cuidadores y cuidadoras de personas mayores que sufrían de Alzheimer, en localidades rurales y urbanas de Chile, encontró que el 82,9% de ellos eran familiares, de estos, el 64,3% eran hijos o hijas, un 15,7% esposos o esposas y un 2,9% hermanos; solo un 17,1% correspondía a otros cuidadores, tales como personas remuneradas, amigos o vecinos. El 84,3% de los cuidadores eran mujeres, y el promedio de tiempo de cuidado alcanzaba los 7 años. Al consultárseles qué significaba el paciente para ellos, el 58,6% consideró que era "un ser que necesita ayuda"; mientras que el 21,4% respondió que era "un enfermo y carga para ellos". Las diferencias de opinión entre cuidadores del área rural y urbana fueron evidentes: el cuidador rural destacó el significado afectivo que lo unía al paciente, y reconoció a la familia como un agente dador de cuidado; por su parte, los cuidadores urbanos percibían mayoritariamente al paciente como una obligación, y opinaban que el desempeño de esa labor limitaba su satisfacción de necesidades personales (Vidal et al., 1988).

Este modelo del varón sustentador, con una trayectoria laboral extensa e intensa, era la garantía de los derechos sociales. Sin embargo, en las últimas décadas, este panorama fue modificándose radicalmente, ante la emergencia de nuevos riesgos y procesos sociales que están alterando esos supuestos y, por lo tanto, incrementando exponencialmente los desajustes entre el sistema de protección social y la realidad a la que debe dar respuesta. En este contexto, se impuso la necesidad de configurar el sistema de servicios sociales como el cuarto pilar de la protección social (Fantova, 2006).

Los servicios sociales están estratégicamente colocados en la interfaz entre el sistema formal de protección social y las redes familiares y comunitarias. Se dedican al apoyo personal, a la atención domiciliaria o residencial, es decir, brindan respuesta a las necesidades que se están incrementando con el envejecimiento de la población. Tienen su fundamentación jurídica en los derechos sociales, los cuales están orientados a asegurar un nivel básico de servicios que garanticen el desarrollo de las personas y las colectividades mediante la intervención estatal en su prestación y en la distribución del bienestar. De este modo, los poderes públicos promueven condiciones para que la libertad y la igualdad de las personas y los grupos en que se integran sean reales y efectivas, removiendo los obstáculos que impiden o dificultan su plenitud y facilitando la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social (IMSERSO, 2004).

En América Latina, la discusión sobre la protección social tiene énfasis distintos. Debido al contexto general de carencias y rezagos institucionales, la protección social de las personas mayores es aún un tema incipiente, ligado más a la seguridad social que a otros ámbitos del bienestar social. Este énfasis no es casual, sino que tiene directa relación con la baja cobertura de pensiones y jubilaciones y con la cantidad absoluta y relativa de personas mayores sin ingresos. Esto lleva a que las familias se vean en la obligación de constituirse en una de las fuentes principales de protección en la vejez, a la vez que brindan, entre otros servicios, la habitación, la alimentación y el cuidado. Sin embargo, aunque las soluciones familiares resultan un valioso aporte, debieran ser fruto de una opción y no de una necesidad (CEPAL, 2006).

Por otra parte, los programas de otra índole existentes para las personas mayores —como de cuidados domiciliarios, pensiones no contributivas, fomento a la participación, entre otros— tienen un claro sesgo asistencial, y suponen que el acceso a esas prestaciones depende de los recursos de las personas mayores y no de las necesidades que presentan. La experiencia de programas asistenciales dirigidos a las personas de edad demuestra que el mayor peso de los cuidados en la vejez recae en la familia, y especialmente en la mujer, dejando a merced del mercado informal —como casas de reposo no reguladas— la prestación de determinados servicios que, en general, cuentan con insuficientes recursos para asumir esta tarea. Incluso en países con fuerte privatización de los servicios públicos, la demanda social hace que la gestión privada ofrezca mejores garantías de calidad que los servicios públicos, y cuando estos servicios se descentralizan, derivan en desequilibrios territoriales importantes. Lo anterior implica una protección limitada e incierta, que no se corresponde con los derechos humanos como principios rectores del desarrollo.

Por esto, es fundamental que en la discusión para un nuevo consenso en relación a la protección social en los países de la región se incorpore el envejecimiento como un hecho insoslayable e ineludible, que plantea serios desafíos a los modelos hegemónicos existentes. Ello supone considerar a las personas de edad en la agenda de las políticas públicas, y tomar en cuenta a los actores inmersos en el tándem necesidad-servicio en lo que respecta al cuidado en la vejez.

En el caso específico de las mujeres, es imprescindible avanzar hacia una protección más amplia de sus derechos. Por una parte, hay que superar el imaginario colectivo que asume que los cuidados se prestan de manera gratuita, y que forman parte de la red de responsabilidad filial únicamente. También hay que asegurar la protección en la vejez de las mujeres que brindan cuidados, estableciendo medidas compensatorias para disminuir los efectos de la intermitencia laboral, producto

de su ocupación en este tipo de servicios. Asimismo, hay que proteger la salud de las mujeres que ofrecen cuidados, a través de la provisión de servicios acordes a sus necesidades y tiempo para cuidar de sí mismas (Huenchuan, 2008).

Lo anterior no implica que en el futuro cercano se espere que la familia sea reemplazada por los agentes privados en la provisión de cuidados a los miembros que lo necesitan, sino que advierte sobre la necesidad de mejorar las condiciones en que se realiza esta función y fortalecer la capacidad familiar —y en especial de las mujeres— para continuar desarrollando esta tarea sin arriesgar el ejercicio de sus propias opciones y libertades personales.

Fuente S. Huenchuan (2018), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*; Cap. V C, pp. 220-231.

K. Los cuidados paliativos al final de la vida y la muerte digna

1. El derecho a la vida y a la dignidad en la vejez

La proximidad de la muerte conlleva una serie de actividades asociadas a la organización de los asuntos que marcan el final de la vida, por lo que es imprescindible que ellas —que son llevadas a cabo por las familias, cuidadores y prestadores de atención médica, entre otros— cumplan estándares que aseguren que las personas puedan vivir en condiciones adecuadas hasta que se produzca la muerte clínica y biológica.

Entre los grupos más desprotegidos ante la muerte se encuentran las personas mayores. Su ubicación en la estructura por edades de la sociedad se traduce casi por defecto en un predictor de su fallecimiento, lo que da lugar a un modo particular de conducirse con ellas: “La estructura social en la que se hallan implicados [los ancianos] se orienta ya hacia su próxima muerte; sus familias se van independizando de ellos, el alcance de las referencias al futuro disminuye progresivamente. Se considera correcto tratar el hecho de su muerte como algo que trae menos consecuencias para los demás, porque ello no entraña una drástica revisión de los planes de vida, como sucede cuando está por morir un adulto joven” (Sudnow, 1967)⁴⁰.

En ocasiones se trata a las personas mayores como cadáveres aunque estén clínica y biológicamente vivas. Esto se produce de manera particular en el caso de aquellas que se encuentran moribundas o padecen enfermedades terminales, si bien hay que reconocer que no necesariamente deben estar en tales circunstancias para recibir un trato vejatorio. Muchas veces no importa qué tan deteriorada esté su condición cuán definitiva sea su gravedad; existe una predisposición a dirigirse a ellas como personas que están muriendo.

De esta manera, su muerte es un hecho predictivo que se consuma socialmente con anticipación. Con frecuencia, las personas mayores que requieren atención de emergencia no reciben el mismo trato que una persona más joven, no son internados junto con otros pacientes que sufren las mismas patologías, se los mantiene en una camilla o en los pasillos sentados en sillas, se los sujeta con amarras como forma de prevenir caídas, se les niega la presencia de un acompañante o se les impide el desplazamiento independiente, entre otras situaciones⁴¹. Es más, según los especialistas, los médicos, incómodos frente a las ansiedades de los pacientes de edad avanzada por la muerte, recurren a falsas esperanzas y tratamientos que en realidad están acortando vidas en lugar de mejorarlas (Gawande, 2014).

Frente a esta realidad, la humanidad todavía discute cómo proceder en lo que se refiere a una muerte digna. Existe un debate con respecto a qué hay que proteger: las condiciones en que se muere o la posibilidad de elegir cuándo morir⁴².

⁴⁰ Estas conductas se han naturalizado de tal modo que los comportamientos que no respetan su dignidad son incluso percibidos como convencionales por las mismas personas mayores. Para preservar la dignidad de la vida hasta que se produce la muerte es de suma importancia cambiar esta forma de actuar, así como respetar la forma en que se espera que sea ese final, procurando que se cumpla la voluntad de las personas mayores y brindando todos los apoyos necesarios para dignificar ese momento.

⁴¹ Véase Costa Rica, Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia (2016).

⁴² En los Estados Unidos, el estado de Oregón permite a sus ciudadanos autoadministrarse medicamentos letales prescritos por un médico conforme a la Ley de Muerte con Dignidad (DWDA) de 1997. El estado de Washington aprobó una ley similar en 2008, al igual que Vermont en 2013. En Europa, la ley suiza que permite el suicidio asistido ha estado en vigor desde 1942. En 2014 Bélgica extendió su ley de eutanasia de 2002 a los niños. En los Países Bajos, la legislación promulgada en 2002 fue un paso más allá, permitiendo tanto el suicidio asistido como la eutanasia en ciertas circunstancias.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores identifica de manera precisa las condiciones que deben darse para mantener la dignidad hasta la muerte: “Los Estados Parte tomarán medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos, eviten el aislamiento y manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales, el dolor, y eviten el sufrimiento innecesario y las intervenciones fútiles e inútiles, de conformidad con el derecho de la persona mayor a expresar el consentimiento informado” (artículo 6).

Adicionalmente, define el cuidado paliativo como “la atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días. Implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor. Abarcan al paciente, su entorno y su familia. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan”.

El objetivo final de la Convención en este campo no es una buena muerte, sino mantener una buena vida hasta el final. Es por eso que el concepto de cuidados paliativos se aborda de manera tan amplia en este instrumento y que se incluye, además de en el artículo 6 sobre el derecho a la vida y la dignidad en la vejez, en el artículo 12 sobre los derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo, y el artículo 11 sobre el derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud donde se regula la no discriminación y la igualdad de acceso a los cuidados paliativos.

En el artículo 19 sobre el derecho a la salud de la Convención Interamericana, además de las garantías mencionadas con anterioridad, se establecen las siguientes obligaciones del Estado con relación a los cuidados paliativos:

- Promover y fortalecer la investigación y la formación académica profesional y técnica especializada en geriatría, gerontología y cuidados paliativos.
- Promover las medidas necesarias para que los servicios de cuidados paliativos estén disponibles y accesibles para la persona mayor, así como para apoyar a sus familias.
- Garantizar a la persona mayor la disponibilidad y el acceso a los medicamentos reconocidos como esenciales por la Organización Mundial de la Salud, incluyendo los fiscalizados necesarios para los cuidados paliativos.

En la práctica, algunos Estados han reconocido la muerte digna como un derecho cuya protección requiere el acceso oportuno y adecuado a los cuidados paliativos. En Costa Rica, por ejemplo, la resolución 1915-92 de la Sala Constitucional reconoce el derecho a morir con dignidad como el derecho de quienes, siendo conscientes de que van a morir, escogen hacerlo sin dolor. La resolución también reconoce la conexión innegable entre el derecho a la salud y el derecho a la vida: el primero tiene el propósito fundamental de hacer efectivo el derecho a la vida, dado que este no protege únicamente la existencia biológica de la persona, sino también los demás aspectos que de ella derivan (Costa Rica, Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, 1993)⁴³.

⁴³ En los Estados Unidos, la Corte Suprema sentó las bases del derecho constitucional a recibir cuidados paliativos adecuados en las sentencias de Washington contra Glucksberg y Vacco contra Quill (Quesada, 2008). En Europa, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos resolvió, en el caso de Diane Pretty contra el Reino Unido, que la respuesta a la eutanasia pasaba por la promoción de los cuidados paliativos (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 2002).

2. El derecho al consentimiento libre e informado y a la voluntad anticipada

El consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud que se aborda en el artículo 11 de la Convención Interamericana tiene por objeto que las personas mayores tengan la posibilidad de prevenir intervenciones indeseadas en el ámbito de la salud, o aquellas a las que se ven sometidas de forma obligada en este tipo de instituciones. De conformidad con lo dispuesto en el párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el artículo 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, se hace hincapié en un entorno favorable en que se asigne prioridad al consentimiento informado y que garantice la máxima protección contra la estigmatización o la discriminación.

Hay debate sobre si el contenido del artículo 11 favorece la eutanasia, específicamente cuando alude a la siguiente obligación: “Los Estados Parte establecerán también un proceso a través del cual la persona mayor pueda manifestar de manera expresa su voluntad anticipada e instrucciones respecto de las intervenciones en materia de atención de la salud, incluidos los cuidados paliativos...”⁴⁴.

La voluntad anticipada consiste en instrucciones mediante las cuales una persona manifiesta sus deseos respecto a ciertas intervenciones médicas, para que sean respetados y cumplidos por el médico o el equipo sanitario cuando la persona que la ha otorgado se encuentre imposibilitada para manifestar su voluntad (Montiel Llorente y García Alonso, 2007).

Con respecto al artículo 11 de la Convención Interamericana, este debe interpretarse a la luz del artículo 6 sobre el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez. En dicho marco, la voluntad anticipada forma parte del tipo de legislación que favorece la atención paliativa y los cuidados al final de la vida. No prolonga ni acorta la vida, sino que respeta el momento natural de la muerte⁴⁵.

La Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos ha identificado entre las ventajas de la voluntad anticipada el hecho de que ofrezca a las personas, por una parte, la tranquilidad de saber que sus preferencias están aseguradas y a disponibilidad de su familia y los médicos y, por otra, la serenidad de que podrán comunicarse con su familia y con los médicos a través de una directiva basada en su filosofía personal que permitirá tomar decisiones sin sentir pena ni remordimiento.

Este mismo país cuenta con un registro de voluntades anticipadas que facilita a los ciudadanos este trámite. A diferencia de algunas legislaciones de la región, la voluntad anticipada puede transmitirse con independencia de si se sufre una enfermedad terminal o no. La utilidad de este tipo de instrumento se expresa en el siguiente testimonio: “estoy muy contenta de haber registrado mi voluntad anticipada. Como cuidadora de mi madre, mi padre y mi madrastra, no puedo expresar la tranquilidad que me da el registro. Mi esposo y mi hija nunca pasarán por el estrés de preguntarse si están actuando de acuerdo a mis deseos; lo tendrán muy claro. De alguna manera, el hecho de que yo deje registrada mi voluntad anticipada protege a mi esposo e hija, incluso cuando esté muy enferma. Cuando un ser querido está gravemente enfermo es el peor momento para lidiar con las sutilezas y ramificaciones de los trámites hospitalarios y legales. Esto les ahorrará muchas de esas preocupaciones” (Anónimo, Kingston, Washington)⁴⁶.

No obstante la utilidad que presenta el uso de la voluntad anticipada, queda mucho camino por recorrer. Hay confusiones conceptuales que pueden limitar los derechos y libertades de las

⁴⁴ Por ejemplo, durante el proceso de ratificación de la Convención Interamericana en el Parlamento de Chile, la Cámara de Diputados solicitó, a petición de una legisladora, una revisión por parte de distintas comisiones para establecer si las disposiciones de la Convención podían entenderse como favorables a la eutanasia o suicidio asistido (véase el Boletín núm. 10.777-01(C) de la Cámara de Diputados de Chile).

⁴⁵ Véase la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal [en línea] http://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Ley_Voluntad_Anticipada.pdf, la legislación existente en algunos estados de México, y el Decreto de voluntad anticipada del Uruguay [en línea] http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/DECRETO%20VOLUNTAD%20ANTICIPADA%20DEL%204%20DE%20DIC.%20DE%202013.pdf.

⁴⁶ Véase [en línea] http://www.uslivingwillregistry.com/testimonials_registrants.shtm.

personas mayores, incluso en lugares donde ya se ha legislado. Por ejemplo, en Ciudad de México su uso todavía es reducido. Entre 2008 (año de creación de la ley pertinente) y 2013, únicamente se habían registrado 2.700 documentos.

3. Los cuidados paliativos y la atención a las personas mayores

Se estima que, en 2011, más de 29 millones de personas murieron en todo el mundo por enfermedades que requerían cuidado paliativo y, de estos, 20,4 millones lo necesitaron al final de su vida. La gran mayoría de los adultos que necesitan cuidados paliativos al final de su vida viven en países de bajo y muy bajo ingreso, y la mayor proporción (69%) tienen 60 años o más (Connor y Sepúlveda, 2014).

En el Reino Unido, a pesar de sus reconocidos avances en este ámbito, las enfermeras y los médicos que respondieron a una encuesta realizada en 2001 sobre la atención al final de la vida de los pacientes hospitalizados manifestaron que el cuidado de las personas mayores moribundas se caracterizaba por la falta de compromiso emocional con el paciente y la confidencialidad institucionalizada de la información sobre su muerte. En sus respuestas se señala que, aunque las enfermeras proporcionan atención individual a los pacientes moribundos, gran parte de esta se dirige únicamente a satisfacer sus necesidades físicas. Los datos muestran que a veces en los hospitales se gestiona mal la muerte, con un control inadecuado de los síntomas, un apoyo insuficiente a los pacientes y cuidadores y una comunicación escasa o nula sobre el pronóstico y el tratamiento (Costello, 2001). De esta forma, el dolor asociado comúnmente a la vejez tiende a institucionalizarse y esta percepción se convierte en un auténtico obstáculo para que las personas mayores reciban la atención que necesitan.

Por otro lado, los cuidados paliativos suelen utilizarse como sustituto de la atención curativa. Cuando se ingresa a un programa de esta naturaleza se suspenden por defecto los tratamientos destinados a prolongar la vida. En ocasiones, ni siquiera se requiere la presencia de la persona mayor para evaluar su ingreso a un programa de cuidados paliativos y se toma una decisión sobre la base de antecedentes presentados por terceros. En otras, son los mismos profesionales de la salud los que, frente a casos de enfermedad terminal de una persona mayor, ofrecen como alternativa los cuidados paliativos, sin considerar otras opciones de tratamiento.

En efecto, cuando se trata de una persona mayor parece más difícil distinguir entre cura y cuidado, cuando generalmente se trata de intervenciones interdependientes. Por ejemplo, una transfusión de sangre puede ser parte de un tratamiento para recuperar la salud o para fortalecer a un enfermo de cáncer de forma que pueda recibir radioterapia paliativa, y lo mismo ocurre con la diálisis. La frontera entre ambos tipos de tratamiento es ambigua, y las razones de esta drástica separación son de distinto orden.

Una de ellas tiene que ver con los profesionales de la salud. Ya en el siglo XVII, Francis Bacon escribió: “Pienso que el oficio del médico no sólo consiste en restablecer la salud, sino también en mitigar los dolores y los sufrimientos causados por la enfermedad; y no solamente cuando ello pueda servir, al eliminar un síntoma peligroso, para conducir a la curación, sino también cuando habiéndose perdido toda esperanza de curación, tal mitigación sólo sirve para hacer la muerte más fácil y serena” (citado en Abid, 2008).

Otras se originan en las diferencias significativas en materia de inversión que existen entre la investigación y desarrollo que se destina a controlar los síntomas y otros aspectos de los cuidados paliativos y aquella dirigida a prolongar la vida. Asimismo, existen barreras dentro de los sistemas de investigación y atención médica que impiden que muchas personas reciban cuidados paliativos efectivos donde y cuando lo necesiten (Foley, Gelband, 2001).

Por lo tanto, sería un error ver el modelo curativo y el modelo del cuidado paliativo como las únicas dos opciones disponibles. Ambos representan los extremos opuestos de un espectro en el que son posibles variaciones ilimitadas, y saltar directamente de un extremo al otro rara vez es apropiado (Fox, 1997). Entre el modelo curativo y el modelo paliativo se encuentra el enfoque centrado en la persona. Esto significa que frente a alguien que padece una enfermedad terminal se debe desplegar todo el abanico de oportunidades que ofrece la medicina para aliviar el dolor y ayudar a vivir de forma plena y satisfactoria (Hadjistavropoulos y Hadjistavropoulos, 2008). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ello no solo mejora la calidad de vida de los pacientes con enfermedades terminales, sino que además reduce las hospitalizaciones innecesarias y el uso de los servicios de salud.

4. Los cuidados paliativos como una obligación del Estado

El acceso a los cuidados paliativos es una obligación jurídica de los Estados. Antes de la aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, esto ya había sido reconocido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación general núm. 14 (Naciones Unidas, 2000) y por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su Recomendación general núm. 27 (Naciones Unidas, 2010b). De forma congruente con ello, el Relator Especial sobre la tortura estableció en su informe de 2013 que negar el alivio del dolor puede constituir un trato inhumano y degradante, de acuerdo a la definición de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (Naciones Unidas, 2013).

El Consejo de Europa también ha recogido los cuidados paliativos en la recomendación CM/Rec(2014)2. Su informe explicativo (CDDH-AGE, 2013) señala que el fundamento jurídico de su incorporación se basa en que la dignidad humana debe ser respetada en todas las etapas de la vida de cada individuo (lo que incluye a los enfermos terminales y la muerte) y que los cuidados paliativos ayudan a preservar esta dignidad, proporcionando un ambiente apropiado para este tipo de pacientes y ayudándolos a hacer frente al dolor y otros síntomas molestos. Por lo tanto, los cuidados paliativos se deben proponer en todos los ámbitos en respuesta a las progresivas necesidades de las personas mayores. En los cinco años siguientes a la aprobación de la recomendación:

- los Estados miembros deberían ofrecer cuidados paliativos a las personas de edad que padezcan una enfermedad potencialmente mortal o una enfermedad que limite su esperanza de vida, para garantizar su bienestar y permitirles vivir y morir dignamente;
- toda persona mayor que necesite cuidados paliativos debería tener derecho a acceder a ellos sin demora indebida, en un entorno que sea compatible con sus necesidades y preferencias, incluso en el hogar o en los centros de atención a largo plazo;
- se debería alentar a los familiares y amigos a acompañar a las personas mayores que estén enfermas o moribundas; los acompañantes deberían recibir apoyo profesional, por ejemplo, mediante servicios ambulatorios de cuidados paliativos;
- los profesionales de la salud que participen en los cuidados paliativos deberían respetar plenamente los derechos de los pacientes y cumplir con las obligaciones y normas profesionales;
- deberían formarse especialistas en cuidados paliativos para dirigir la educación y la investigación sobre el terreno; deberían incorporarse programas de educación en materia de cuidados paliativos a la formación de todos los trabajadores sanitarios y de asistencia

social concernidos y debería fomentarse la cooperación entre los profesionales de los cuidados paliativos;

- los Estados miembros deberían garantizar la disponibilidad y accesibilidad adecuadas de los medicamentos para cuidados paliativos, y
- en la organización de sus sistemas nacionales de cuidados paliativos, los Estados miembros deberían tener en cuenta la Recomendación Rec(2003)24 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros sobre la organización de los cuidados paliativos.

Con relación a este último punto, hay que señalar que desde 2003 los países europeos cuentan con una valiosa directriz para abordar los cuidados paliativos, pero los progresos son desiguales. Al no ser un instrumento de carácter vinculante, su pleno cumplimiento no es una obligación para los países miembros del Consejo de Europa.

5. Los cuidados paliativos en América Latina y el Caribe

La mayoría de los países de la región no satisfacen la demanda de cuidados paliativos, no reconocen los cuidados paliativos como una disciplina y no los incluyen en los sistemas de salud públicos o privados. Menos aún se ha legislado en su favor, lo que perjudica su financiamiento y continuidad.

La mayor parte de los programas nacionales sobre cuidados paliativos de la región fueron creados al final de los años noventa, por lo que se trata de un planteamiento bastante reciente. Hay iniciativas aisladas que son el resultado de esfuerzos locales, pero en pocos casos existe una política pública nacional que garantice el acceso a los cuidados paliativos.

En los países en que existen programas nacionales de cuidados paliativos se vinculan primariamente a enfermedades oncológicas, pero persisten dificultades de acceso para pacientes no oncológicos, como los que viven con el VIH/SIDA o sufren otras patologías crónicas o terminales. La ley no obliga a brindarles cuidados paliativos a estas personas, y el manejo del dolor por vía analgésica depende de si el médico está capacitado para recetar opioides.

La ausencia de políticas nacionales ha favorecido el surgimiento de iniciativas privadas para la atención de enfermos terminales, pero con muy alto costo, lo que veda su acceso para aquellas personas con bajos recursos. Asimismo, existen fundaciones sin fines de lucro que asisten en el acompañamiento y alivio del dolor, si bien no cuentan con personal debidamente acreditado. Esta situación pone en peligro la sostenibilidad de dichas actividades, realizadas en su mayoría por voluntarios y con recursos de organizaciones benéficas o no gubernamentales.

Un estudio realizado por la OMS en 2014 (Connor y Sepúlveda, 2014) presenta una clasificación interesante sobre el avance de los cuidados paliativos en el mundo. En el caso de la región, la mayoría de los países estaban en las fases preliminares de desarrollo de este tipo de programas. Por ejemplo, un número considerable de países del Caribe (Antigua y Barbuda, Granada, Saint Kitts y Nevis y San Vicente y las Granadinas) se ubicaban en el nivel más bajo, al no identificarse ninguna actividad relacionada con el cuidado paliativo (véase el cuadro IV.8).

■ Cuadro IV.8

América Latina y el Caribe: nivel de desarrollo de los programas de cuidado paliativo, 2014

Nivel de desarrollo de los programas de cuidado paliativo	Países y territorios
Grupo 1: No se registran actividades	Anguila, Antigua y Barbuda, ex Antillas Neerlandesas, Aruba, Guayana Francesa, Granada, Islas Malvinas (Falkland Islands), Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas
Grupo 2: Fomento de las capacidades	Bahamas, Bolivia (Estado Plurinacional de), Dominica, Haití, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Nicaragua, Suriname
Grupo 3a: Provisión aislada	Barbados, Belice, Bermudas, Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guadalupe, Guatemala, Guyana, Islas Caimán, Jamaica, Panamá, Paraguay, Perú, México, República Dominicana, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Venezuela (República Bolivariana de)
Grupo 3b: Provisión generalizada	Argentina
Grupo 4a: Integración preliminar	Chile, Costa Rica, Puerto Rico, Uruguay
Grupo 4b: Integración avanzada	

Fuente: S. Connor y M.C. Sepúlveda (eds.), *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, Worldwide Palliative Care Alliance/Organización Mundial de la Salud (OMS), enero de 2014.

En el segundo nivel se sitúan los países en los que se registraron algunos esfuerzos, pero donde no se había establecido aún ninguna política, como Bolivia (Estado Plurinacional de), Dominica, Haití, Honduras y Nicaragua. En Honduras, por ejemplo, la información disponible indica que no existen servicios o unidades de cuidados paliativos en ninguno de los tres niveles de atención existentes (Pastrana y otros, 2012). No hay una formación acreditada sobre cuidados paliativos, y estos tampoco forman parte del contenido de los programas académicos de la Universidad Nacional de Medicina. Como consecuencia, se desconoce la existencia de especialistas en esa área. En el plano jurídico, los cuidados paliativos no se encuentran todavía legislados ni regulados, por lo que no se les asignan recursos gubernamentales⁴⁷.

A continuación, la OMS clasifica al Brasil, Colombia, el Ecuador, México, Panamá, el Perú, la República Dominicana y Trinidad y Tabago, entre otros, en la fase donde el avance de los programas de cuidados paliativos no va acompañado de suficientes recursos financieros, existe una limitada disponibilidad de medicamentos y las coberturas son reducidas.

En el Perú, a pesar de la existencia del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor y Paciente Oncológico (ADAMO), las coberturas son limitadas. En 2014 se atendió a menos de 2.000 personas mayores en sus hogares. En cuanto a la formación, no existe una acreditación profesional para certificar a los médicos que brindan cuidados paliativos. La Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos, una institución sin fines de lucro, intenta suplir estas deficiencias por medio de la difusión y de la capacitación de profesionales en el manejo del dolor y los cuidados paliativos.

El Brasil creó en 1996 el Instituto Nacional de Cáncer (INCA), en Río de Janeiro, un hospital cancerológico del Ministerio de Salud, con el servicio más completo del país en la materia. En cuanto a la formación, los cuidados paliativos están reconocidos oficialmente como una subespecialidad con el título oficial de Área de Actuación en Medicina Paliativa, pero la cantidad de egresados todavía es muy reducida para la demanda existente. Se estima que en 2012 había cerca de 30 profesionales con dicha especialidad. A pesar de las iniciativas locales, los cuidados paliativos aún no son reconocidos dentro de los servicios de sanidad (Palmeira, Scorsolini-Comin y Sanches Peres, 2011), por lo que es preciso que el Gobierno federal establezca una política nacional de salud que consolide los cuidados paliativos en el Brasil.

⁴⁷ En el año 2014 se presentó en Honduras un proyecto de ley de cuidados paliativos para pacientes con enfermedad crónica terminal que se refiere al acceso a medicamentos opioides para el tratamiento de pacientes en fase terminal o con enfermedades crónicas. A su vez, otorga el derecho de decidir cuándo suspender el tratamiento médico y obtener ayuda para morir.

La Argentina, Chile, Costa Rica y el Uruguay fueron clasificados por la OMS en los niveles más avanzados de la región (pero no del mundo). Si bien en algunos de estos países hay más conciencia sobre la importancia de los cuidados paliativos y una mayor disponibilidad de profesionales y servicios, aún no se ha producido una consolidación efectiva de la política.

En la Argentina se empezaron a prestar de manera aislada servicios de cuidado paliativo a través de centros privados en 1982 y se acabaron integrando a los marcos normativos de salud en el año 2000.

La legislación vigente en la Argentina incluye el derecho a recibir cuidados paliativos integrales como parte de la atención a la enfermedad, y este derecho está consagrado en la Ley 26.742 o Ley de Derechos del Paciente⁴⁸. Sin embargo, esta Ley ha sido insuficiente porque el ordenamiento administrativo del país otorga a cada provincia autonomía para definir sus propias normas y algunas de ellas no han incorporado servicios de cuidados paliativos: solo 10 de las 24 provincias tienen legislación sobre estos cuidados.

Además de esta Ley, se han creado comisiones y programas dentro del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional del Cáncer. Estas iniciativas no han tenido un presupuesto asignado o mecanismos de supervisión y vigilancia, por lo que no han logrado universalizar los servicios de cuidados paliativos.

Existen al menos cinco centros de investigación en la Argentina que se ocupan de la materia: Pallium Latinoamérica, la Fundación FEMEBA, el Hospital Tornú, el Departamento de Cuidados Paliativos del Hospital Udaondo, el Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari de la Universidad de Buenos Aires y el Centro UCEPAR en Rosario. Algunos de estos centros han recibido subsidios del Ministerio de Salud para el desarrollo de protocolos de investigación.

En Chile, la normativa recoge el cuidado paliativo y obliga a que todas las entidades del sector público y privado provean este tipo de atención a los pacientes con cáncer avanzado. En 1994 se creó el Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, también vinculado al tratamiento de enfermedades oncológicas, promocionado por el Ministerio de Salud (MINSAL, 1999). Nueve años después, en abril de 2003, el Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos (PAD y CP) fue incorporado al Sistema de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) (MINSAL, 2006).

En Costa Rica los cuidados paliativos están cubiertos por el régimen de la seguridad social universal. La hospitalización, la medicación y el asesoramiento de especialistas se proporcionan de manera gratuita y existen organizaciones no gubernamentales que apoyan a la población que carece de seguro.

Desde el punto de vista jurídico, Costa Rica no cuenta con una ley de cuidados paliativos, pero existen resoluciones de la Sala Constitucional relativas a los derechos de las personas con enfermedades terminales. Una de las primeras y más fundamentales fue la sentencia que consagró el derecho a una muerte digna y sin dolor, emitida en el año 1994.

En el plano formal, en 2008 se creó el Consejo Nacional de Cuidados Paliativos, integrado por el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, la Federación Costarricense de Cuidados Paliativos, la Junta de Protección Social (JPS) y algunas fundaciones.

En Trinidad y Tabago se está introduciendo gradualmente una estructura de cuidados paliativos. Hay varios centros que prestan atención a enfermos terminales de cáncer, y en 2014 se inauguró la primera unidad de cuidados paliativos financiados por el Gobierno en un hospital, pero esto sigue siendo insuficiente para satisfacer la demanda. También persisten problemas relacionados con el

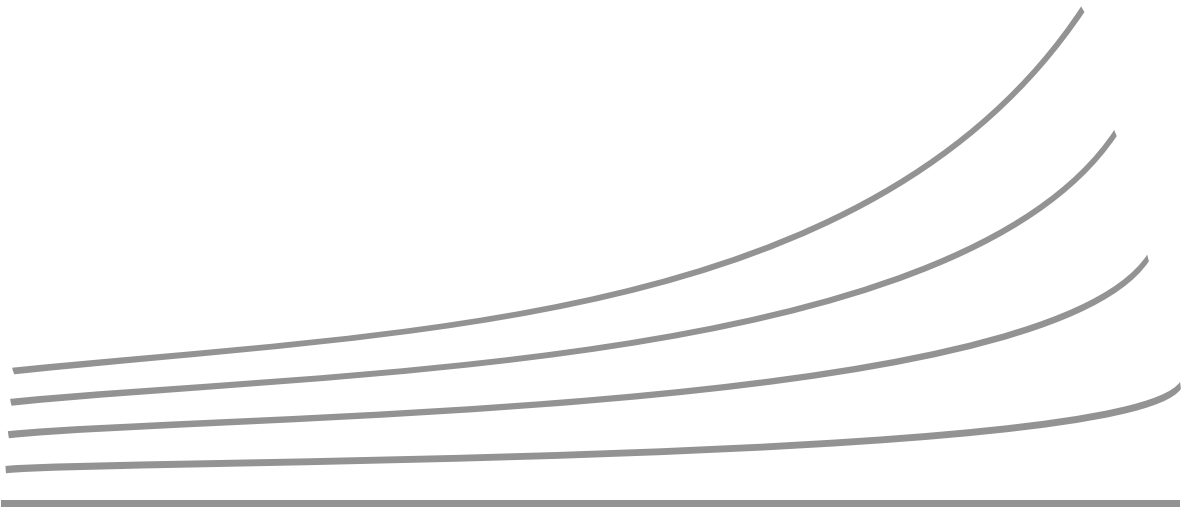
⁴⁸ Véase Centro de Documentación e Información del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Argentina, Ley 26.742 [en línea] <http://www.grupoguia.com.ar/libros/medicina/LeyesMedicinaLegal/Leyes09/Ley26742.pdf>.

suministro de medicamentos para el control del dolor. En 2012 comenzó a impartirse una Maestría en Medicina de Cuidados Paliativos en la Universidad de las Indias Occidentales.

La situación en Barbados es algo diferente. Los opiáceos y otros medicamentos esenciales están generalmente disponibles, aunque el país aún no tiene una estructura especializada de cuidados paliativos. El Ministerio de Salud y las organizaciones no gubernamentales (ONG) han estado trabajando para mejorar los servicios de atención al final de la vida. La Asociación de Barbados de Cuidados Paliativos, una ONG fundada en 2011, proporciona apoyo y atención a las personas con enfermedades terminales. Una evaluación de necesidades de cuidados paliativos encargada por el Ministerio de Salud informó en 2012 que había necesidad de un centro de cuidados paliativos. Actualmente hay planes para construir un centro de cuidados paliativos que será operado por la Asociación de Barbados del Cáncer (BACA) junto con otra ONG.

En la clasificación de la OMS, todos los países de la región se ubicaron por debajo de los Estados Unidos, el Reino Unido, Australia, Suecia y el Japón, entre otros. En estos países se cumplen varios de los requisitos que se necesitarían para consolidar los cuidados paliativos en la región (investigación, formación profesional, disponibilidad de medicamentos, subsidios para reducir los gastos de bolsillo, gasto público progresivo en la atención paliativa y una amplia toma de conciencia sobre su contribución y necesidad, entre otros).

En la región, Cuba es uno de los países destacados en este ámbito. Dentro del Sistema Nacional de Salud único y gratuito se ubica el Programa de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos (PADCP), vinculado a pacientes oncológicos. El PADCP incluye atención domiciliaria por parte de equipos multidisciplinarios constituidos por profesionales médicos, de enfermería y de psicología. Además, cubre la hospitalización y medicamentos de manera gratuita durante la atención. Existe una propuesta del Ministerio de Salud de integrar el componente de cuidados paliativos en la Atención Primaria de la Salud, como parte del programa de Médico y Enfermera de Familia, con el propósito de lograr el control prolongado de la enfermedad y acompañar en el manejo del duelo. Su objetivo general es incrementar el bienestar subjetivo y la calidad de vida del paciente oncológico que requiere cuidados paliativos y de sus familiares, mediante una atención integral que considere los aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales, sin afectaciones para el equipo de salud. En cuanto a la capacitación, la formación en cuidados paliativos se encuentra acreditada oficialmente desde 2010 como Diplomado de Cuidados Paliativos a Pacientes Adultos y Diplomado Nacional de Control de Cáncer. Asimismo, las Facultades de Medicina poseen contenidos relacionados con los cuidados paliativos.



Capítulo V

Envejecimiento, protección social y derechos de las personas mayores en el Caribe

Fuente:

A. F. Jones, C. Camarinhas and L. Gény (editors) (2019), *Implementation of the Montevideo Consensus on Population and Development in the Caribbean: a review of the period 2013–2018*
<https://bit.ly/3ouqo4g>

B. L. Gény (2017), *Caribbean synthesis report on the Madrid International Plan of Action on Ageing and the San José Charter on the Rights of Older Persons in Latin America and the Caribbean*
<https://bit.ly/3iXQWKd>

C. F. Jones (2016), *Ageing in the Caribbean and the human rights of older persons: Twin imperatives for action*
<https://bit.ly/3pCQ6oQ>

D. V. Nam and F. Jones (editors) (2018), *Inclusive social protection and demographic change: The implications of population ageing for social expenditure in the Caribbean*
<https://bit.ly/3qXALzc>

Introducción

El capítulo V está dedicado a las características del envejecimiento, la protección social y los derechos de las personas mayores en la subregión del Caribe. Se inicia con un texto que analiza los avances de la subregión en la implementación de las medidas prioritarias del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo relativas al capítulo sobre envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos, haciendo referencia a los compromisos asumidos por los países en materia de protección social sobre la base de la solidaridad intergeneracional y las políticas de salud relevantes para las personas mayores. El documento toma en cuenta dimensiones como los marcos legales, políticos e institucionales; la seguridad económica de las personas mayores; los servicios de salud y asistencia social; la participación, y la violencia, el abuso y acceso a la justicia.

A continuación, se aborda el tema de la protección social inclusiva en el marco del cambio demográfico y las implicancias del envejecimiento en el gasto social de los países caribeños, en tanto que el texto siguiente se aboca a la revisión y evaluación –la tercera en este caso– de la implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, incluida la Carta de San José en el Caribe, en la subregión.

El último texto que compone este capítulo pone el foco en el tema de los entornos propicios y de apoyo para las personas mayores y ofrece una mirada sobre diversos aspectos, como los servicios de asistencia social para la independencia, la salud y el bienestar de dicha población; la participación social; la gestión del riesgo de desastres, y la protección contra el abuso, la explotación y la discriminación.

Fuente

F. Jones, C. Camarinhas and L. Gény (editors) (2019), *Implementation of the Montevideo Consensus on Population and Development in the Caribbean: a review of the period 2013–2018*; Cap. III, pp. 27-33.

A. Envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos

En la sección C del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo se analizan las consecuencias de los cambios en la estructura de edad de la población y la necesidad de formular políticas que garanticen el bienestar de las personas de edad. Se hace un llamamiento para que en las inversiones en el sector social se aproveche el dividendo demográfico que ofrecen los cambios de largo plazo en la estructura de edad de la población. Se hace especial hincapié en la discriminación, en el abuso y en la violencia hacia las personas de edad, en particular las mujeres de edad. En lo referido a la protección social, los Estados Miembros asumieron compromisos basados en mecanismos de solidaridad intergeneracional y en políticas de salud dirigidas a las personas de edad, como el envejecimiento activo y los cuidados paliativos. Se hace hincapié en la participación de las personas de edad de la formulación de las políticas, así como en su dignidad, su autonomía y sus derechos.

Desde la adopción del Consenso de Montevideo, en 2013, los Estados miembros del Caribe han seguido diseñando y aplicando políticas nacionales en materia de envejecimiento y fortaleciendo sus programas y servicios para las personas de edad. Se ha prestado particular atención a la protección de los ingresos, la salud y los servicios de cuidados. Si bien estas iniciativas han tenido impactos positivos sobre el bienestar de las personas mayores, es necesario seguir trabajando para garantizar que puedan gozar con plenitud sus derechos humanos. Las limitaciones en materia de recursos y capacidad han ralentizado la aplicación, y aún persiste un importante desfasaje entre las políticas y la práctica.

Frente a otras regiones del hemisferio, el proceso de envejecimiento ha avanzado un poco más en el Caribe que en América Latina, si bien sigue estando sensiblemente a la zaga frente a América del Norte. En 2015, las tasas de dependencia de las personas de edad fueron 11 en América Latina, 14 en el Caribe y 22 en América del Norte (véase el gráfico V.1). Sin embargo, todas estas regiones se encuentran en un punto de inflexión, y a diferencia de lo ocurrido en la historia reciente, el envejecimiento de su población se acelerará drásticamente en los próximos decenios. De aquí a 2040, las tasas de dependencia serán de 23 en América Latina, 28 en el Caribe y 36 en América del Norte, lo que implica que en un período de 25 años, las tasas del Caribe y de América Latina se habrán duplicado.

El envejecimiento de la población afecta a todos los países y los territorios de ultramar en el Caribe, si bien el proceso ha avanzado más rápido en algunos países que en otros. En territorios como Aruba, Curaçao, Guadalupe, Martinica y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, que el Banco Mundial clasifica como economías de ingresos altos, el proceso de envejecimiento ha sido más rápido (véase el gráfico V.2). En estos territorios, las tasas de dependencia (la relación entre el número de personas de 65 años y más y las personas de entre 15 y 64 años) fueron de 18 en Aruba a 28 en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos en 2015.

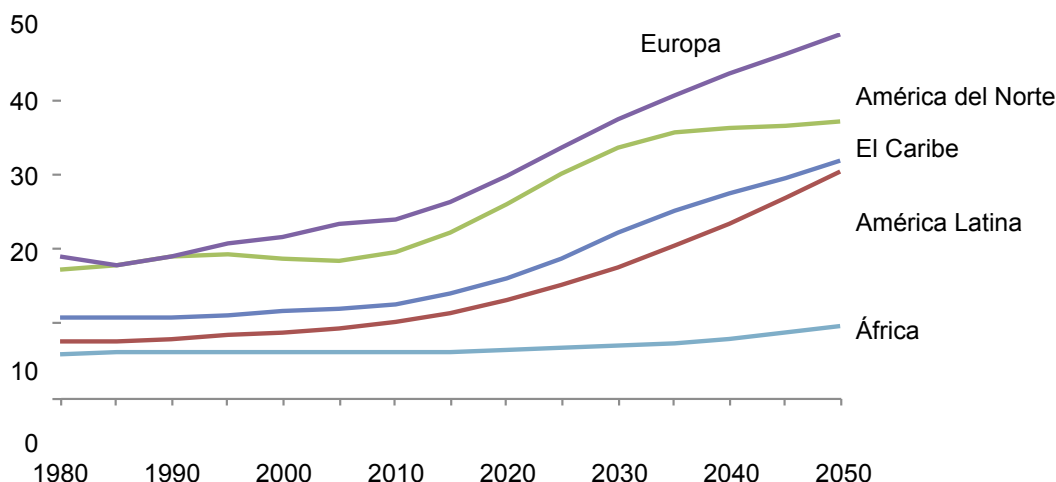
En otros países que también pertenecen al grupo de las economías de ingresos altos, como Antigua y Barbuda, Barbados y Trinidad y Tabago, el envejecimiento se encuentra en una etapa moderadamente avanzada, con tasas de dependencia que se acercan a la media regional de 14. En los países de ingresos medianos, como Belice, Guyana, Jamaica y Suriname, el proceso de envejecimiento está menos avanzado, y sus tasas de dependencia, que en Guyana y Belice son las más bajas (8 y 6, respectivamente), en general están por debajo de la media regional. No obstante, más allá de la etapa de la transición demográfica que estén transitando, y sin importar

si el proceso de envejecimiento de sus poblaciones está avanzado o no, durante los próximos 30 años las tasas de dependencia se duplicarán en la mayoría de los países del Caribe, lo que tendrá importantes repercusiones en lo referido a las políticas públicas y los hogares.

Los gobiernos del Caribe reconocen que el envejecimiento de la población es una cuestión cada vez más preocupante. Las respuestas nacionales a la Encuesta de las Naciones Unidas entre los Gobiernos sobre Población y Desarrollo, muestran que en 2013 y 2015, 12 de 13 gobiernos del Caribe señalaron que el envejecimiento de la población es una de sus principales preocupaciones, frente a 9 de 13 en 2005 y 2009.

■ **Gráfico V.1**

Tasa de dependencia de las personas de edad por región, 1980 a 2050
(Número de personas de 65 años y más por cada 100 personas de entre 15 y 64 años)

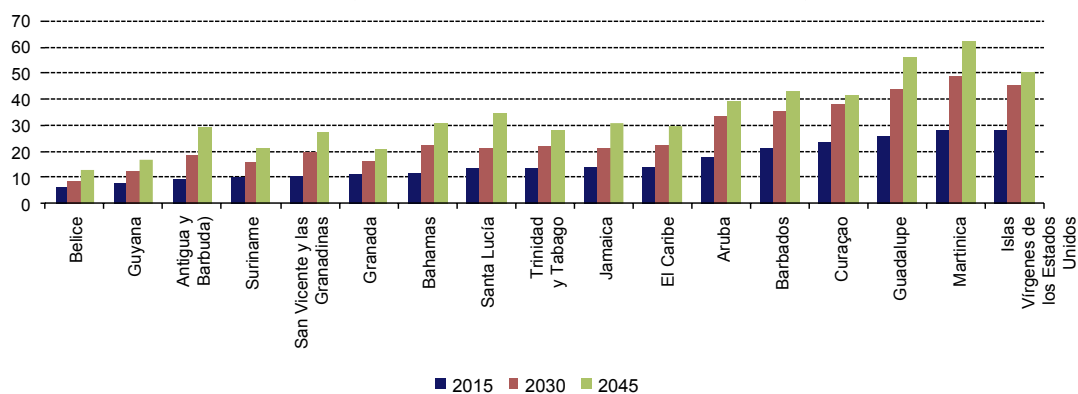


Fuente: Naciones Unidas, World Population Prospects: The 2017 Revision, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2017, edición en DVD.

Nota: América Latina incluye a Cuba, la República Dominicana, Haití y Puerto Rico.

■ **Gráfico V.2**

Tasa de dependencia de las personas de edad por país, 2015, 2030 y 2045
(Número de personas de 65 años y más por cada 100 personas de entre 15 y 64 años)



Fuente: Naciones Unidas, World Population Prospects: The 2017 Revision, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2017, edición en DVD.

1. Marcos jurídicos, normativos e institucionales

Desde 2013, siete estados y territorios del Caribe han redactado o adoptado políticas nacionales en materia de envejecimiento u otras cuestiones similares: Antigua y Barbuda (2013); las Bahamas (Proyecto de Ley sobre las Personas de Edad de 2017); Barbados (Política Nacional sobre el Envejecimiento para Barbados: hacia una Sociedad para Todas las Edades, 2013); Belice (Plan Estratégico 2015–2019 del Consejo Nacional sobre Envejecimiento), y las Islas Caimán (Política sobre las Personas Mayores de 2016); por su parte, Montserrat recientemente examinó su proyecto de política nacional para el cuidado de las personas mayores, iniciado en 2007, y San Martín actualmente está elaborando una política basada en los resultados de una investigación realizada durante 2012 y 2013.

En otros Estados se están revisando los planes, las políticas y las estrategias anteriores, a saber, en las Bermudas, donde se está examinando un proyecto de estrategia nacional sobre envejecimiento, en Jamaica, donde se está haciendo una revisión de la Política Nacional de la Persona de Edad (*National Policy for Senior Citizens*) de 1997, y en Trinidad y Tabago, donde también se está analizando la Política Nacional sobre el Envejecimiento (*National Policy on Ageing*) de 2007. En algunos Estados y territorios, la protección de las personas mayores sigue estando cubierta por la política o ley inicial, como es el caso de Anguila (2009), Dominica (1999) y Granada (2009). En los siguientes Estados se han elaborado políticas sobre el envejecimiento que todavía siguen en la fase de proyecto: San Vicente y las Granadinas (redactada en 2012); Saint Kitts y Nevis (redactada en 2009); Santa Lucía (redactada en 2003), y Suriname (redactada en 2006).

De los 25 países y territorios de ultramar en el Caribe, 12 han puesto en práctica leyes, políticas o estrategias referidas al envejecimiento, pero los restantes 13 carecen de un marco de políticas que responda con eficacia a la cuestión del envejecimiento y la situación de las personas de edad a nivel nacional. Es necesario seguir trabajando para garantizar que todos los países y territorios dispongan de políticas nacionales actualizadas sobre el envejecimiento y que, si procede, promulguen legislación para aplicarlas. En estas políticas deben tenerse en cuenta los recientes desarrollos de los sistemas nacionales y regionales de derechos humanos, en particular la más reciente convención regional, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

En general, la responsabilidad principal de coordinar la aplicación de las políticas y las estrategias sobre el envejecimiento recae sobre los ministerios de desarrollo social o instancias similares. Algunos países han establecido divisiones específicas dentro del ministerio que se encargan de las cuestiones relativas al envejecimiento, por ejemplo, la División de Envejecimiento en Trinidad y Tabago.

En otros países, se han establecido dependencias específicas, como el Consejo Nacional de las Personas Mayores de las Bahamas; el Consejo Nacional de las Personas de Edad de Jamaica; la Comisión Nacional para las Personas de Edad de Guyana, y el Consejo Nacional sobre el Envejecimiento en Belice. Estos órganos suelen desempeñar un papel reglamentario que supone funciones como abogar por las personas de edad, asesorar a los gobiernos, facilitar la elaboración de programas destinados a las personas mayores y vigilar la aplicación de las políticas sobre el envejecimiento.

Es necesario que dentro del gobierno exista un órgano específico y dotado de los recursos necesarios que se encargue de las políticas dirigidas a las personas mayores y que promueva sus derechos y la incorporación sistemática de las cuestiones relacionadas con ese grupo de edad en todos los niveles del gobierno. Asimismo, deberían encargarse de coordinar la aplicación de los acuerdos regionales e internacionales y elaborar informes al respecto.

2. Seguridad económica de las personas de edad

Todavía hay un gran número de personas de edad en el Caribe que viven por debajo de las líneas nacionales de pobreza. Los datos para 10 países indican que la tasa media de pobreza entre las personas de 65 años y más fue de un 17%, si bien el índice varió considerablemente, de un 7% en Trinidad y Tabago a un 34% en Belice. Además, el hambre fue una de las quejas más frecuentes entre las personas de edad que son pobres, junto con la imposibilidad de mantener y reparar sus hogares o costear sus gastos médicos y la soledad y la falta de asistencia y ayuda.

En el Caribe todavía hay muchas personas de edad que carecen de un ingreso independiente que les asegure unas condiciones de vida adecuadas. Dependiendo del país, entre un cuarto y tres cuartos de las personas que superan la edad jubilatoria reglamentaria reciben prestaciones de seguridad social. Quienes no reciben prestaciones de seguridad social podrían cumplir los requisitos para recibir pensiones no contributivas, si bien en la mayoría de los casos los ingresos que ofrecen estos sistemas están por debajo de los umbrales nacionales de pobreza. Algunas personas no reciben ningún tipo de pensión.

Deberían adoptarse medidas para establecer un piso de protección social, entre otras cosas introduciendo mejoras a los regímenes de pensiones no contributivos, a fin de alcanzar a quienes han trabajado o continúan trabajando en el sector informal o como cuidadores, con énfasis especial en las mujeres y los inmigrantes de edad avanzada.

En varias zonas del Caribe, muchas personas de edad continúan trabajando. Alrededor del 40% de los hombres de edad en Belice y en Jamaica siguen estando activos en el mercado laboral. En otros países, como Barbados, Suriname y Trinidad y Tabago, ese guarismo se ubica entre un 12% y un 14%. Las tasas de participación en la fuerza laboral entre las mujeres mayores equivalen a alrededor de la mitad de las tasas para los hombres mayores. Las personas de esta edad a menudo trabajan por necesidad, no por elección, y sus empleos tienden a ser inseguros y estar mal remunerados.

Si bien algunos Estados han impulsado iniciativas para fomentar la reinserción de las personas mayores en el mercado laboral, por ejemplo, mediante la provisión de servicios de asistencia laboral y capacitación para las personas de edad, la mayoría no han diseñado y aplicado medidas específicas para fomentar la participación de los trabajadores de edad avanzada en el mercado laboral, ni su reingreso a él. Sin embargo, numerosos países están aumentando las edades reglamentarias de jubilación, o están considerando hacerlo.

Las personas mayores deberían tener oportunidades de trabajar si lo desean. Deberían adoptarse medidas para permitirles seguir trabajando tras la edad reglamentaria de jubilación, si desean hacerlo, y promover la adopción de sistemas de horario de trabajo flexible y jubilaciones flexibles. También debería difundirse información acerca de la jubilación y su planificación, entre otras cosas, sobre la importancia de permanecer física y socialmente activo en las edades avanzadas.

3. Servicios sociales y de salud

Los países del Caribe tienen un buen nivel de acceso a una gama de servicios de atención de salud para las personas mayores, si bien a menudo la demanda supera la oferta y los gastos de bolsillo representan más del 30% del gasto total en atención de salud. Existe cierto grado de acceso preferencial a los medicamentos, en particular a los que se usan para tratar enfermedades no transmisibles crónicas, y se han hecho esfuerzos para mejorar la situación de las personas mayores que viven con VIH/sida, así como para brindar apoyo a quienes tienen discapacidades físicas o mentales.

Con todo, persisten numerosas deficiencias, y se ha instado a los gobiernos a promover el derecho a la salud brindando una gama de servicios de cuidados, entre otros, servicios dirigidos a promover la salud física y mental y los cuidados preventivos, así como tratamientos, servicios de rehabilitación y cuidados paliativos; asimismo, se los ha animado a poner en marcha programas que permitan prevenir, atender, tratar y gestionar las enfermedades no transmisibles, entre ellas la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia, y a promover el envejecimiento saludable a lo largo del ciclo de vida, a fin de reducir la carga que las enfermedades no transmisibles suponen para la población, la economía y los servicios de salud.

Existe la necesidad de desarrollar servicios gerontológicos y geriátricos en los diferentes niveles de los sistemas de cuidados sociales y de salud a fin de satisfacer las necesidades de las personas mayores en la subregión, haciendo especial hincapié en facilitar el acceso a dichos cuidados para las personas de edad que viven en las zonas rurales, apartadas y desfavorecidas. Un punto de comienzo podría ser la inclusión de contenidos de geriatría y gerontología en todos los niveles de los programas de formación de cuidadores, enfermeras y médicos. En los planes de estudio también deberían incluirse contenidos sobre cuidados paliativos. Deberían adoptarse medidas para incentivar a los hombres a dedicarse a profesiones en el sector de los cuidados.

La mayoría de los países del Caribe cuentan con programas gubernamentales que brindan servicios de cuidados a domicilio a personas mayores que necesitan ayuda en su vida cotidiana, a fin de que puedan permanecer en sus propios hogares. Sin embargo, es necesario intensificar los esfuerzos para ampliar el alcance de tales servicios, y mediante la adopción de marcos reglamentarios para supervisar a los proveedores de atención, garantizar que los cuidados, incluidos los que brindan los actores no estatales, tengan el mismo nivel de calidad. Es necesario ampliar el alcance de los programas de rehabilitación existentes dirigidos a ayudar a las personas mayores con discapacidades o que sufren deterioros funcionales derivados de la edad para que incluyan la adaptación de sus hogares y la promoción de modalidades alternativas de vivienda para quienes necesitan cuidados, para lo cual se recomienda otorgar donaciones, préstamos u otras formas de financiamiento. Asimismo, deben adoptarse medidas para brindar apoyo a los familiares que deben equilibrar su función como cuidadores con otros compromisos, por ejemplo, brindando servicios de cuidados de relevo y promoviendo la división equitativa de las responsabilidades entre los hombres y las mujeres.

La gestión de las instituciones residenciales de cuidados recae principalmente en organizaciones del sector privado o de tipo comunitario, si bien existen algunos hogares administrados por el gobierno. La calidad de los cuidados que se ofrecen en el sector es un motivo de preocupación, y por eso los gobiernos deberían fortalecer sus funciones de regulación y supervisión. Deberían adoptarse y aplicarse parámetros y códigos que permitan garantizar que las personas mayores en las instituciones de cuidados a largo plazo gocen plenamente de sus derechos humanos. Asimismo, deberían promoverse programas de capacitación en materia de derechos humanos dirigidos a quienes trabajan con las personas mayores en las instituciones públicas y privadas de la subregión.

4. Participación sobre la base de la igualdad y la no discriminación

Durante los pasados cinco años, los países del Caribe han hecho importantes esfuerzos para instaurar mecanismos que fomenten la participación de las personas mayores en los procesos de adopción de decisiones y formulación de políticas. Por ejemplo, se han establecido comités, comisiones y consejos nacionales sobre el envejecimiento que incluyen entre sus miembros a personas mayores y a representantes de las organizaciones comunitarias que trabajan con ellos. Por ejemplo, la División de Envejecimiento en Trinidad y Tabago organiza periódicamente foros públicos y abiertos para las

personas mayores y ha convocado parlamentos de personas de edad para implicar a las personas mayores y a sus cuidadores en el proceso de adopción de decisiones.

A pesar de los avances, es necesario reforzar los mecanismos existentes para facilitar la plena inclusión, integración y participación de las personas de edad en todas las fases de la toma de decisiones gubernamentales sobre cuestiones que afectan sus vidas. Se deben promover nuevas formas de participación que den cabida a redes de organizaciones y asociaciones de la sociedad civil, así como organizaciones benéficas, religiosas y comunitarias. Se debe promocionar el papel que las personas mayores desempeñan y la contribución que hacen a la sociedad en términos más generales, a fin de presentar una imagen positiva del envejecimiento.

Desde 2012, son pocos los países en los que se han adoptado medidas para eliminar el edadismo. Por ejemplo, en las Bermudas se ha modificado la Ley de Derechos Humanos (Human Rights Act) de 2013, para proteger contra este tipo de discriminación en lo que respecta al acceso a bienes, servicios, instalaciones y alojamiento. La discriminación por motivos de edad y género sigue siendo común en la subregión, por ejemplo, en los anuncios de empleo y en los servicios bancarios.

Por consiguiente, se debe trabajar más a fin de brindar garantías jurídicas de igualdad para todos y luchar contra todas las formas de discriminación. En los marcos jurídicos, normativos y administrativos, la edad debe ser uno de los motivos de discriminación prohibidos. Se debe prestar especial atención a las prácticas discriminatorias contra las personas de edad en los siguientes ámbitos: el mercado de trabajo; el acceso a la tierra, las propiedades, las posesiones y los recursos naturales, así como la titularidad y el control sobre ellos, y el acceso a préstamos bancarios, hipotecas y otras formas de servicios financieros.

El transporte y la accesibilidad son aspectos en los que se ha progresado desde el ciclo de examen anterior, que se llevó a cabo hace cinco años. De hecho, en varios Estados se han aplicado medidas para mejorar el acceso de las personas de edad a los medios de transporte. Por ejemplo, las Bahamas, Barbados, Belice, Guyana, Jamaica, y Trinidad y Tabago tienen un plan de tarifas reducidas para las personas de edad, transporte gratuito o servicios especializados de transporte accesible.

No obstante, los servicios regulares de transporte no suelen estar diseñados para que las personas mayores con discapacidad puedan acceder a ellos, por lo que a estas personas les resulta difícil o imposible utilizarlos. También es necesario seguir trabajando para mejorar la accesibilidad de los edificios y los espacios públicos. En la mayoría de los países ya existen códigos de construcción en los que se aborda este tema, aunque la legislación no suele estar actualizada y por lo general no se aplica de forma adecuada.

En algunos países se brinda apoyo a las personas de edad que necesitan ayuda con el mantenimiento y las reparaciones del hogar, pero es necesario hacer más para garantizar que dichas personas gocen de una vivienda adecuada y se les dé una prioridad alta en el momento de asignar vivienda o tierra, en particular en situaciones de desastre, emergencia o desalojo. También debe prestarse especial atención al creciente número de personas mayores que viven en hogares donde todos los que allí habitan son de la misma generación, ya que esto los pone en mayor riesgo de aislamiento y aumenta su necesidad de recibir atención y protección social en lugar de familiar. En este contexto, debería alentarse a los gobiernos a poner mayor empeño en garantizar que las personas de edad vivan en entornos seguros, saludables y accesibles, tanto en las zonas urbanas como en las rurales, en particular los que viven solos en zonas remotas, a fin de evitar la exclusión social y el abandono.

Las personas mayores tienen el mismo derecho a la educación y al aprendizaje continuo que los jóvenes, y los Estados miembros deberían promover políticas que faciliten su acceso a actividades recreativas, culturales y deportivas y su participación activa en ellas, así como a la información y la tecnología. Sin embargo, son pocos los países que han diseñado programas de

aprendizaje permanente para las personas mayores. En particular, atraer a las personas mayores de menos edad y a los hombres a los programas educativos y recreativos puede plantear un desafío.

En Barbados, en 2012 se inauguró la escuela para personas mayores llamada Unique Helping Hands Senior School. En ella se atiende a personas jubiladas e independientes mayores de 50 años, y se ofrecen programas en ámbitos como la tecnología de la información, las artes y las artesanías, la música y los idiomas extranjeros. Sin embargo, es preciso hacer mucho más para promover el acceso al aprendizaje permanente y los programas intergeneracionales en la región.

En el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo también se destaca la vulnerabilidad de las personas mayores ante las situaciones de emergencia y desastre, y recomienda a los Estados miembros incluir los aportes de las personas mayores y sus necesidades en los planes de preparación y socorro frente a los desastres y en los planes para las etapas posteriores a las emergencias y los conflictos, y brindarles un trato preferencial. Los desastres asociados con los huracanes y las tormentas tropicales, fenómenos que podrían aumentar en frecuencia o intensidad debido al cambio climático, tienen especial incidencia en la subregión del Caribe.

En los Estados del Caribe se han adoptado varias buenas prácticas que podrían inspirar a otras regiones. En Anguila, se lleva un registro de las personas mayores vulnerables a fin de prestarles asistencia prioritaria en épocas de desastre. En las Islas Caimán hay un plan nacional contra huracanes en el que se identifica a las personas de edad como prioritarias en cuanto a los refugios y otros servicios. En la política nacional sobre envejecimiento de Trinidad y Tabago se les asigna una prioridad específica en la preparación para casos de desastre. Esto abarca las medidas, el personal y los servicios que se necesitan en los refugios, así como respuestas coordinadas a las necesidades de las personas de edad, en particular aquellas con demencia y enfermedad. En la nueva Ley de Hogares para las Personas Mayores (Homes for Older Persons Act), se exige que se lleven a cabo simulacros de evacuación semestrales en colaboración con el personal de respuesta en situaciones de emergencia.

5. Abandono, violencia, abuso y acceso a la justicia

La cuestión del abandono y el abuso a las personas de edad ha recibido cada vez más atención en el Caribe. Por ejemplo, en el informe que presentó ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el Gobierno de Antigua y Barbuda hizo alusión al problema de que algunas mujeres de edad quedan en una situación de abandono e indigencia, y a menudo terminan en el hospital¹. En muchos países se han hecho actos y campañas de sensibilización. En Guyana, por ejemplo, en 2016 se puso en marcha una campaña denominada Stop Senior Citizens Abuse (Detener el maltrato a las personas de edad), mediante el uso de carteles, folletos y adhesivos para los vehículos. Dominica y Trinidad y Tabago están en vías de establecer un sistema integrado para dar respuesta a las denuncias de malos tratos a las personas mayores. En algunos países se ofrece capacitación a fin de fortalecer la capacidad para detectar casos de maltrato. En otros, se han establecido mecanismos de protección, por ejemplo, centros de acogida.

Sigue siendo necesario crear conciencia en relación con todas las formas de violencia y maltrato financiero, físico, sexual y psicológico contra las personas de edad, así como sobre el abandono y el descuido. Además de las personas de edad y sus familias, otros interesados fundamentales son quienes participan en el sistema de justicia y en la aplicación de la ley, así como los proveedores de asistencia social y sanitaria, hacia quienes también se deben dirigir esas campañas. Es necesario

¹ Naciones Unidas, “Informes periódicos cuarto a séptimo combinados presentados por Antigua y Barbuda en virtud del artículo 18 de la Convención que debían presentarse en 2014” (CEDAW/C/ATG/4-7), Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, diciembre de 2017, párr. 172.

hacer más para ofrecer medidas de apoyo a las personas de edad que son víctimas de violencia, abandono y maltrato, teniendo en cuenta una perspectiva de género y discapacidad. Esto debería incluir no solo centros de acogida para casos de emergencia, sino también centros de asesoramiento, líneas telefónicas gratuitas de asistencia y trato preferente que les permita acceder a recursos jurídicos. Debe haber marcos jurídicos y normativos destinados a prevenir, investigar, castigar y erradicar todas las formas de violencia contra las personas de edad, así como otras prácticas que ponen en peligro su seguridad e integridad.

El acceso a la justicia es un derecho humano esencial y un instrumento fundamental para garantizar que las personas mayores puedan ejercer y defender con eficacia sus derechos. Los mecanismos nacionales de hoy en día no son adecuados para investigar y resolver denuncias sobre el cumplimiento de los tratados de derechos humanos.

Algunos países cuentan con instituciones que prestan apoyo a las personas de edad. En las Bermudas, hay una Comisión de Derechos Humanos que ofrece mecanismos para atender las denuncias de edadismo en colaboración con otros organismos. Por otra parte, en San Martín, la Oficina del Ombudsman está a disposición para ayudar a las personas mayores cuando tienen denuncias contra el Gobierno.

No obstante, se deben aplicar medidas más generalizadas para mejorar el acceso de las personas de edad a la justicia mediante asistencia y asesoramiento jurídicos, mecanismos alternativos de solución de controversias y procesos de mediación. Se debe hacer mucho más para dar a conocer los derechos de las personas mayores en todo el sistema judicial y de aplicación de la ley, así como entre las propias personas mayores, a fin de que puedan defender sus derechos.

Ha habido pocas leyes o programas diseñados específicamente para fortalecer la autonomía y la independencia de las personas mayores en la subregión. Es preciso redoblar los esfuerzos para garantizar el derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley y la capacidad jurídica, y para aplicar regímenes que brinden apoyo para la toma de decisiones relacionadas con las personas mayores que tienen discapacidad, de modo que tengan el derecho a participar en todos los procesos de adopción de decisiones que afecten sus vidas.

Fuente

L. Gény (2017), *Caribbean synthesis report on the Madrid International Plan of Action on Ageing and the San José Charter on the Rights of Older Persons in Latin America and the Caribbean*; pp. 11-13 y 29.

B. Tercer examen y evaluación de la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, y de la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe

1. Antecedentes

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y los acuerdos regionales para su aplicación —la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, la Declaración de Brasilia y la Carta de San José— son los marcos normativos rectores que buscan lograr una sociedad inclusiva para todas las edades. Aunque el acuerdo más reciente en ese sentido es la Declaración de Asunción, esta no es parte del examen, ya que aún es demasiado prematuro evaluar su aplicación y será necesario esperar hasta el cuarto proceso de examen y evaluación, en 2022, para hacerlo. No obstante, la Declaración de Asunción se tendrá en cuenta en este estudio para ayudar en la definición de las futuras prioridades para la región del Caribe.

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento aborda las cuestiones relativas al envejecimiento principalmente desde una perspectiva de desarrollo, si bien también establece vínculos con otros marcos, incluidos los derechos humanos². De conformidad con la resolución 24/20 del Consejo de Derechos Humanos, se solicitó al experto independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad que evaluara las consecuencias en materia de derechos humanos de la aplicación del Plan. Las conclusiones del experto independiente señalan que, si bien el Plan no es un documento sobre derechos humanos, contiene una serie de referencias pertinentes a tales derechos y adopta un enfoque conceptual que se ajusta a los principios que los rigen. El experto independiente mencionó que eso constituía un importante paso adelante al compararlo con el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento de 1982³. Sin embargo, concluyó que si bien una aplicación eficaz de los objetivos prioritarios incluidos en el Plan podía mejorar el goce de ciertos derechos para las personas de edad, en particular para aquellos que necesitan recibir cuidados, el Plan, de por sí, no era suficiente para garantizar que todas las personas de edad disfrutaran plenamente de la gama completa de derechos humanos⁴.

Esta brecha de protección ha sido analizada e incluida en los foros y los acuerdos que se han celebrado en América Latina y el Caribe en lo referido a la aplicación del Plan en la región. De hecho, desde la Estrategia Regional hasta la carta de San José, durante los pasados 10 años los Estados miembros de la región han ampliado el alcance de la protección de los derechos de las personas de edad.

Dentro de las tres esferas prioritarias del Plan —a saber, las personas de edad y el desarrollo; el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, y creación de un entorno propicio y favorable—, la Estrategia Regional de 2003 definió tres metas generales: la protección de los derechos humanos de las personas mayores, con seis objetivos para su aplicación; promover su acceso a servicios de salud integrales, también con seis objetivos, y lograr que las personas mayores disfruten de entornos físicos, sociales y culturales que mejoren su desarrollo y el ejercicio de sus derechos, con cuatro objetivos.

² Naciones Unidas, *Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad (A/HRC/33/44)*, Nueva York, 2016, párr. 89.

³ *Ibidem.*, párr. 96.

⁴ *Ibid.* párrs. 101 y 123.

En la Declaración de Brasilia de 2007, los gobiernos reafirmaron su determinación de adoptar medidas en las tres esferas prioritarias, a saber, personas mayores y desarrollo, promoción de la salud y el bienestar en la edad avanzada, y creación de un entorno propicio y favorable. Los Estados miembros también ratificaron su compromiso de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas mayores, de trabajar para erradicar todas las formas de discriminación y violencia y de establecer redes para la protección de este grupo de edad. Los principales ámbitos de la Declaración abarcan la importancia de adoptar marcos jurídicos y de política dirigidos a promover el bienestar de las personas mayores; garantizar la participación plena y efectiva de las personas mayores en el desarrollo socioeconómico; ampliar y mejorar el alcance de las pensiones; promover el trabajo digno para las personas mayores; fomentar el acceso a servicios de atención de salud integrales, oportunos y de calidad, incluidos estudios y cuidados en materia geriátrica y gerontológica (en esta sección también se hace referencia, por primera vez, a la importancia de los cuidados paliativos a nivel regional); mejorar la accesibilidad de las zonas públicas, incluidas las viviendas, y finalmente, promover la educación continua y el aprendizaje permanente.

Frente a los acuerdos regionales anteriores, los Gobiernos de América Latina y el Caribe lograron un importante avance con la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe, que fue más allá de las esferas prioritarias iniciales del Plan en materia de derechos humanos. En el preámbulo se hace referencia a la preocupación que genera la dispersión de las medidas para proteger los derechos de las personas mayores en el ámbito internacional, y se enfatiza que dicha situación “dificulta su aplicación y genera desprotección en el ámbito nacional”. En el preámbulo se pasa a explicar cuál es el principal objetivo del acuerdo, a saber, fortalecer la protección de las personas mayores a nivel regional con medidas adicionales para proteger sus derechos y libertades fundamentales en materia civil, política, económica, social y cultural, sin ningún tipo de discriminación. Desde promover la adopción de leyes y políticas específicas que brindarían un trato diferencial y preferencial a las personas mayores, hasta mejorar la protección social, la salud y los servicios de cuidados sociales para las personas de edad, así como las condiciones de trabajo y de vida y el medio ambiente, la Carta de San José claramente fortaleció la perspectiva de derechos humanos en la aplicación del Plan.

Mediante la Carta de San José, los gobiernos se comprometieron a adoptar un conjunto integral de medidas para reforzar el respeto, la protección y la promoción de los derechos humanos de las personas mayores a nivel nacional. Más específicamente, dichas acciones incluyeron la promulgación de leyes específicas para la protección de tales derechos, incluidas medidas cívicas e institucionales dirigidas a garantizar la plena aplicación de la ley. La Carta subraya la necesidad de que las personas mayores reciban un trato diferencial y preferencial en todos los ámbitos, y de que se adopten medidas que prohíban las múltiples formas de discriminación en su contra. También abarca la creación de mecanismos que garanticen la aplicación de las leyes, el fortalecimiento de las instituciones públicas y privadas y la participación de las personas mayores. En ciertos ámbitos, por ejemplo, en lo referido a la protección social y la atención de salud, la carta de San José remite al Plan y a la Estrategia Regional a fin de universalizar los derechos a la seguridad social y a servicios integrales de atención de salud, un aspecto que no se contempla en la Declaración de Brasilia. Lo mismo ocurre en el ámbito de la autonomía y la independencia de las personas mayores en todas las esferas, incluidas las referidas a la salud, el medio ambiente y la adopción de decisiones. En otros aspectos, la Carta de San José hace mayor hincapié en ciertas esferas al establecer compromisos específicos —por ejemplo, combatir todas las formas de abuso contra las personas mayores y la discriminación por motivos de género—, promueve la innovación al incluir en el documento otros derechos existentes —entre ellos, el derecho a acceder a la justicia y al consentimiento libre e informado—, y presta particular atención a la situación de los grupos no contemplados en acuerdos

anteriores, por ejemplo, los derechos de las personas mayores privadas de libertad y de quienes se encuentran en situaciones de emergencia o desastre⁵.

En la Declaración de Asunción se reitera que la Carta de San José es el marco regional que los Estados continúan adoptando, a modo de establecer sinergias con otros acuerdos regionales e internacionales⁶. En ese sentido, el documento hace referencia a la oportunidad histórica que ofrece la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de incorporar el envejecimiento como una cuestión transversal en los programas de desarrollo de los gobiernos aplicando un enfoque basado en los derechos, y reconoce la importancia de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en cuanto documento regional vinculante, así como del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo y la Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030. Asimismo, subraya la necesidad de comenzar a redactar un “instrumento jurídico multilateral específico con un enfoque amplio e integral y de carácter vinculante” a fin de fortalecer el régimen internacional para la protección de las personas mayores y reducir la dispersión normativa actual⁷. En la Declaración de Asunción también se destacan la importancia de cerrar las lagunas existentes en materia de recolección de datos y la necesidad de contar con datos desglosados a fin de posibilitar una planificación de políticas con base empírica y fortalecer a las instituciones encargadas de las cuestiones relativas al envejecimiento. Concluye haciendo un llamamiento a todos los Estados, a la comunidad internacional, a la sociedad civil —incluidas las personas mayores— y al sector privado para que promuevan los derechos de las personas de edad y generen conciencia sobre los desafíos que continúan enfrentando⁸.

Pese a sus diferencias, todos los acuerdos regionales hacen referencia al marco internacional de derechos humanos y reiteran la responsabilidad de los Estados Miembros de armonizar sus políticas en virtud de tales normas y aplicarlas plenamente a nivel nacional. Además, todos incluyen objetivos temáticos que se centran principalmente en los cuidados, en la protección social, en el empleo, en la educación, en la participación, en la accesibilidad, en la discriminación por edad, en la dignidad y en la integridad. Asimismo, los acuerdos regionales hacen hincapié en la importancia de incorporar una perspectiva de género⁹ en todas las políticas y los programas a fin de tener en cuenta los impactos singulares que el envejecimiento tiene sobre las personas mayores —incluidas las necesidades específicas de las mujeres de edad—, y subrayan la heterogeneidad de este grupo de edad. Tales aspectos se destacan, por ejemplo, en la Estrategia Regional, que analiza la manera en que aplicar el enfoque del ciclo de vida al proceso de envejecimiento implica una serie de desigualdades raciales, étnicas y de género que repercuten en la calidad de vida y la inclusión de las personas mayores, en particular en su acceso a la atención de salud y la protección social y en su vulnerabilidad a la violencia y el abuso¹⁰; dichos aspectos también se mencionan en la Declaración de Brasilia, que reafirma el compromiso de incorporar sistemáticamente la cuestión del envejecimiento en todas las políticas y los programas, establece distinciones entre las zonas rurales y las urbanas, y reconoce las perspectivas étnicas, raciales, intergeneracionales y de género¹¹; y también aparecen en la Carta de San José, que hace referencia a la discriminación por motivos de género y a la puesta en marcha de programas educativos que permitan a las personas mayores de diferentes orígenes étnicos y a otros grupos compartir sus conocimientos, su cultura y sus valores,

⁵ En el Plan se realizan una serie de recomendaciones que no fueron incluidas en la Estrategia Regional, y en la Declaración de Brasilia se hace apenas una mención breve de las situaciones de emergencia humanitaria, como los desastres naturales o los desplazamientos forzosos, sin recomendar ninguna medida específica para enfrentar tales problemas. Párr. 7.

⁶ Declaración de Asunción, párr. 3.

⁷ Declaración de Asunción, párr. 10.

⁸ Declaración de Asunción, párr. 3.

⁹ Carta de San José, párr. 12; Declaración de Brasilia, párr. 6.

¹⁰ Párrs. 6 y 31.d).

¹¹ Declaración de Brasilia, párr. 7.

sobre la base de enfoque intercultural¹². En la Declaración de Asunción, se reafirma la importancia de incorporar el envejecimiento, junto con las perspectivas generacionales, étnicas, raciales y por género y discapacidad, no solamente en las políticas y los planes y programas nacionales, sino también en las tareas de recolección de datos desglosados¹³.

La Carta de San José se basó en el valor político y programático de los acuerdos anteriores, y los complementa para aplicar con eficacia el Plan. Su importancia como el marco regional que los países deben seguir adoptando se reiteró en la Declaración de Asunción¹⁴. Por ende, en el actual proceso de examen se ha tenido en cuenta el enfoque general seguido por los Estados, y se han analizado todos los acuerdos regionales para tener un panorama completo de la aplicación del Plan y determinar qué logros se han alcanzado y qué desafíos persisten en la subregión del Caribe. Este enfoque complementario es importante, por cuanto el Plan permite a los países adaptar las orientaciones generales en materia de prioridades a sus realidades nacionales, y hace un llamamiento a impulsar medidas rápidas y coordinadas que atiendan con eficacia los problemas de endeudamiento de los países y a fomentar la cooperación internacional y regional, pero únicamente la Estrategia Regional hace referencia a las cuestiones específicas del Caribe. De hecho, en la Declaración de Brasilia únicamente se hace alusión a la manera en que las diferentes etapas del proceso de envejecimiento presentan distintos desafíos a los Estados en lo referido a encontrar respuestas adecuadas, pero no se mencionan los desafíos singulares que enfrentan las distintas subregiones, entre ellas la del Caribe. De manera similar, en la Carta de San José se hacen apenas algunas referencias a las diferencias entre los Estados en lo referido a la seguridad social, los servicios de atención de salud y los medidores de empleo, utilizando para ello la expresión “oportunidades específicas por país”.

Por cuanto la Estrategia Regional es el único acuerdo que analiza el contexto específico del envejecimiento de la población en la región, parte de esta información sigue siendo importante en este proceso de examen para entender la situación de las personas mayores en el Caribe. La subregión se caracteriza por una persistente pobreza, un grado elevado de informalidad laboral, profundas desigualdades sociales, un escaso desarrollo institucional y sistemas de seguridad social con deficiencias de cobertura¹⁵. Además, la recuperación de las economías tras la crisis económica mundial ha sido sumamente lenta, y los países de la subregión siguen estando entre los más endeudados del mundo. Algunos se vieron gravemente afectados por la temporada de huracanes de 2017 y deberán destinar recursos adicionales a los procesos de recuperación y reconstrucción sostenible. Algo que agrava la situación es la escasa capacidad de las instituciones públicas de los países y territorios del Caribe para diseñar políticas, leyes y programas sociales nuevos, y los obstáculos que enfrentan a la hora de lograr economías de escala también aumentan los costos administrativos vinculados con el funcionamiento de los programas sociales¹⁶.

¹² Carta de San José, párrs. 12 y 11.c.

¹³ Declaración de Asunción, párrs. 13 y 20.

¹⁴ Declaración de Asunción, párr. 3.

¹⁵ Véase Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (LC/G.2228), Santiago, 2004, párr. 4.

¹⁶ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), “Ageing in the Caribbean and the human rights of older persons: twin imperatives for action”, serie Estudios y Perspectivas, N° 45 (LC/L.4130), Santiago, 2016, pág. 8.

Fuente F. Jones (2016), *Ageing in the Caribbean and the human rights of older persons: Twin imperatives for action*; pp. 51-59.

C. Entornos propicios y favorables para las personas mayores

En esta parte se analiza la manera en que las políticas públicas pueden crear entornos propicios y favorables que mejoren la independencia, la autosuficiencia y la autonomía de las personas mayores, a fin de que puedan participar plenamente en la vida económica, social y cultural.

1. Servicios de cuidados sociales para promover la independencia, la salud y el bienestar

Algunas personas mayores viven en hogares de una única generación con su cónyuge, o solas, mientras que otras viven en hogares multigeneracionales con sus hijos u otros familiares. Sin embargo, al igual que en el resto del mundo, en el Caribe la tendencia general es que las personas mayores vivan en hogares de una única generación. Es lo que sucede en los países de ingresos altos, donde las familias disponen de un mayor número de opciones en lo referido a las soluciones de vivienda. En general, la tendencia es la misma dentro de cada país. En Belice, por ejemplo, se constató que era mucho más probable que las personas mayores pertenecientes a los grupos de los quintiles más altos viviesen de forma independiente, frente a las personas mayores de los grupos en los quintiles más bajos¹⁷. Esta preferencia general de vivir de manera independiente, aunada a los cambios en la estructura de edad de la población, implica que no solamente habrá un mayor número de personas de edad en el futuro, sino que una mayor proporción de ellas vivirá en hogares de una única generación.

En los hogares multigeneracionales, los miembros de la familia pueden brindar cuidados y apoyo financiero, emocional y práctico. Sin embargo, eso no debería considerarse como un sustituto de la ayuda que debe brindar el Estado, sobre quien recae la responsabilidad de asegurarse de que las personas mayores tengan un ingreso independiente y de que las familias con las que conviven reciban servicios sociales de apoyo. Cuando eso no sucede, la dependencia excesiva puede traducirse en sentimientos mutuos de resentimiento o hasta abusos. Por otro lado, cabe señalar que también existen casos de personas mayores que tienen ingresos independientes y son propietarias de su hogar, pero que viven en contextos multigeneracionales con familiares que podrían depender en gran medida de ellas para cubrir sus necesidades financieras. Esto introduce una dinámica distinta en las relaciones interfamiliares, y las personas mayores podrían terminar siendo víctimas de explotación financiera a manos de familiares más jóvenes que busquen apropiarse de los bienes o los ingresos de los miembros más envejecidos de la familia.

Las personas que viven solas corren un riesgo particular de quedar aisladas. Alrededor del 18% de las personas mayores de 60 años en los países del Caribe anglófono viven solas. En la mayor parte del mundo, hay más mujeres mayores viviendo solas que hombres (en particular debido a la viudez), si bien el Caribe angloparlante, donde un 20% de los hombres mayores de 60 años viven solos, frente a un 16% de las mujeres, es una excepción en este sentido¹⁸. Eso se debe a que es más común que las mujeres mayores vivan con otros familiares.

¹⁷ Belice/Banco de Desarrollo del Caribe (BDC), Final Report, Country Poverty Assessment, Volume 2: *Supplementary Material*, Londres, Halcrow Group Limited, 2011.

¹⁸ V. Nam, *Regional Special Topic Monograph on the Elderly based on Analysis of the 2000 Round Census Data of Eighteen Caribbean Countries*, Georgetown, Secretaría de la Comunidad del Caribe, 2009.

En aras de ayudar a las personas mayores a vivir de manera independiente, muchos países del Caribe han instaurado programas tales como servicios de ayuda en el hogar, enfermería a domicilio, cuidados diurnos y centros de actividades, y para las personas mayores que no pueden vivir solas, existen instituciones de estadía permanente. La mayoría de los países cuentan con algún tipo de sistema para brindar servicios de cuidados a domicilio a las personas mayores (véase el cuadro V.1). Estos servicios incluyen ayuda para higienizarse, limpiar, cocinar e ir de compras, y también brindan compañía. De esta manera, las personas mayores reciben el apoyo que necesitan para continuar viviendo en sus propios hogares, en general la opción ideal para mantener una vida autónoma e independiente. Además, tanto para la persona como para el Estado, los cuidados a domicilio para quienes viven solos son mucho más rentables que los sistemas de internación permanente en casas residenciales.

■ Cuadro V.1

Programa de cuidados a domicilio para personas mayores en situación de fragilidad, 2012

País	Programas de cuidados a domicilio	Beneficiarios	Población de 80 años y más	Coefficientes Beneficiarios / Cuidadores
Antigua y Barbuda	Sistema GRACE de cuidado asistencial residencial [REF: según Panorama Social, 2012 [en línea] https://bit.ly/3moiF7A]	110	1 511	2,1
Bahamas	Programa de Servicios Domésticos para las Personas Mayores	..	4 445	..
Barbados	Programa de Atención Domiciliaria	1 025	7 009	..
Belice	Algunos servicios provistos por ONG	..	2 615	..
Dominica	Programa Yes We Care	198	..	4,6
Granada	Geriatric Caregivers Programme (GCP)	160	2 040	3,9
Guyana	Programa de Servicios Domésticos para las Personas Mayores (únicamente para la región 6)	439	4 481	..
Jamaica	Un programa muy limitado administrado por el Consejo Nacional de las Personas de Edad	277	53 569	69
Saint Kitts y Nevis	Programa de Atención Domiciliaria	352	..	11,7
Santa Lucía	Servicios privados	..	3 971	..
San Vicente y las Granadinas	Programa Home Help for the Elderly	270	1 485	3
Suriname	Servicios privados	..	5 688	..
Trinidad y Tabago	Geriatric Adolescent Partnership Programme (GAPP)	7 200	20 028	12

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información oficial sobre envejecimiento.

En algunos países (por ejemplo, en Barbados y en Saint Kitts y Nevis), se brindan cuidados básicos de enfermería a domicilio, tanto como parte de un programa de cuidados a domicilio o en el marco de un programa separado. Esto puede incluir la curación de heridas o el control de la presión arterial y los niveles de glucosa. Además, también se incluye asesoramiento materia de nutrición, normas sanitarias y otras cuestiones de salud. Se capacita a los cuidadores para que puedan detectar enfermedades y casos de negligencia, abuso o malnutrición, y elaborar informes al respecto.

La mayoría de quienes necesitan servicios de cuidados a domicilio tienen 80 años y más. En Antigua y Barbuda, Dominica, Granada y San Vicente y las Granadinas, los cuidadores en general atienden a entre dos y cinco personas, y aunque esto les permite pasar más tiempo con cada una y brindarles una mejor atención, también implica que el servicio no está disponible para todos. En otros países, como Trinidad y Tabago y Saint Kitts y Nevis, cada cuidador atiende a una media de 12 personas, lo que permite ofrecer el servicio a un público más amplio, si bien se dedica menos tiempo a cada caso. Algunos países aún no han establecido programas públicos de cuidados a domicilio para las personas mayores: en Belice, este servicio es brindado por organizaciones no gubernamentales en un puñado de ubicaciones; en Jamaica, existe un programa organizado por el Consejo Nacional de las Personas de Edad, si bien su alcance es muy limitado, y ni Santa Lucía ni Suriname tienen programas públicos que brinden este tipo de servicios.

Todos los países deberían brindar servicios de cuidados a domicilio a quienes necesiten este apoyo adicional para preservar su independencia, su autonomía y su dignidad. Hasta los países con programas bien establecidos reconocen la necesidad de mejorar su calidad y su alcance. Un estudio cualitativo en seis países del Caribe confirmó que existen importantes problemas de cobertura y acceso a estos servicios¹⁹. Para varios países, el problema radica en contratar y retener a los trabajadores que se necesitan. También existe la necesidad de fortalecer la capacitación y la orientación que se brinda a los cuidadores, por ejemplo, para que sepan detectar situaciones de abuso o enfermedades. En Barbados, a fin de alcanzar a las personas mayores que viven en lugares remotos, se compró un microbús para transportar a los cuidadores.

En algunos países, los centros diurnos de cuidados para las personas mayores permiten a los familiares que son cuidadores trabajar, o al menos tomarse un descanso de sus labores de cuidado. Estos centros también permiten que las personas mayores se mantengan física y socialmente activas, les brindan alimentos nutritivos y en ocasiones les ofrecen servicios, por ejemplo, exámenes de salud. Dichos servicios representan un apoyo invaluable para los cuidadores —que en muchos casos también son personas mayores—, y deberían formar parte del programa de cuidados sociales.

Para las personas mayores que no pueden vivir solas existen instituciones de estadía permanente públicas y privadas. Estas residencias para ancianos en general están pensadas para cuidar a las personas mayores que ya no pueden vivir solas, aun con apoyo. Solo un pequeño porcentaje de las personas mayores vive en hogares para ancianos, si bien su número está aumentando. Casi todos los países del Caribe tienen un pequeño número de residencias gratuitas y gestionadas por el gobierno destinadas a personas de edad que de otro modo vivirían en la miseria. La mayoría de las residencias para ancianos se gestionan como empresas, si bien algunas son administradas por iglesias. Algunas de estas residencias reciben subsidios públicos. Los gerentes o propietarios de estas residencias en general son enfermeras profesionales, si bien muchos de los cuidadores contratados tienen poca o ninguna capacitación. La calidad de la atención es motivo de profunda preocupación en el sector, y algunas instituciones funcionan en instalaciones inadecuadas, presentan problemas de hacinamiento, tienen personal escasamente calificado, carecen de los equipos necesarios, enfrentan dificultades relacionadas con la nutrición y la atención médica y son apenas supervisadas y reguladas por el gobierno, entre otros problemas.

Muchos países han aprobado leyes y disposiciones que rigen las actividades de las instituciones de estadía permanente, en particular desde 2000, si bien algunos aún no han aprobado ninguna, entre ellos Antigua y Barbuda, Dominica, Guyana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas (véase el cuadro V.2). En general, las normas exigen que los hogares residenciales estén registrados, establecen determinados umbrales mínimos y otorgan al gobierno el derecho de realizar inspecciones. Sin embargo, pese a que existe la legislación, no todas las residencias para

¹⁹ P. Cloos y otros, “‘Active ageing’: a qualitative study in six Caribbean countries”, *Ageing & Society*, vol. 30, N° 1, enero de 2010.

ancianos están necesariamente registradas, y los regímenes de inspección podrían no aplicarse o ser inadecuados. En Trinidad y Tabago, donde hay alrededor de 85 residencias para ancianos, la División de Envejecimiento está trabajando para fortalecer la aplicación de la ley que se aprobó en 2007²⁰, lo que incluye establecer un régimen de inspecciones y fijar sanciones para los propietarios de residencias que no se ajusten a los requisitos mínimos.

■ Cuadro V.2

Regulación para las residencias de ancianos, 2012

País	Residencias públicas para ancianos	Residencias privadas para ancianos	Regulaciones
Antigua y Barbuda	1	14	Sin regulación
Bahamas	5	11	Regulación (2006)
Barbados	Unas 60 residencias 3		Regulación (2005)
Belice			Regulación (2000)
Dominica	1	6	Sin regulación
Granada	3	8	Regulación (2002)
Guyana	...	...	Sin regulación
Jamaica	aproximadamente 100 residencias		Regulación (2004)
Saint Kitts y Nevis	3	2	Sin regulación
Santa Lucía	1	6	Sin regulación
San Vicente y las Granadinas	1	6	Sin regulación
Suriname	2	Unas 18	Legislación pendiente
Trinidad y Tabago	Unas 85 residencias		Regulación (2007)

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información oficial sobre envejecimiento.

Muchos países han reconocido la necesidad de continuar trabajando para adoptar legislación o exigir de manera más estricta el cumplimiento de la ley. Es necesario contar con regímenes de inspección eficaces, y los resultados de las inspecciones deben ponerse a disposición del público. Debe existir una escala móvil de sanciones contra los propietarios que no se ajusten a las normas, por ejemplo, advertencias; la prohibición de aceptar nuevos ingresos hasta que los problemas se resuelvan; la suspensión o cancelación del registro, y en última instancia el inicio de procedimientos jurídicos contra aquellos que infrinjan la ley.

En algunos países, se está evaluando la posibilidad de elaborar manuales de buenas prácticas para los propietarios y los gerentes de las residencias para ancianos y quienes trabajan en ellas, de forma tal que los establecimientos no solo cumplan los requisitos mínimos que establece la ley, sino que mejoren continuamente en aras de alcanzar la excelencia. Quienes viven en las residencias para ancianos deben tener derechos específicos, por ejemplo, el derecho a aceptar o rechazar determinado tratamiento médico; a que se preserve su privacidad la recibir tratamientos; a tener acceso a un procedimiento para la resolución de quejas; a recibir visitantes, y a decidir a qué hora se irán a dormir.

Todos los países deberían tener leyes y normas que rijan las actividades de las residencias para ancianos, así como mecanismos para velar por el debido cumplimiento, como inspecciones y sanciones por incumplimiento. Habida cuenta del proceso de envejecimiento de la población, de

²⁰ Véase Trinidad y Tabago, "Act No. 20 of 2007", 2007 [en línea] <http://www.ttparliament.org/legislations/a2007-20.pdf>.

las tendencias en los arreglos de vivienda y de la incidencia de la discapacidad, es probable que la necesidad de cuidados de enfermería aumente considerablemente. Por tanto, mejorar la calidad de las instituciones de estadía permanente de los sectores público y privado debería ser una de las principales prioridades, y de hecho, ha sido definida como tal en varios países.

Los complejos de viviendas asistidas están a medio camino entre la provisión de cuidados en el hogar y la internación en una institución de estadía permanente. Permiten que las personas mayores vivan de manera independiente dentro de un contexto comunitario con otras personas mayores, en un lugar con fácil acceso a una serie de servicios comerciales, sociales y de salud. Los residentes tienen sus propias habitaciones o espacios de vivienda, y espacios y zonas comunales para comer e interactuar. Actualmente, hay un número relativamente bajo de complejos de viviendas asistidas en el Caribe.

2. Aumentar la participación de las personas mayores en la vida social

Para las personas de edad, continuar participando en los aspectos sociales, económicos y culturales de la vida es fundamental para mantener el bienestar físico, mental y social. Desde finales de la década de 1990, la Organización Mundial de la Salud ha promovido el concepto de “envejecimiento activo”²¹, que se define como “el proceso de optimización de las oportunidades en relación con la salud, la participación y la seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que se envejece”²². El derecho a una participación igualitaria en ámbitos como el trabajo, la educación, la cultura y la vida pública está bien establecido. Además, por cuanto las personas mayores representan una proporción cada vez mayor de la población, las sociedades deberían aceptar con agrado sus contribuciones a la vida social, cultural y familiar.

La soledad y aislamiento son problemas que las personas mayores en el Caribe mencionan a menudo. Por ejemplo, en un estudio de las personas de edad en Trinidad, un 33% dijeron sentirse solas²³. Las personas mayores que dijeron sentirse así incluían tanto a las que vivían solas como a otras muchas que vivían con familiares. Se constató que el sentimiento de soledad afectaba más a los hombres que a las mujeres. Las evaluaciones de pobreza a nivel nacional también han sugerido que muchas personas mayores que viven en la pobreza se sienten solas y abandonadas.

La participación social de las personas mayores depende de su situación financiera, de su salud y también del lugar donde viven; de hecho, las zonas urbanas ofrecen mayores oportunidades de participación²⁴. Esto confirma el hecho de que además de atender las dimensiones individuales de la exclusión social, como la participación social, también es necesario tener en cuenta aspectos tales como la seguridad económica y la salud. De no contar con ellos, los gobiernos deben priorizar el establecimiento de mecanismos que permitan a las personas mayores participar en los procesos de adopción de decisiones. Las personas mayores deben participar en el diseño de las políticas, así como en su seguimiento y evaluación. Los programas existentes administrados por el gobierno, por ejemplo, los de educación comunitaria, también deberían dirigirse a las personas de edad.

En varios países del Caribe existen consejos nacionales para las personas de edad, que pueden ser tanto organizaciones no gubernamentales como organismos creados por los gobiernos

²¹ Véase Organización Mundial de la Salud (OMS), *Active Ageing: a Policy Framework* (WHO/NMH/NPH/02.8), Ginebra, 2002.

²² Organización Mundial de la Salud (OMS), “Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento: informe sobre su ejecución” (EB115/29), 2 de diciembre de 2004.

²³ J. Rawlins y otros, “The elderly in Trinidad: health, social and economic status and issues of loneliness”, *West Indian Medical Journal*, vol. 57, N° 6, 2008.

²⁴ P. Cloos y otros, “‘Active ageing’: a qualitative study in six Caribbean countries”, *Ageing & Society*, vol. 30, N° 1, enero de 2010.

que permiten a las personas de edad participar en los procesos de adopción de decisiones. También existen asociaciones de jubilados que representan los intereses de las personas mayores.

En Jamaica, el Consejo Nacional para los Ciudadanos Mayores, que bajo la supervisión del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social vela por la aplicación de la política nacional para las personas de edad, apoya la labor de una red de clubes de ciudadanos mayores a lo largo y ancho del país. Los ciudadanos de la tercera edad han participado en conferencias nacionales y regionales sobre el envejecimiento, y los clubes han organizado actividades que promueven la interacción social entre distintas generaciones, por ejemplo, mediante un programa de visitas a las escuelas. La Barbados Association of Retired Persons (BARP) es una organización bien establecida que busca mejorar la calidad de vida de las personas mayores en Barbados; promover su independencia y dignidad y ayudarlos a tener vidas de propósito; representar y expresar sus puntos de vista, y cambiar las actitudes predominantes hacia ellas, entre otros objetivos. En Trinidad y Tabago, periódicamente se organizan foros públicos anuales del Programa sobre las Personas de Edad y parlamentos para los ciudadanos de la tercera edad.

En algunos otros Estados caribeños más pequeños, también existen organizaciones similares para las personas mayores, pero les ha resultado más difícil crecer o permanecer en actividad. En San Vicente y las Granadinas, solía haber un Consejo Nacional para las Personas Mayores que recomendaba programas y políticas para mejorar su bienestar. Sin embargo, ha dejado de funcionar, y actualmente no existe ningún mecanismo formal que permita implicar a las personas mayores en el diseño de las políticas. Se ha informado que en San Kitts y Nevis la participación de las personas mayores en el diseño de las políticas es limitada debido a que no existen grupos independientes de personas de edad que representen sus intereses.

La educación y el aprendizaje ofrecen numerosos beneficios a las personas mayores, por cuanto les permiten desarrollar nuevas habilidades e intereses, acompañar los cambios tecnológicos, culturales y sociales y mantenerse activos desde el punto de vista físico, mental y social. Asimismo, cada vez hay más pruebas de que el aprendizaje permanente ofrece importantes beneficios de salud, entre otras cosas al prevenir el deterioro cognitivo²⁵. Además, la educación, en cuanto la llave hacia una mayor participación en otros ámbitos de la sociedad, como las actividades económicas, culturales, cívicas o religiosas, puede enriquecer la vida social de las personas.

En 2012 se inauguró la escuela Unique Helping Hands Senior School en Barbados. La escuela ha sido diseñada para personas jubiladas e independientes mayores de 50 años, y promueve un estilo de aprendizaje basado en la interacción. Ofrece cursos de informática, artesanía, música y lenguas extranjeras. En Jamaica y Trinidad y Tabago, existen amplias redes de centros de actividades para las personas mayores. Por ejemplo, los 11 centros de actividades de Trinidad y Tabago ofrecen actividades tales como gimnasia aeróbica, yoga, tai chi, jardinería doméstica, excursiones, artesanías, informática básica, natación, baile y lectura o alfabetización para adultos.

Para muchas personas mayores, la ausencia de servicios accesibles de transporte es un enorme obstáculo que les impide participar más plenamente en la vida social. En varios países, las personas mayores pueden usar los servicios de autobús a tarifas reducidas, si bien las reducciones no siempre están disponibles en los servicios operados por empresas privadas, o podrían ofrecerse solo en ciertas zonas. Se ofrecen reducciones tarifarias en las Bahamas, Barbados, Belice, Jamaica y Trinidad y Tabago. En los países de la Organización de los Estados del Caribe Oriental (OECS), los servicios de autobús en general están en manos de empresas privadas, y las personas mayores pagan las mismas tarifas que el resto de los usuarios. Los servicios de autobús también tienden a estar fuera del alcance de las personas mayores con problemas de movilidad, para quienes a menudo es difícil caminar hasta la parada del autobús y subirse a él. Para solucionar este problema, en Trinidad

²⁵ R. Swindell, "Successful ageing and international approaches to later-life learning", *Active Ageing, Active Learning: Issues and Challenges*, G. Boulton-Lewis y M. Tam (eds.), Dordrecht, Springer, 2012.

y Tabago se introdujo un sistema de transporte adaptado a las necesidades de las personas mayores y con problemas de movilidad llamado ELDAMO. El sistema depende de la Public Transport Service Corporation (PTSC), y brinda un servicio de transporte gratuito y que se solicita por teléfono a las dos poblaciones objetivo en Trinidad y Tabago. Quienes proveen servicios de salud y de otros tipos a las personas de edad deben tener en cuenta que se les debe brindar un transporte apropiado para garantizar que puedan acceder a los servicios.

Si los demás grupos de la población tienen una percepción positiva sobre las personas mayores, su participación en la vida social mejorará; en ese sentido, las iniciativas para aumentar la conciencia pública sobre la contribución de las personas mayores a la sociedad pueden ser especialmente útiles.

Para promover una imagen positiva de las personas mayores y fomentar su participación activa en la sociedad, muchos países del Caribe organizan actividades en el marco del Día Internacional de las Personas Mayores, el 1 de octubre. El Consejo Nacional de Jamaica para los Ciudadanos Mayores estableció un programa nacional de educación para informar al público en general sobre el proceso de envejecimiento y los beneficios que aporta la presencia de las personas mayores a las familias y las comunidades. Las actividades incluyen seminarios; la publicación de historias orales y relatos personales de las experiencias de las personas mayores; muestras del trabajo de las personas de edad en bibliotecas y oficinas del gobierno, y conferencias para propiciar el acercamiento entre los ciudadanos mayores y los altos funcionarios del gobierno.

Los Juegos Nacionales para Mayores que se organizan en Barbados y Santa Lucía también promueven una imagen sumamente positiva de las personas mayores y los animan a mantenerse física y socialmente activos.

La legislación para proteger a las personas mayores de la discriminación y el abuso también puede ser importante a la hora de modificar las percepciones sobre quienes pertenecen a este grupo. Mientras que varios países de América Latina han adoptado legislación que promueve la igualdad de oportunidades y la lucha contra la discriminación para proteger a las personas mayores, el progreso en este ámbito ha sido sumamente escaso en el Caribe.

Si bien es cierto que algunos países tienen políticas nacionales sobre el envejecimiento, los derechos de las personas mayores como grupo minoritario en general no se contemplan en la legislación. Las personas mayores no disfrutan de ninguna protección especial contra la discriminación, ni existen sanciones especiales contra el maltrato de las personas de edad. Una excepción es Trinidad y Tabago, donde la Ley de Residencias de las Personas de Edad de 2007 transformó el abuso perpetrado contra las personas de edad en las instituciones de estadía permanente en un delito punible por la ley²⁶.

En Barbados, se estableció un comité de coordinación de alcance nacional para el Programa contra el Abuso de las Personas Mayores (Anti-Elder Abuse Programme). Durante los pasados cinco años, el comité ha logrado aumentar la conciencia y el debate públicos sobre la cuestión del abuso contra las personas mayores, y ha sentado las bases para la adopción de legislación que penalice el abuso y la discriminación dirigidos contra las personas de edad²⁷. Numerosos países han definido la aprobación de legislación para proteger los derechos de las personas mayores como una esfera prioritaria para futuras acciones.

²⁶ Trinidad y Tabago, "Act No. 20 of 2007", 2007 [en línea] <http://www.ttparliament.org/legislations/a2007-20.pdf>.

²⁷ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), "Caribbean synthesis report on the implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing and the San José Charter on the Rights of Older Persons in Latin America and the Caribbean", 19 de junio de 2017 [en línea] https://conferenciaenvejecimiento.cepal.org/4/sites/envejecimiento4/files/caribbean_synthesis_report_ageing.pdf.

3. Las personas mayores y la gestión del riesgo de desastres

El Caribe es vulnerable a los efectos de diversos peligros naturales. La mayoría de las islas se ubican dentro del reconocido cinturón de huracanes, y hay actividad sísmica en varias zonas de la subregión. Las tormentas localizadas, las inundaciones y los deslizamientos de tierra han producido diversas pérdidas, y la mitad de una isla entera, Montserrat, es inhabitable debido a las continuas erupciones volcánicas. Las pérdidas anuales ocasionadas por los desastres se han calculado en 3.000 millones de dólares de los Estados Unidos, y los sectores social y productivo han sufrido graves perjuicios²⁸. El cambio climático, que intensificará los fenómenos climáticos extremos, agravará las amenazas actuales, y el aumento en el nivel del mar supone una amenaza directa para al menos 1.300 km² de tierra y 110.000 personas en las naciones de la Comunidad del Caribe (CARICOM)²⁹.

La gestión de desastres es el proceso sistemático que permite planificar, organizar, dirigir y controlar todas las etapas de las actividades relacionadas con los desastres, incluidas las tareas de mitigación, preparación, respuesta y recuperación. El Organismo del Caribe para la Gestión de Emergencias en Casos de Desastre (CDEMA) se encarga de coordinar la respuesta de emergencia a los desastres y de gestionar el riesgo de desastres en el Caribe. El mandato del organismo es movilizar y coordinar la ayuda en situaciones de desastre; promover la adopción de políticas y de prácticas de mitigación y reducción de las pérdidas originadas por los desastres, y brindar información confiable y completa sobre los desastres.

Las personas mayores corren un mayor riesgo de verse afectadas por los desastres naturales. Esto obedece a que los problemas que vienen con la edad avanzada —el deterioro de la capacidad física; la disminución de la fuerza; la baja tolerancia a las actividades físicas; las limitaciones funcionales, y la disminución de la conciencia sensorial— aumentan la vulnerabilidad³⁰. Históricamente, las situaciones de desastre y emergencia en la región del Caribe han tenido graves repercusiones sobre las personas mayores. Tras el huracán Iván, en 2004, la OECO, en cooperación con la CEPAL y otros organismos de las Naciones Unidas, realizaron una macro evaluación socioeconómica en Granada, y constataron que de las 28 personas que murieron en el huracán, un 70% eran mayores de 60 años³¹.

Las malas condiciones de vivienda también podrían aumentar el riesgo para las personas mayores. Por ejemplo, en Belice, un 38% de las personas mayores informaron que sus hogares no eran capaces de soportar los vientos fuertes, y un 40% informó que sus viviendas eran proclives a inundarse³². Se estima que el terremoto que asoló a Haití en 2010 afectó a unas 200.000 personas mayores de 60 años. Al igual que las demás personas, sus hogares quedaron reducidos a escombros, el agua y el alimento no dejaban de escasear, y ya no podían recurrir a las redes de servicios comunitarios, familiares, sanitarios y de otros tipos que antes existían³³.

La fase de mitigación implica diseñar políticas y estrategias que tomen en cuenta las necesidades, las capacidades, las vulnerabilidades específicas y las perspectivas de todas las

²⁸ Organismo del Caribe para la Gestión de Emergencias en Casos de Desastre (CDEMA), *Regional Comprehensive Disaster Management (CDM) Strategy and Results Framework 2014-2024*, Bridgetown, 2014.

²⁹ M. Simpson y otros, *Quantification and Magnitude of Losses and Damages Resulting from the Impacts of Climate Change: Modelling the Transformational Impacts and Costs of Sea Level Rise in the Caribbean*, Bridgetown, 2010.

³⁰ Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Las personas mayores y los desastres", 2012 [en línea] <https://www.paho.org/es/file/31693/download?token=PajudaQ>.

³¹ Organización de Estados del Caribe Oriental (OECO), *Grenada: Macro-Socio-Economic Assessment of the Damages Caused by Hurricane Ivan*, Castries, 7 de septiembre de 2014.

³² Consejo Nacional sobre el Envejecimiento, *Situational Analysis of Older Persons Belize 2010*, 2010 [en línea] <http://www.ncabz.org/wp-content/uploads/2015/06/Situational-Analysis-of-Older-Persons-in-Belize2010.pdf>.

³³ HelpAge International, "Humanitarian response for older people in Haiti: three months on", Londres, 2010 [en línea] <https://asksource.info/resources/humanitarian-response-older-people-haiti-three-months>.

edades. En ese sentido, aumentar la conciencia y el conocimiento sobre los desastres y sobre la manera en que las personas mayores los experimentan y responden a ellos es sumamente útil a la hora de diseñar estos planes. La eficacia de estos planes dependerá de la información que exista sobre los peligros, los riesgos de emergencia y las medidas de respuesta que se adoptarán. Asimismo, y mediante las empresas municipales y las ONG locales, deben impulsarse iniciativas a nivel comunitario para recopilar información sobre las personas mayores en la comunidad, entre otras cosas, en lo referido a sus necesidades especiales. Esta información debe comunicarse a las autoridades de respuesta a los desastres para que la incluyan en sus planes para situaciones de ese tipo, en particular en lo concerniente a los arreglos para la provisión de refugios, la distribución de alimentos y el acceso de las personas mayores al apoyo que necesitan. Si bien en cierta medida algunos Estados participantes en el CDEMA están haciendo eso, es necesario darle un carácter más institucional a su labor.

En la fase de preparación, los gobiernos, las organizaciones locales, las personas en sus comunidades y otras partes interesadas diseñan planes para salvar vidas, minimizar los daños ocasionados por el desastre y mejorar las operaciones de respuesta frente al desastre. Las medidas de preparación incluyen ejercicios y capacitación para situaciones de emergencia; sistemas de alerta; sistemas de comunicaciones de emergencia; planes de evacuación y capacitación; inventarios de recursos; listas de personal o contactos de emergencia; acuerdos de ayuda mutua, y campañas de información pública y educación. Es en esta fase en que el conocimiento de las personas mayores puede ser útil, por cuanto es posible que ya hayan atravesado situaciones de desastre en sus localidades y puedan compartir sus experiencias. Asimismo, es posible que tengan aptitudes para hacer frente a los problemas y estrategias de supervivencia que sean útiles para sus comunidades locales.

La fase de respuesta se centra en satisfacer las necesidades básicas de las personas hasta que puedan aplicarse soluciones más permanentes y sostenibles. Durante esta fase, es posible que las personas mayores tengan necesidades especiales que exijan atención. Posiblemente sus necesidades de alimentación o de salud sean más específicas, y podrían necesitar más asistencia o mayores adaptaciones del entorno cuando se los asigna a un refugio. Las personas mayores podrían tener menos capacidad de enfrentarse a las secuelas inmediatas de una emergencia y, por ejemplo, podrían necesitar más tiempo para conseguir alimentos o insumos médicos o encontrar un refugio. Cubrir las necesidades básicas de las personas mayores puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Informe sobre el Desarrollo Mundial 2007 indica que la atención médica brindada inmediatamente después de un desastre podría no ser adecuada para las necesidades médicas de las personas mayores, que podrían requerir, por ejemplo, atención oftalmológica, fisioterapia, ayudas para la movilidad y medicamentos específicos³⁴.

La fase de recuperación continúa hasta que todos los sistemas afectados vuelven a la normalidad o quedan en una situación aún mejor que antes del desastre. Las medidas de recuperación, tanto a corto como a largo plazo, incluyen devolver los sistemas que sustentan la vida a condiciones operativas mínimas; proporcionar alojamientos temporales; difundir información pública; brindar educación en materia de salud y seguridad; promover la reconstrucción; organizar programas de asesoramiento, y realizar estudios de los impactos económicos. Los recursos y los servicios de información incluyen tareas dirigidas a recopilar datos sobre la reconstrucción y documentar las lecciones aprendidas. Durante la fase de recuperación de una emergencia, a menudo las personas mayores enfrentan desafíos para acceder a la asistencia de socorro, por ejemplo, para reparar sus hogares. Corren un elevado riesgo de quedar excluidos de los mecanismos de ayuda que brindan los gobiernos.

³⁴ Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Las personas mayores y los desastres", 2012 [en línea] <https://www.paho.org/es/file/31693/download?token=PajjuDaQ>.

En general, en el Caribe se está prestando más atención a la situación de vulnerabilidad de las personas mayores durante los desastres, si bien todavía queda mucho por hacer para satisfacer las necesidades de este creciente segmento de la sociedad. Según las directrices de HelpAge International sobre las mejores prácticas, reducir la vulnerabilidad de las personas mayores no necesariamente se trata de crear servicios especiales para ellas, sino de garantizar que accedan en la misma medida a los servicios vitales. También es necesario reconocer que los individuos envejecidos no deben ser vistos únicamente como víctimas, sino como personas cuyas singulares capacidades y contribuciones en lo referido a la preparación para los desastres y la respuesta frente a ellos merecen ser reconocidas y utilizadas³⁵.

4. Protección contra el maltrato, la explotación y la discriminación

En años recientes, el maltrato hacia las personas mayores se ha transformado en un problema cada vez más reconocido. La OMS define el maltrato de las personas mayores como un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza. Este tipo de violencia constituye una violación de los derechos humanos e incluye el maltrato físico, sexual, psicológico o emocional; la violencia por razones económicas o materiales; el abandono; la negligencia; y el menoscabo grave de dignidad y la falta de respeto³⁶.

Las actitudes discriminatorias hacia las personas mayores, por ejemplo, la idea de que las afecciones físicas o mentales (reales o percibidas) los transforman en seres dependientes y en una carga, son una de las causas fundamentales del maltrato de que son objeto. La desigualdad de género y la tolerancia hacia la violencia también contribuyen a crear las condiciones que hacen posible el maltrato hacia las personas mayores. También es posible que las personas mayores internalicen en estas actitudes, lo que va en menoscabo de su autoestima y podría impedirles reconocer que están siendo víctimas de maltrato o llevarlos a pensar que no tienen más opción que aceptarlo. A medida que las personas mayores se vuelven más frágiles desde el punto de vista físico, les resulta más difícil oponerse al hostigamiento y defenderse si se los agrede. La falta de comprensión y empatía hacia las personas mayores que padecen afecciones físicas o mentales podría transformarse en maltrato. Si su vista, su audición o su memoria se han deteriorado, las personas mayores podrían ser víctimas fáciles de explotación a manos de otros.

Si bien es difícil cuantificar el alcance del problema en el Caribe, la OMS sugiere que, a nivel mundial, alrededor del 10% de las personas mayores sufren maltratos todos los meses³⁷. En el Caribe existen pruebas anecdóticas de que el maltrato de las personas mayores es un problema real, y se han escrito algunos artículos de prensa sobre el tema. En Santa Lucía, se organizó una manifestación en 2014 para llamar la atención sobre el tema y exigir mejores cuidados para las personas mayores. La forma de abuso más comúnmente citada es el de tipo financiero, que ocurre cuando, por ejemplo, se les quita a las personas mayores el ingreso que les corresponde por su jubilación, o se cobra en su nombre, pero no se les entrega. También podría presionarse a las personas mayores para que transfieran la titularidad sobre sus bienes a miembros de su familia. Indudablemente, también existen situaciones de abusos físicos y hasta sexuales perpetrados contra personas de edad, y periódicamente algunos casos han llegado a la atención de las autoridades gubernamentales.

³⁵ HelpAge International, *Older People in Disasters and Humanitarian Crises: Guidelines for Best Practice*, Londres, 2000.

³⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS), "Maltrato de las personas mayores", 15 de junio de 2020 [en línea] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>.

³⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS), "Maltrato de las personas mayores", 15 de junio de 2020 [en línea] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>.

En casi todos los casos, el abuso ocurre en el lugar donde la persona mayor vive, en su propio hogar o quizás en un hogar residencial o para ancianos. Los perpetradores hacen todo lo posible para evitar que la situación de abuso salga a la luz. En muchos casos, y en particular cuando los responsables del abuso son sus familiares, la persona mayor podría tener sentimientos encontrados hacia el agresor y no querer denunciarlo. Podría sentir que si denuncia el abuso no se le tomará en serio, o podría dudar de la voluntad o la capacidad del gobierno de intervenir. Podría preocuparle que denunciar el abuso empeore la situación. Otra posibilidad es que simplemente no sepa qué hacer.

A nivel internacional, las investigaciones sugieren que cuando una persona mayor es víctima de abusos, lo más probable es que el responsable sea su hijo o su hija, seguido por el cónyuge, otro familiar, un cuidador u otro usuario de los servicios (por ejemplo, otro de los residentes de la institución). Es más probable que la víctima del abuso sea una mujer que un hombre, y que el perpetrador sea un hombre.

Las personas mayores en situación de fragilidad a menudo son dejadas en los hospitales por familiares que ya no están dispuestos a seguirlos cuidando. Eso hace que los hospitales tengan que desviar recursos para brindar, a todos los efectos, servicios residenciales temporales para los cuales no han sido diseñados ni están equipados. En los casos de abandono, el Estado tiene la responsabilidad en última instancia de brindar cuidados, por lo que corresponde los hospitales comunicarse con trabajadores sociales para encontrar alojamientos alternativos para estas personas.

Los cuidadores en los hogares residenciales y para ancianos también podrían ser los responsables de los abusos. Hay poca información disponible sobre el alcance de este problema en el Caribe, lo que probablemente se deba al número relativamente pequeño de instituciones de ese tipo y a la falta de rigor en las inspecciones y el seguimiento. Los datos provenientes de otras regiones ciertamente sugieren que quienes residen en instituciones de estadía permanente corren el riesgo de sufrir abusos a manos de los cuidadores u otros residentes.

Los actos de abuso en las instituciones incluyen restringir físicamente el movimiento de los pacientes; privarlos de su dignidad al, por ejemplo, no cambiarlos cuando se ensucian; quitarles la posibilidad de elegir en sus asuntos cotidianos; negarles intencionalmente los cuidados que necesitan, por ejemplo, dejando que se les desarrollen úlceras por presión, administrándoles medicación en exceso o insuficiente, o no medicándolos, y abandonarlos o agredirlos desde el punto de vista emocional³⁸.

Para las personas mayores, las consecuencias del abuso pueden ser especialmente graves. Las personas de edad son más vulnerables a los efectos de la violencia corporal, necesitan más tiempo para recuperarse de las lesiones físicas, y las lesiones leves pueden ocasionarles daños graves o permanentes, y aun la muerte. El abuso también puede dejar secuelas psicológicas graves, y en ocasiones de largo plazo, como cuadros de depresión y ansiedad.

Existen factores de riesgo comunes asociados con el abuso: la dependencia financiera o de otros tipos (tanto si el abusador depende de la persona mayor como a la inversa); antecedentes de malas relaciones familiares; el aislamiento social de los cuidadores y las personas mayores, y la falta de fondos para costear los cuidados³⁹.

En un contexto institucional, los factores de riesgo incluyen la falta de capacitación y la mala remuneración de los cuidadores y la ausencia de mecanismos de supervisión e inspección.

Algunos países desarrollados han promulgado leyes contra el abuso de las personas mayores y han adoptado medidas de prevención para protegerlas. Sin embargo, las definiciones jurídicas de lo

³⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS), "Elder abuse", 15 de junio de 2020 [en línea] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>.

³⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS), "Maltrato de las personas mayores", 15 de junio de 2020 [en línea] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>.

que implica el abuso y el abandono de las personas mayores varían considerablemente, al igual que los marcos jurídicos⁴⁰. En los Estados Unidos, existe legislación específica que penaliza el abuso contra las personas mayores. En otros países, como el Reino Unido, existe legislación a propósito del problema (más extendido) del maltrato de los adultos vulnerables, entre cuyas categorías se cuenta la de las personas mayores frágiles. Muchos países desarrollados también han promulgado leyes no penales sobre el abuso de las personas mayores y el abandono de los residentes en las instituciones de cuidados.

En el Caribe, existe poca legislación en este sentido, y los casos de abuso contra las personas mayores, que se tratan dentro del marco de leyes más generales, se asimilan a los delitos de agresión, agresión sexual, violencia doméstica, robo, asalto, allanamiento de morada y fraude. En Trinidad y Tabago, se está esperando la promulgación de una legislación que tipifica el abuso de las personas mayores y que abarcará a quienes residen en los hogares de ancianos.

Las campañas públicas de concienciación, como las que se organizan en el marco del Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez (15 de junio), son una manera importante de atacar las causas profundas de las actitudes de discriminación hacia las personas mayores. Las campañas de concienciación deberían dirigirse tanto a los posibles perpetradores como a sus víctimas. Su objetivo debería ser asegurarse de que las posibles víctimas, los perpetradores y otras personas puedan reconocer los indicios de abuso y estén informados sobre los servicios de apoyo que tienen a su disposición en caso de ser víctimas de maltrato. Las líneas telefónicas confidenciales para las personas mayores constituyen un invaluable primer punto de contacto que permite a las víctimas acceder a ayuda y asesoramiento. Si bien las llamadas pueden ser atendidas por voluntarios, este servicio también debe brindar asesoramiento experto en ámbitos tales como las finanzas, la ley y la vivienda.

Para proteger a las personas mayores, debe promulgarse legislación que tipifique el delito específico de abuso contra las personas mayores o los adultos vulnerables. La legislación debe establecer mecanismos que permitan detectar las situaciones de abuso o presunto abuso y dotar a las dependencias del gobierno con la autoridad necesaria para intervenir en los casos de abuso grave. Los trabajadores del sector de la salud, los trabajadores sociales y los cuidadores deben recibir capacitación y orientación que les ayuden a reconocer las situaciones de abuso y saber qué protocolos deben seguir para denunciarlas. La cooperación interinstitucional es fundamental para detectar y prevenir el abuso. Ante posibles situaciones de abuso, deben designarse encargados del caso para ayudar a las víctimas a obtener la ayuda que necesitan. Las dos Conferencias sobre el Abuso de las Personas Mayores que se han organizado en el Caribe —la primera en Martinica, en 2010, y la segunda en Guadalupe, en 2013— han brindado una valiosa oportunidad para debatir y comparar las estrategias para atender el problema del abuso en la subregión.

Para enfrentar el problema del abuso financiero, las personas mayores y sus familias deben recibir información sobre los riesgos y cómo pueden protegerse de ellos, por ejemplo, usando sistemas de débito directo para pagar sus cuentas o servicios de banca en línea o telefónica. De acuerdo con la Comisión Económica para Europa (CEPE), los cuidadores [...] deberán estar sensibilizados con las señales de advertencia del abuso, como la aparición repentina de nuevos posibles amigos, comerciantes deshonestos o el interés inusual por los asuntos económicos de una persona por parte de algún familiar que de otro modo no debería mostrar ningún interés por las finanzas de la persona mayor⁴¹.

Los bancos también pueden contribuir a minimizar el riesgo de que las personas mayores sean víctimas de abusos financieros, por ejemplo, haciendo que sus servicios sean más accesibles para que las personas mayores no deban recurrir a la ayuda de terceros, y estando alerta a las transacciones sospechosas⁴².

⁴⁰ J. Krista, "Legal definitions of elder abuse and neglect", *Research Report*, Departamento de Justicia, 2012 [en línea] https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/cj-jp/fv-vf/elder-aines/def/elder_abuse-eng.pdf.

⁴¹ Comisión Económica para Europa (CEPE), "Abuso de las personas mayores", *Resumen de Políticas*, N° 14, junio de 2014.

⁴² *Ibidem*.

Fuente V. Nam and F. Jones (editors) (2018), *Inclusive social protection and demographic change: The implications of population ageing for social expenditure in the Caribbean*; pp. 47-50.

D. Implicaciones del envejecimiento poblacional en el gasto social en el Caribe

La edad y la estructura de edad de las poblaciones, una de las variables demográficas más fundamentales, es un factor crucial a la hora de determinar la asignación de recursos destinados a los servicios generales y los servicios sociales en particular. Por ende, entender los cambios que produce la transición demográfica mundial en la estructura de edad es un primer paso importante en el proceso de planificación fiscal a largo plazo.

Los drásticos cambios que se han observado durante el siglo XX en la estructura de edad de numerosos países también se han verificado en los países del Caribe, y continuarán durante los siguientes decenios. Se prevé que el número de personas de 65 años y más en los 10 países incluidos en el estudio se multiplicará por dos veces y media de aquí a 2050, cuando habrá pasado de 491.000 a 1,3 millones de personas y representará un 19% de la población total. Se producirán cambios aún más radicales en la relación entre la población de personas mayores y los grupos de la población en edad de trabajar. Al principio del período proyectado, había 1 persona mayor por cada 10 personas en edad laboral. Para 2050, la relación será de 3 personas mayores por cada 10 personas en edad laboral. En el caso de Barbados, que actualmente es el país más envejecido de la subregión, la relación pasará de 2 por cada 10 a alrededor de 5 por cada 10.

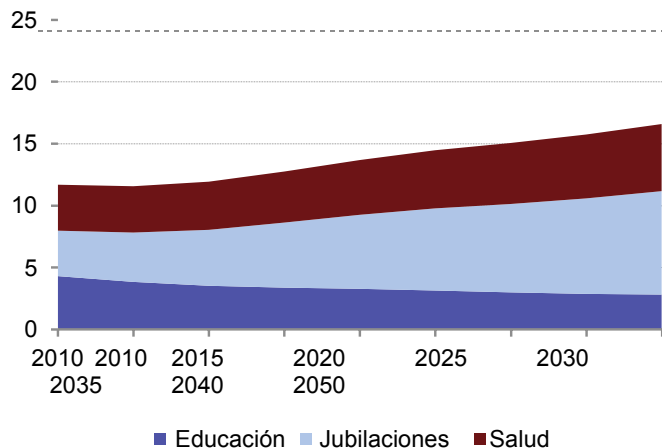
En el gráfico V.3 se resumen los impactos previstos de estos cambios sobre el gasto total en educación, jubilaciones y servicios de salud. El gráfico muestra que solo los cambios demográficos producirían un aumento promedio del 11,7% al 16,6% del PIB en el gasto público que se destina a estos tres sectores. Si se agregan los cambios económicos, se estima que de aquí a 2050 el gasto total equivaldrá a un 19,7% del PIB. El principal componente de este incremento en el gasto serán las jubilaciones, que aumentarán un 6,1% del PIB, de un 3,7% a un 9,8% (envejecimiento y cambios económicos). Las previsiones del aumento en el gasto en salud como porcentaje del PIB son menores, de un 3,7% a un 6,1%. El gasto promedio en educación caerá de un 4,3% a un 3,9%, y la disminución en la matriculación escolar tendrá como contrapartida el aumento en el gasto por niño.

En el cuadro V.3 se ofrece un resumen del gasto público en los sectores abarcados en este estudio para los 10 países del Caribe. En todos los países se espera que el gasto total aumente, si bien la magnitud de ese incremento, frente a las cifras de 2010, varía considerablemente, y va de un aumento de apenas un 0,6% del PIB para Belice a uno de un 14,3% para Antigua y Barbuda. Esta variación obedece a la compleja interacción entre los tres factores incluidos en las previsiones: el gasto en 2010, los efectos demográficos y el crecimiento económico. Estos tres factores no se combinan de la misma manera en todos los países. Por ejemplo, en Belice, Guyana y Jamaica, se espera que la caída en las tasas de matriculación escolar se traduzca en importantes reducciones en el gasto destinado a la educación. En estos países, donde el proceso de envejecimiento está menos avanzado, los aumentos previstos en las jubilaciones y los costos de salud serán menores que en otros países, como Antigua y Barbuda, Barbados y Santa Lucía.

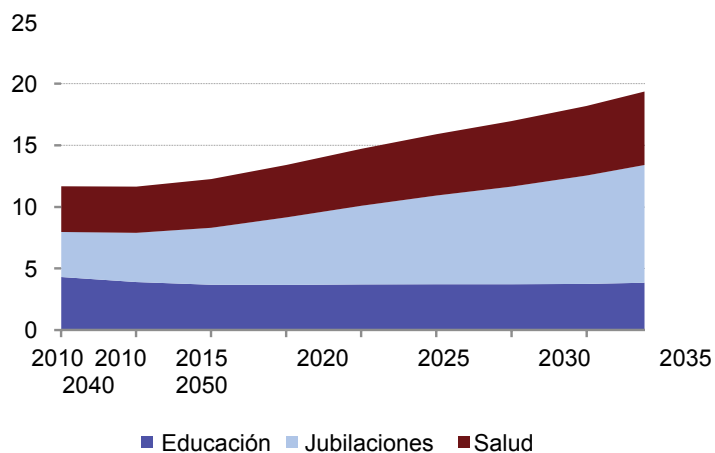
■ **Gráfico V.3**

Gastos previstos en educación, jubilaciones y salud para países del Caribe (promedio), 2010 a 2050

A. El Caribe: previsiones de gasto (únicamente envejecimiento; porcentaje del PIB)



B. El Caribe: previsiones de gasto (envejecimiento y crecimiento; porcentaje del PIB)



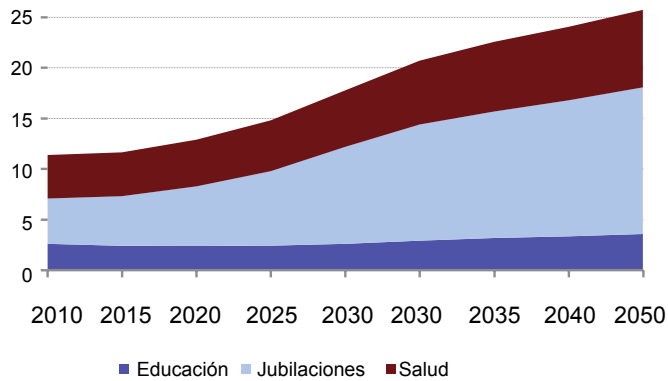
Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico V.4 se muestran las previsiones de envejecimiento y cambio económico para dos países (Antigua y Barbuda y Belice) para los cuales las proyecciones tendrán consecuencias muy distintas. En el caso de Antigua y Barbuda, se prevé que el gasto total en educación, jubilaciones y salud pasará de un 11,4% a un 25,7% del PIB en 2050. En contraste, en Belice, se estima que el gasto pasará de un 13,2% a un 13,8%. Antigua y Barbuda, cuya tasa de dependencia de los niños ha descendido prácticamente a su nivel mínimo y donde se espera que la tasa de dependencia de las personas de edad aumente considerablemente en los próximos decenios, lo que se traducirá en un aumento en los costos de las jubilaciones y de la atención de salud, está transitando una etapa más avanzada de su proceso de envejecimiento. Sin embargo, dado que durante el período proyectado el país alcanzará un nivel de ingresos similar al de muchas naciones de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), Antigua y Barbuda al menos dispondrá de más recursos para atender estas necesidades.

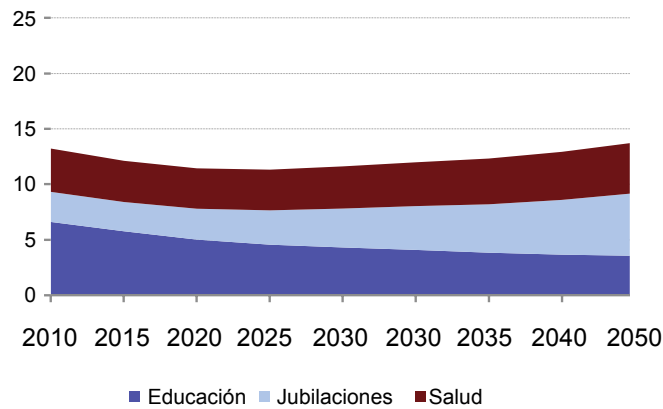
■ **Gráfico V.4**

Gastos previstos en educación, jubilaciones y salud para Antigua y Barbuda y Belice, 2010 a 2050

A. Antigua y Barbuda: previsiones de gasto (envejecimiento y crecimiento; porcentaje del PIB)



B. Belice: previsiones de gasto (envejecimiento y crecimiento; porcentaje del PIB)



Fuente: Elaboración propia.

■ Cuadro V.3

Gasto en educación, jubilaciones y salud, 2010 a 2050

(En porcentajes del PIB)

		Únicamente envejecimiento			Envejecimiento y crecimiento económico	
		2010	2050	Cambio	2050	Cambio
Antigua y Barbuda	Educación	2,6	1,8	-0,8	3,6	+1,0
	Jubilaciones	4,5	12,3	+7,8	14,5	+10,0
	Salud	4,3	6,6	+2,3	7,7	+3,4
	Total	11,4	20,7	9,3	25,7	14,3
Bahamas	Educación	2,3	1,7	-0,6	2,6	+0,3
	Jubilaciones	2,4	6,1	+3,8	7,6	+5,2
	Salud	3,5	5,7	+2,2	6,4	+2,9
	Total	8,2	13,5	5,4	16,6	8,4
Barbados	Educación	5,9	5,9	+0,0	7,4	+1,5
	Jubilaciones	6,5	13,1	+6,6	15,3	+8,7
	Salud	4,3	6,6	+2,3	7,6	+3,3
	Total	16,7	25,7	9,0	30,3	13,6
Belice	Educación	6,6	3,3	-3,3	3,5	-3,1
	Jubilaciones	2,7	5,5	+2,7	5,6	+2,9
	Salud	3,9	4,5	+0,6	4,6	+0,7
	Total	13,2	13,3	0,0	13,8	0,6
Granada	Educación	4,0	2,3	-1,7	3,6	-0,4
	Jubilaciones	3,3	7,4	+4,1	9,1	+5,8
	Salud	2,7	3,8	+1,1	4,5	+1,8
	Total	10,0	13,5	3,5	17,3	7,3
Guyana	Educación	3,7	2,1	-1,6	3,1	-0,6
	Jubilaciones	4,0	7,1	+3,1	7,9	+3,9
	Salud	4,4	5,1	+0,7	5,5	+1,1
	Total	12,1	14,2	2,1	16,5	4,4
Jamaica	Educación	6,3	3,5	-2,8	4,3	-2,0
	Jubilaciones	2,4	5,7	+3,3	6,8	+4,4
	Salud	3,0	4,5	+1,5	5,0	+2,0
	Total	11,7	13,8	2,1	16,1	4,4
Santa Lucía	Educación	3,6	1,9	-1,7	2,1	-1,5
	Jubilaciones	2,8	7,1	+4,3	7,5	+4,7
	Salud	4,2	7,0	+2,8	7,1	+2,9
	Total	10,6	16,0	5,4	16,7	6,1
San Vicente y las Granadinas	Educación	5,1	3,1	-2,0	3,8	-1,3
	Jubilaciones	..	..	..	..	..
	Salud	3,9	5,8	+1,9	6,3	+2,4
	Total	..	..	..	..	..
Trinidad y Tabago	Educación	2,9	2,5	-0,4	4,6	+1,7
	Jubilaciones	4,4	10,8	+6,4	13,9	+9,4
	Salud	2,9	4,6	+1,7	5,9	+3,0
	Total	10,2	17,9	7,7	24,3	14,1
El Caribe (promedio)	Educación	4,3	2,8	-1,5	3,9	-0,4
	Jubilaciones ^a	3,7	8,4	+4,7	9,8	+6,1
	Salud	3,7	5,4	+1,7	6,1	+2,3
	Total	11,7	16,6	4,9	19,7	8,0

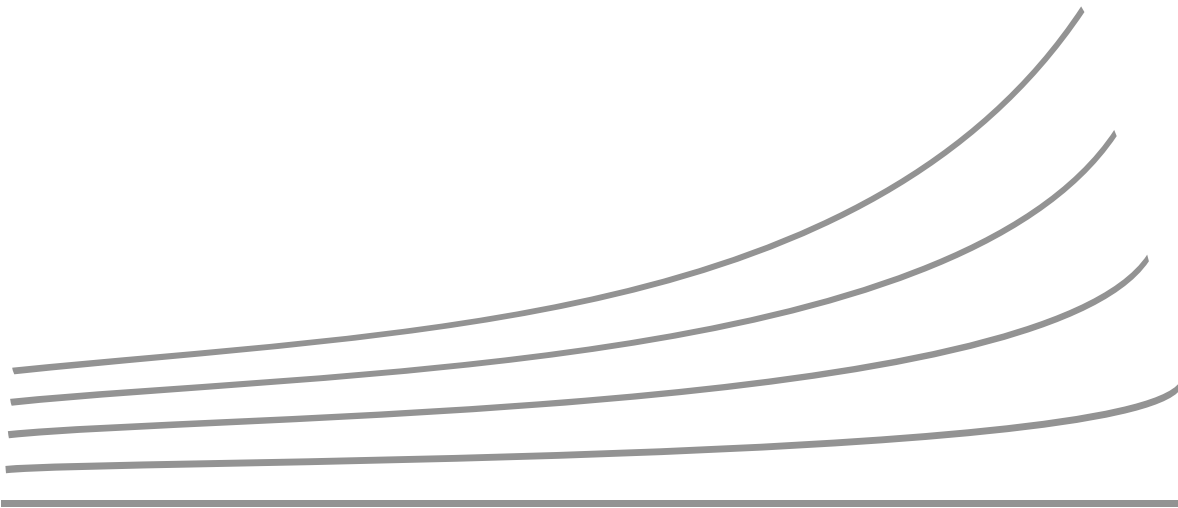
Fuente: Elaboración propia.

^a Promedio de nueve países.

En contraste, Belice se encuentra en una etapa más temprana de su proceso de envejecimiento, y con una tasa de dependencia de los niños que continúa en descenso, cabe esperar que se produzcan importantes descensos en el gasto en educación. Si bien la tasa de dependencia de las personas de edad está aumentando, el punto de comienzo es bajo, por lo que las previsiones de aumento en el gasto en jubilaciones y en salud son más bajas que para otros países del Caribe. El hecho de que no está previsto que Belice siquiera se acerque a los niveles de ingreso de los países de la OCDE de aquí a 2050 implica que los índices de generosidad de los beneficios estarán más cerca de sus niveles actuales.

Al comparar las previsiones del gasto promedio en el Caribe para 2050 (proyecciones sobre el envejecimiento y los cambios económicos) con el gasto en los países de la OCDE alrededor de 2010, se espera que el nivel de gasto en educación se mantenga por debajo del nivel de la OCDE (un 3,9% frente a un 5,3% del PIB). El nivel previsto de gasto en salud también estará por debajo del nivel actual de la OCDE (un 6,1% frente a un 6,7% del PIB). El gasto previsto en jubilaciones será más alto que el promedio de la OCDE (un 9,8% frente a un 7,7%), si bien estará mucho más cerca al promedio actual en la Unión Europea, de un 9,2%.

Las previsiones se han calculado sobre la base de un modelo simple basado en hipótesis sobre la manera en que los cambios en las estructuras de edad y en el crecimiento económico afectarán los presupuestos públicos. Se basan en el supuesto de que los índices de generosidad de los beneficios se mantendrán constantes, o que aumentarán de la mano del crecimiento económico. En las previsiones no se contempla la aplicación de medidas de política en respuesta a la necesidad de limitar los costos futuros. Es probable que estas medidas sean necesarias principalmente en el ámbito de las jubilaciones, donde se prevén los mayores aumentos en el gasto. Se están evaluando activamente —y en algunos casos aplicando— políticas tales como aumentar la edad jubilatoria y fusionar los sistemas de pensiones del sector público con los planes nacionales de seguros de pensión para mantener bajo control los costos en que los gobiernos deberán incurrir en el futuro para pagar las pensiones. Estas previsiones refuerzan la noción de que para muchos países, el financiamiento y la reforma de los sistemas de pensiones son de máxima importancia.



Capítulo VI

La institucionalidad y las políticas para la vejez

Fuente:

A. S. Huenchuan (2016), *Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos*
<https://bit.ly/3kRWmq>

B. CEPAL (2017), *Panorama Social de América Latina*
<https://bit.ly/3e9T4Mg>

C. S. Huenchuan y A. Rovira (editoras) (2019), *Medidas clave sobre vejez y envejecimiento para la implementación y Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe*
<https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44806/LCMEXSEM2501.pdf>

D. S. Huenchuan y E. Rivera (editoras) (2019), *Experiencias y prioridades para incluir a las personas mayores en la implementación y seguimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*
<https://bit.ly/2JBUIRi>

E. S. Huenchuan (2018), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*
<https://bit.ly/3koeV4Z>

F. CEPAL (2010), *Propuesta de estrategia para avanzar, desde la perspectiva de América Latina y el Caribe, hacia una convención internacional sobre los derechos humanos de las personas de edad*
<https://bit.ly/3en3pou>

Introducción

El último capítulo de este volumen está dedicado a la institucionalidad y las políticas para la vejez en la región, en particular los instrumentos multilaterales –regionales y globales– como la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores, el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, entre otros.

La consolidación de la institucionalidad pública dirigida a las personas mayores en la región y su rol como instrumento para el avance de las acciones orientadas a las personas mayores se aborda en el primer texto del capítulo, junto con una propuesta metodológica para el estudio de las instituciones dedicadas a los asuntos de las personas mayores.

A continuación, se presenta el marco normativo para el análisis de los sistemas de pensiones en América Latina y los diversos instrumentos internacionales, en los cuales la seguridad social –incluidas las pensiones– se define como un derecho humano.

En los textos subsiguientes se analizan de manera concisa los aportes de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible para el logro de la igualdad en la vejez y la inclusión de las personas mayores, así como la necesidad de articulación en la aplicación de dichos instrumentos.

Por último, y con una perspectiva histórica, se presenta un texto que, unos años antes de la adopción de la Convención Interamericana en 2015, abonó las discusiones, la justificación y las propuestas para una convención internacional sobre los derechos de las personas mayores desde la perspectiva de la región.

Fuente

S. Huenchuan (2016), *Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos*; Cap. I, A, B y D pp. 23-27 y 35-40.

A. Institucionalidad pública, envejecimiento y derechos humanos

Sandra Huenchuan¹

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 mayores 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.

1. 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 sujetos 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 consenso entre las personas. De acuerdo con Claus Offe (1990), su uso permite mostrar dos 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).

Esas leyes y políticas afectan la vida cotidiana del ciudadano 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, por la pérdida de 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 gubernamental.

¹ Especialista en envejecimiento del CELADE-División de Población de la CEPAL. Actualmente es funcionaria de la Unidad de Desarrollo Social de la sede subregional en México de la CEPAL.

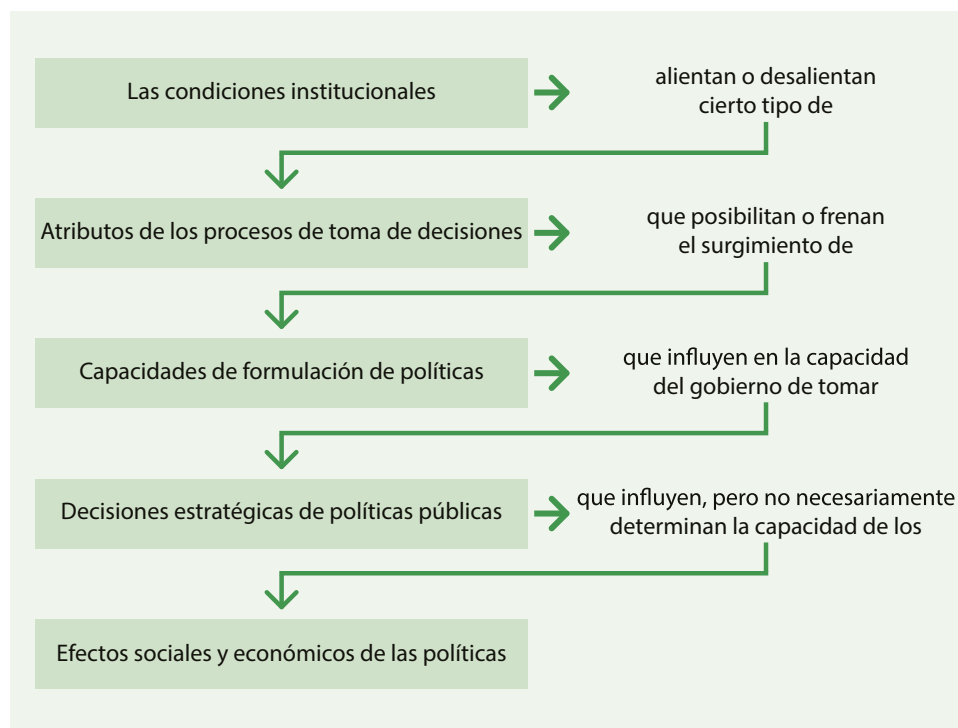
Pero por más interdependencia que el ciudadano tenga con el Estado, este puede seguir siendo un ente abstracto e inasequible para muchos. Solo se convierte en algo tangible cuando las personas acuden a él en las oficinas públicas, que son las que implementan las acciones que les afectan. Los individuos, sobre todo aquellos que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, como los pobres, los niños, las mujeres y las personas mayores, 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.

2. La institucionalidad: 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 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).

■ Diagrama VI.1

El modelo de los impactos institucionales



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 el 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 la 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 económica, regional y étnica, 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). Asimismo, son actores fundamentales en la reducción de las condiciones de vulnerabilidad que afectan a ciertos grupos y ayudan a fortalecer su capacidad de respuesta ante las injusticias.

Fuente: Elaboración propia 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.

3. Metodología para el estudio de las instituciones dedicadas a los asuntos de las personas mayores

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).

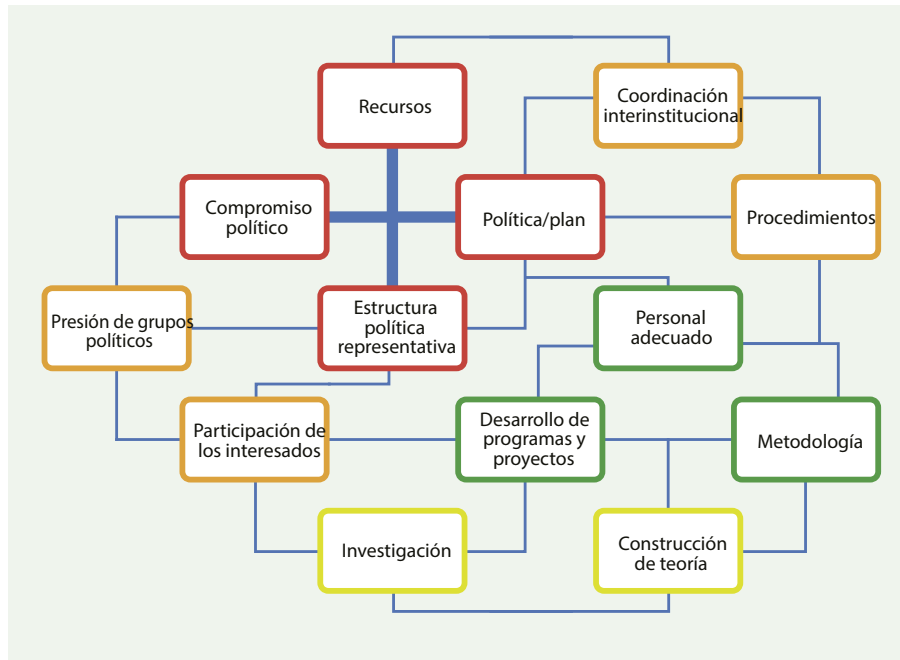
De acuerdo con la jerarquización realizada por los especialistas consultados, el compromiso político, la estructura política representativa, la existencia de un plan y la disponibilidad de recursos constituirían un punto de partida ineludible de todo el proceso de institucionalización e impulsarían la marcha del resto de los elementos (véase el diagrama VI.2).

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.

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.

■ Diagrama VI.2

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.

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.

■ Recuadro VI.2

Transversalización del envejecimiento

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, 2003; 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.

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.3

Propuesta de contenidos de una metodología para el análisis institucional

1. Orígenes e historia de la institución

Reseña y análisis de los eventos (nacionales y/o internacionales) que facilitaron la creación de la institución, los actores involucrados, posiciones, alianzas y estrategias. Descripción de la trayectoria de la institución en el tiempo, incluyendo cambios en los enfoques, jerarquía, funciones, entre otros.

2. Estructura institucional

- Adscripción institucional actual.
- Problemáticas que atiende y su incidencia en la población adulta mayor.
- Funciones.

Recuadro VI.3 (conclusión)

- Dependencias, jerarquía y responsabilidades en el nivel central y subnacional.
- Recursos humanos.
- Presupuesto y fuentes de financiamiento.

3. Principios de las intervenciones y objetivos de la política

- Información acerca del proceso de elaboración de la política o plan de acción, incluyendo una reseña de la forma en que se logró el consenso político necesario para su creación, los actores que participaron, las categorías de análisis que formaron parte de la discusión, los enfoques de política pública, entre otros elementos.
- Información acerca de los objetivos de la política o plan de acción que implementa la institución en términos generales, así como los principios de las acciones que se llevan a la práctica (por ejemplo: universalidad, solidaridad, eficiencia, etc.).

4. Programas que se implementan

- Información acerca de los programas que lleva a cabo la institución para cumplir con la política o plan de acción. La descripción de cada programa debe contener el objetivo del mismo, el público objetivo, los servicios, beneficios o prestaciones que ofrece, las modalidades de implementación, las formas de operación y sus resultados (cuando corresponda).

5. Análisis de la trayectoria y experiencia de la institución

- Identificación y análisis de los factores que limitan o fortalecen a la institución en aspectos tales como:
 - a) Consolidación institucional:
 - Establecimiento de atribuciones y mandatos definidos sobre la base de consensos políticos y reforzados por las normas legales pertinentes.
 - Incorporación y retención de personal técnico competente y disponibilidad de recursos necesarios para una gestión efectiva.
 - Establecimiento de objetivos claros que no sobrepasen la capacidad institucional para lograrlos.
 - b) Continuidad institucional:
 - Disponibilidad de información en todas las áreas de la institución, en especial en lo que respecta al seguimiento del presupuesto, el monitoreo de los programas ejecutados, la fiscalización de las normas, las evaluaciones, entre otros aspectos.
 - Entrega de información hacia la ciudadanía para conocer los beneficios, servicios o prestaciones a los que tiene derecho y las formas de acceder a ellos.
 - Articulación y coordinación con otros organismos públicos involucrados para superar duplicaciones, rivalidades presupuestarias y de funciones, intereses sectoriales y promover la coherencia intertemporal e intersectorial.
 - Consideración de las características locales, a fin de adaptar adecuadamente las intervenciones, así como la capacidad administrativa y presupuestaria de las dependencias subnacionales.
 - d) Participación y exigibilidad de derechos:
 - Mecanismos formales e institucionalizados de participación ciudadana, peticiones y reclamos que permitan incorporar al público objetivo y a la sociedad civil al quehacer de la institución.
 - Canales adecuados para la exigibilidad de los derechos de las personas mayores, ya sea mediante el sistema judicial o instancias propias formales y explícitas dentro de la institución.
 - e) Investigación
 - Generación de información y conocimientos, tanto cuantitativos como cualitativos, que retroalimenten la práctica institucional.
 - f) Construcción de teoría
 - Análisis y difusión del aprendizaje logrado dentro de la institución en todas las etapas de las políticas públicas.
 - Acceso a la información actualizada sobre los temas que aborda la institución por parte del personal y su público objetivo.

6. Conclusiones

Fuente: Elaboración propia.

Fuente CEPAL (2017), *Panorama Social de América Latina*; A pp. 19-23.

B. Sistemas de pensiones en América Latina: fundamentos normativos y desafíos demográficos en el horizonte de la igualdad

Las prestaciones de los sistemas de pensiones contribuyen a reducir la pobreza y la desigualdad y, según el diseño que adopten, pueden constituir un mecanismo de solidaridad fundamental entre las generaciones y dentro de ellas para hacer frente, de manera colectiva, a riesgos de magnitud y ocurrencia inciertas. Es por eso que la discusión sobre el diseño de los sistemas que ofrecen estas prestaciones, los recursos necesarios para su sostenibilidad y expansión y sus efectos en materia de pobreza e igualdad, incluida la igualdad de género, es tan vigente y relevante. Ello cobra especial importancia en momentos en que se agudizan los desafíos laborales, demográficos y económicos en la región y en diversos países se debate sobre probables nuevos procesos de reforma de los sistemas. Estas reformas pueden tener efectos considerables y positivos en términos de reducción de la pobreza y aumento de la igualdad y el bienestar de las personas —avanzando en el camino de fortalecimiento de sistemas públicos y solidarios— o, por el contrario, efectos regresivos en contextos donde se afecten derechos ya alcanzados por la ciudadanía y se restrinjan las condiciones de acceso a las prestaciones.

1. Los sistemas de pensiones como base de la ciudadanía social

La seguridad social se define como la protección que una sociedad brinda a sus miembros a través de medidas públicas para hacer frente a las privaciones económicas y sociales que podrían afectar los ingresos por causa de enfermedad, maternidad y paternidad, accidentes de trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte, así como las asociadas con la asistencia médica y la ayuda a las familias con hijos (OIT, 2001a). Los sistemas de pensiones forman parte de los sistemas de seguridad social y comprenden las prestaciones que buscan mitigar la reducción de los ingresos personales o familiares a raíz de las contingencias que se derivan de la edad avanzada, la invalidez y la muerte (OIT, 2014)². Los sistemas de pensiones también forman parte medular de la protección social, entendida más ampliamente como el conjunto de políticas orientadas a garantizar un nivel de bienestar suficiente para sostener un nivel adecuado de vida para el desarrollo de las personas, facilitar el acceso a los servicios sociales y fomentar el trabajo decente, y que incluyen los componentes contributivo y no contributivo, la regulación del mercado laboral y los sistemas de cuidado (Cecchini y Martínez, 2011)³. De esta forma, los sistemas de pensiones tienen una importancia central en el

² La terminología asociada a los sistemas de pensiones y sus prestaciones varía de un país a otro. En general, en la literatura se habla de sistemas de pensiones para aludir al conjunto de prestaciones económicas asociadas a los riesgos de vejez, invalidez y muerte. Sin embargo, en algunos países el término pensiones se refiere de manera específica a las prestaciones financiadas por el Estado con cargo a las rentas generales para la población en situación de pobreza o vulnerabilidad o bien a las pensiones de viudez o sobrevivencia, mientras que las jubilaciones atañen a las que se financian total o parcialmente por medio de las contribuciones realizadas por los propios trabajadores y trabajadoras y, con frecuencia, con aportes de los empleadores y el Estado. Los sistemas previsionales o de previsión social aluden a las funciones cumplidas por las instituciones que brindan protección a las personas ante diversas contingencias que les impiden generar ingresos o al conjunto de los seguros sociales (Cifuentes, Arellano y Walker, 2013) que cubren, además de los riesgos cubiertos por los sistemas de pensiones, riesgos como la enfermedad, el desempleo y otros relacionados con la salud, entre otros. En la práctica, seguridad social y previsión social tienden a utilizarse como sinónimos, aunque la seguridad social es más amplia, pues incluye programas, subsidios y transferencias no contributivas.

³ Las políticas de protección social cubren, de esta forma, los riesgos que enfrenta toda la población, incluidos los riesgos cubiertos por los sistemas de pensiones y los originados en otros problemas estructurales, como la pobreza y la desigualdad (Cecchini y otros, 2015). Desde esta perspectiva más amplia, la seguridad social está incluida en la protección social, que abarca los sistemas obligatorios y no obligatorios (OIT, 2001b).

ejercicio de la ciudadanía, comprendida en función de los derechos a los que se accede como miembro de una sociedad, y en el desarrollo de los estados de bienestar⁴.

Los objetivos de los sistemas de pensiones son: garantizar medios suficientes para la vejez (aseguramiento), distribuir el consumo a lo largo del ciclo de vida y reducir la pobreza y la desigualdad. También pueden contribuir a otros objetivos vinculados con el desarrollo económico (Barr y Diamond, 2008) y la sostenibilidad fiscal de los países. Mediante diversos instrumentos y diseños se busca alcanzar de diferente manera estos objetivos. Los sistemas disponen, por una parte, de esquemas contributivos, financiados con aportes de los trabajadores y, con frecuencia, de los empleadores y del Estado⁵. Estos se combinan con seguros sociales públicos y obligatorios u otros esquemas privados, incluidos los voluntarios y ocupacionales⁶. Por otra parte, los sistemas incluyen prestaciones no contributivas, de cargo fiscal y provistas de manera universal o focalizada, que complementan las pensiones contributivas u otorgan una pensión de vejez o invalidez a quienes están excluidos de los sistemas (OIT, 2014). En la gran mayoría de los países de la región, ambos esquemas conviven de manera más menos integrada.

El diseño del componente contributivo de los sistemas de pensiones puede variar en función de una serie de características y opciones. Por una parte, se distingue entre esquemas de beneficio definido y esquemas de contribución definida. En el primer caso, las prestaciones se calculan sobre la base de una tasa de reemplazo fija en función de los años de contribución, el nivel salarial y la edad al momento del retiro. En el segundo caso, no existe un compromiso explícito sobre la tasa de reemplazo de las pensiones que se habrán de recibir y el parámetro que se mantiene estable (aunque también se puede modificar) es la tasa de contribución (Barr y Diamond, 2008; CEPAL, 2006; Filgueira y Manzi, 2017). Por otra parte, según el régimen financiero aplicado, se distingue entre esquemas de reparto⁷, basados en un contrato entre generaciones en el que las contribuciones presentes de los trabajadores activos financian las pensiones de las jubiladas y los jubilados, y esquemas de capitalización individual, basados en activos acumulados en cuentas individuales de ahorro en las que los fondos se invierten y devengan intereses que se acumulan⁸. Asimismo, la administración de los sistemas puede ser pública, privada o múltiple (Mesa Lago, 2008; Uthoff, 2017). Las combinaciones entre estos elementos dan origen a distintos tipos de sistemas. En términos generales, se distingue entre los sistemas públicos, caracterizados por cotizaciones y prestaciones definidas por ley, financiamiento por reparto (o capitalización parcial colectiva) y administración pública, y los sistemas privados, caracterizados por contribuciones definidas por ley, beneficios no definidos, financiamiento mediante capitalización individual y administración privada o múltiple (Mesa-Lago, 2008). En los países se observan con frecuencia la combinación y la coexistencia de distintas opciones (Filgueira y Manzi, 2017; OCDE, 2016) y la implementación de sistemas mixtos que incluyen un pilar de reparto y uno de capitalización individual.

⁴ La introducción de los seguros sociales frente a los riesgos que derivan de la vejez, la invalidez y la muerte data de fines del siglo XIX (1883 a 1889) en la Alemania de Otto von Bismarck (Mesa-Lago, 2008) y se encuentra en la médula del desarrollo de los estados de bienestar.

⁵ Las prestaciones de estos regímenes incluyen las de derecho propio u originario —que se otorgan a quien realizó los aportes (pensiones de vejez o invalidez)— y las de derecho derivado, en el caso de las pensiones de sobrevivencia.

⁶ Las pensiones ocupacionales son aquellas a las que se accede mediante un empleo o una relación profesional entre el beneficiario y quien define el plan. Estas pueden ser establecidas por un empleador o un colectivo, como en el caso de las asociaciones industriales o las asociaciones profesionales (OCDE, 2005).

⁷ Entre los esquemas de reparto, existen los de capitalización parcial colectiva, en los que se acumulan reservas para futuras contingencias y cuya prima puede fijarse desde el inicio con una tasa de aporte constante (prima media general) o escalonada, que supone períodos de equilibrio de 10 a 15 años para el posterior reajuste de la prima (véase Uthoff, 2017). Por otra parte, los esquemas de reparto de cuentas individuales y capitalización nocional o sistemas de cuentas nomenclales son aquellos financiados bajo un esquema de reparto pero en los cuales los aportes de los trabajadores se registran en cuentas individuales para que los beneficios reflejen las contribuciones realizadas, que se actualizan de acuerdo con una tasa de interés definida por el gobierno, y las pensiones se calculan según la esperanza de vida a la fecha de jubilación (CEPAL, 2006; Barr y Diamond, 2008). Estos sistemas se están implementando actualmente en China, Italia, Polonia y Suecia (Filgueira y Manzi, 2017).

⁸ En algunos países se han incorporado o se busca incorporar mecanismos que operan con la lógica del reparto en sistemas donde ha primado la capitalización individual, como el caso de la cuenta de garantía solidaria en El Salvador (que será gestionada por las administradoras de fondos de pensiones) y el fondo de ahorro colectivo que se propone en Chile (administrado por el Estado).

Respecto del marco normativo de los sistemas de pensiones, en diversos instrumentos internacionales se define a la seguridad social como un derecho humano (OIT, 2001a) y se incorpora a las pensiones en esta definición. En el artículo 22 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948) se consagra el derecho a la seguridad social y sus prestaciones para todas las personas. El artículo 25.1 establece la universalidad del derecho a un nivel de vida adecuado y explícita que toda persona tiene “[...] derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”. A su vez, en el artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Naciones Unidas, 1966) se reafirma el compromiso de los Estados Partes con el derecho de toda persona a la seguridad social, incluido el seguro social. En esta misma línea, en el artículo 11 se consagra el derecho a un nivel de vida adecuado para todas las personas y sus familias. Ambos instrumentos sientan las bases más amplias del derecho a la seguridad social y a la protección social y para el desarrollo de sus prestaciones⁹.

En la Observación General núm. 19 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se llama la atención sobre la necesidad de establecer prestaciones de seguridad social hasta el máximo de los recursos disponibles, que tengan un nivel suficiente en importe y duración. Los Estados deben revisar periódicamente sus prestaciones y asegurar una relación razonable entre ingresos, cotizaciones y monto percibido por la prestación pertinente (Naciones Unidas, 2008)¹⁰. En esta Observación también se subraya la necesidad de prestar especial atención a las personas y los grupos que tradicionalmente experimentan mayores dificultades para el goce de este derecho y se reconocen las desigualdades en su ejercicio.

De especial relevancia para el diseño de los sistemas de pensiones son el Convenio sobre la Seguridad Social (Norma Mínima), 1952 (núm. 102) (OIT, 1952), el Convenio sobre las Prestaciones de Invalidez, Vejez y Sobrevivientes, 1967 (núm. 128) (OIT, 1967a) y la Recomendación sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes (núm. 131) (OIT, 1967b) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Estos instrumentos establecen la norma mínima sobre la protección que debe otorgarse a las personas en materia de seguridad social, incluidas las prestaciones de vejez, invalidez y sobrevivencia. Los Convenios núm. 102 y núm. 128 de la OIT definen la provisión de seguridad de ingresos a las personas que han alcanzado la edad prescrita mediante un pago periódico y sobre la base del cumplimiento de determinadas condiciones: un período mínimo de cotización, de empleo o de residencia en el país¹¹. Estas prestaciones pueden incluir pensiones contributivas o no contributivas en un nivel mínimo garantizado o como proporción de los salarios promedio (OIT, 2014). De acuerdo con el Convenio núm. 102, las prestaciones de invalidez cubren la contingencia derivada de “[...] la ineptitud para ejercer una actividad profesional, en un grado prescrito, cuando sea probable que esta ineptitud será permanente o cuando la misma subsista después de cesar las prestaciones monetarias de enfermedad” (artículo 54)¹². Estas se garantizan a quienes cumplan con determinados requisitos, relativos a las cotizaciones, al tiempo de permanencia en el empleo o de residencia en el país. Por último, como se indica en este Convenio, las prestaciones de sobrevivientes

⁹ Este mandato está plasmado también en otros instrumentos de alcance universal para grupos específicos. En la Convención sobre los Derechos del Niño se indica que los Estados Partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social (artículo 26). Como se señala en el capítulo IV, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer obliga a los Estados Partes a adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer y asegurarle el derecho a la seguridad social (artículo 11.1e), haciendo explícita esta indicación con respecto a las zonas rurales (artículo 14.2).

¹⁰ En la Observación también se indica que todas las personas deben estar cubiertas por el sistema de seguridad social, que las condiciones para acogerse a sus prestaciones deben ser razonables, proporcionadas y transparentes, que los costos de sus cotizaciones deben ser asequibles, que sus beneficiarios deben poder participar en su administración y tener información sobre su funcionamiento, a la vez que debe garantizarse el acceso físico a los servicios de seguridad social (Naciones Unidas, 2008).

¹¹ En los Convenios se indica que la edad prescrita no deberá exceder los 65 años, aun cuando la autoridad competente puede fijar una edad superior, en función de la capacidad de trabajo de las personas de edad avanzada en cada país (véase el artículo 26.2 del Convenio núm. 102).

¹² Conforme la Recomendación núm. 131, también se debería establecer una prestación para los casos de invalidez parcial.

aluden a la pérdida de medios de existencia que sufren cónyuges, hijos e hijas que sobreviven a la muerte de quien es considerado el sostén de la familia (artículo 60) y su garantía está sujeta a reglas prescritas que también incluyen un tiempo mínimo de cotizaciones, de empleo o de residencia. De acuerdo con el Convenio núm. 102, todas estas prestaciones deben ser suficientes para asegurar a la familia condiciones de vida sanas y convenientes (artículo 67c) y su monto deberá revisarse para reflejar las variaciones del costo de vida (artículo 66.8).

A estas normas se sumó más recientemente la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202) (OIT, 2012), que establece la necesidad de proporcionar seguridad básica del ingreso a todas las personas en edad activa que no puedan obtener ingresos suficientes en caso de invalidez, enfermedad, desempleo y maternidad y personas de edad, al menos en un nivel mínimo definido a escala nacional (artículo 5). En línea con el espíritu universal e igualitario de la Recomendación núm. 202, la meta 1.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible también hace un llamamiento a la implementación en los países de “[...] sistemas y medidas apropiadas de protección social para todos, incluidos niveles mínimos, y, para 2030, lograr una amplia cobertura de los pobres y los vulnerables”.

A nivel regional, las prestaciones que forman parte de los sistemas de pensiones también están amparadas en instrumentos como el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador” (OEA, 1988) y, más recientemente, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015).

En América Latina, la garantía constitucional del acceso a pensiones como parte del derecho a la seguridad social es dispar. Mientras en algunos países se reconoce explícitamente el derecho a las prestaciones de vejez, invalidez y sobrevivencia, conforme los principios de igualdad, universalidad y solidaridad, y se indica la responsabilidad del Estado en su provisión o regulación¹³, en otros casos se hace hincapié en las características de su institucionalidad o en las condiciones para la entrega de estas prestaciones. Destaca la concepción plasmada en la Constitución Federal del Brasil de 1988, en la cual la cobertura de los eventos de invalidez, muerte y edad avanzada forma parte de la previsión social y se consagra como uno de los derechos sociales reconocidos (artículo 6). En dicha Constitución también se alude a la asistencia social como parte de los derechos cubiertos por las acciones en materia de seguridad social (artículo 194). En esa carta magna se establece que toda la sociedad concurre en el financiamiento de la seguridad social y se subraya el papel central del Estado —por medio de los recursos fiscales— junto a las contribuciones de los empleadores y los trabajadores¹⁴. Asimismo, se establece un presupuesto específico para la seguridad social, que asegura los recursos para garantizar el derecho, y se indica que ninguna de sus prestaciones deberá ser inferior al salario mínimo¹⁵. Este mandato también se incluye en la Constitución Política de Colombia (artículo 48)¹⁶ y la Constitución Política de la República Bolivariana de Venezuela¹⁷. En el Brasil, la cobertura de la seguridad social también se garantiza para las trabajadoras y los trabajadores rurales. Por otra parte, solo en las constituciones del Ecuador y la República Bolivariana de Venezuela se reconoce el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado en la seguridad social.

¹³ Por ejemplo, el artículo 45 IV de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia de 2009 establece que “El Estado garantiza el derecho a la jubilación, con carácter universal, solidario y equitativo”.

¹⁴ El artículo 195 de la Constitución de 1988 indica asimismo que las loterías y las importaciones de bienes y servicios del exterior son también fuentes de financiamiento de la seguridad social.

¹⁵ De acuerdo con el artículo 201 (punto 2), ninguna percepción que sustituya al salario de cotización o al rendimiento de trabajo tendrá valor mensual inferior al salario mínimo. Ello también se aplica a la garantía de un salario mínimo mensual a personas con discapacidad y personas mayores que no tengan medios para mantenerse como parte de la asistencia social (artículo 203).

¹⁶ En 2005, se incorporó al artículo 48 de la Constitución Política de Colombia la indicación de que ninguna pensión podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente, salvo en aquellos casos establecidos por ley en los que se concedan beneficios económicos inferiores a personas de escasos recursos que no cumplan con las condiciones para acceder a una pensión.

¹⁷ En el artículo 80 se expresa que las pensiones y jubilaciones otorgadas mediante el sistema de seguridad social no podrán ser inferiores al salario mínimo urbano.

En síntesis, las normas internacionales, regionales y nacionales sobre pensiones constituyen un piso normativo mínimo para analizar y proponer aspectos vinculados al funcionamiento de estos sistemas en los países de la región, en el marco de los derechos a la seguridad y a la protección social y desde un enfoque de derechos humanos. En estos instrumentos se destacan la naturaleza progresiva de las prestaciones y la relevancia cada vez mayor de los mecanismos no contributivos para avanzar hacia la universalización de la cobertura. Así, los sistemas de pensiones conforman un ámbito esencial de la ciudadanía y se consagra el papel inalienable del Estado en el resguardo de su garantía. Estos deben concebirse como componentes fundamentales de todo proyecto de desarrollo y, en particular, de uno centrado en la igualdad como horizonte estratégico del desarrollo sostenible. Por el contrario, la ausencia o debilidad de estos sistemas agudiza la pobreza y la vulnerabilidad de las personas y debe analizarse como fuente de múltiples desigualdades, como se destaca en este documento.

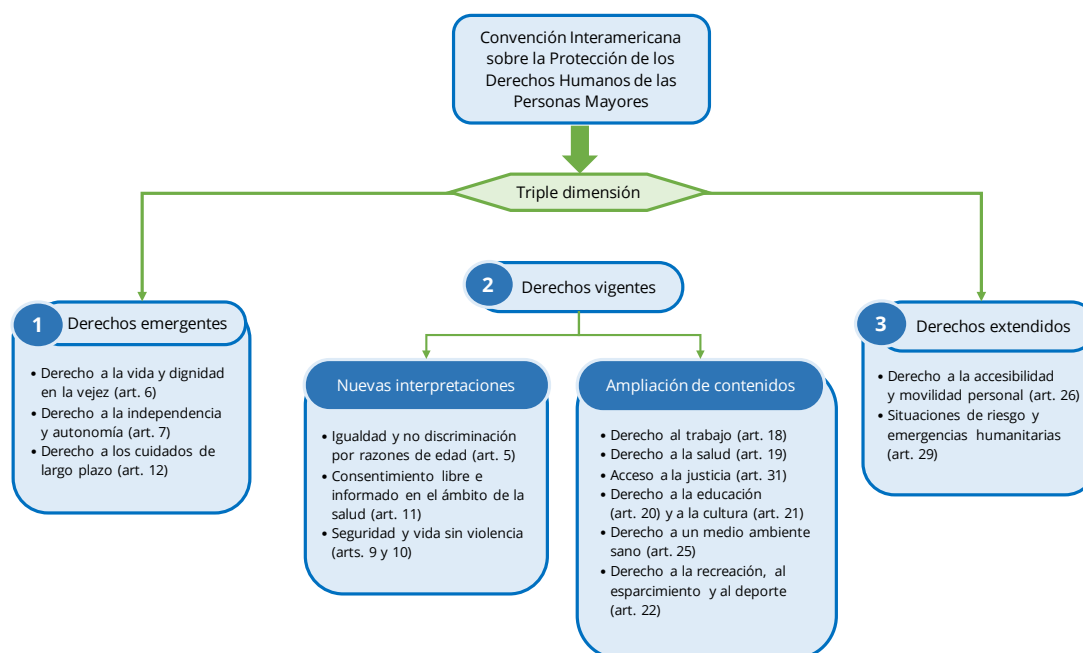
Fuente S. Huenchuan y A. Rovira (editoras) (2019), *Medidas clave sobre vejez y envejecimiento para la implementación y Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe*; B, pp. 59-60.

C. El aporte de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores al logro de la igualdad

La Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores sienta las bases para el logro de la igualdad sustantiva. El objeto de la Convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce del ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas mayores, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad (OEA, 2016).

■ Diagrama VI.3

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores



Fuente: S. Huenchuan (ed.), “Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos” (LC/PUB.2018/24-P), *Libros de la CEPAL*, N° 154, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2018.

La convención recuerda en su preámbulo que todos los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos se aplican a las personas mayores; pero, afirma más adelante, la discriminación que la vejez suele sobrellevar impide que los disfruten plenamente.

Para efectos de análisis, los contenidos de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores se pueden dividir en tres categorías: derechos emergentes, derechos vigentes y derechos extendidos (véase el diagrama VI.3).

- Los derechos emergentes son reivindicaciones de nuevos derechos o de derechos parcialmente recogidos en la normativa internacional y nacional existente.

- Los derechos vigentes son aquellos ya contemplados en las normas internacionales, pero que requieren cambios para adaptarlos a las necesidades específicas de un colectivo, ya sea por medio de nuevas interpretaciones o ampliación de contenidos.
- Los derechos extendidos están dirigidos específicamente a colectivos que no han disfrutado de ellos por omisión o discriminación (Dussel, 2010).

El conocimiento más profundo de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores sirve de guía para poner énfasis en las personas mayores en la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible desde la perspectiva de la igualdad y no discriminación, y resulta particularmente útil para la implementación y seguimiento de los ODS 1.3 sobre protección social universal, 3.8 sobre cobertura universal en salud, 5.4 sobre reconocimiento y valor de los cuidados y 17.18 sobre disponibilidad de datos oportunos, fiables y de gran calidad desglosados, entre otros criterios, por edad.

Fuente

S. Huenchuan y E. Rivera (editoras) (2019), *Experiencias y prioridades para incluir a las personas mayores en la implementación y seguimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*; pp. 56-61 y 142-145.

D. Experiencias y prioridades para incluir a las personas mayores en la implementación y seguimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

1. Rosita Konrfeld¹⁸

En el año 2015 el mundo tuvo 906 millones de personas mayores. En 2050 serán 2.000 millones de personas y aquellas de 75 años van a ser un grupo amplio de la población, con seguridad los más frágiles entre las personas mayores. En 2015 representaron un 27% y en 2050 alcanzarán al 35% de la población adulta mayor¹⁹.

El cambio demográfico no es un problema, al contrario, es un gran desafío que debemos trabajar en conjunto con los Estados en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que propone un crecimiento económico inclusivo para todos por igual, ciudades sostenibles —como lo viene impulsando la OPS y la OMS— y mitigar los efectos del cambio climático. Más allá de la propuesta de desarrollo, lo más interesante de esta Agenda es su enfoque de derechos humanos y el compromiso de que en el mundo se les respeten los derechos humanos a todos.

Los Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) se aplican por igual a los países desarrollados como a los que están en vías de desarrollo. En mayores vivía en áreas urbanas y un 19% residía en áreas rurales, los procesos migratorios internos ayudan a la gentrificación.

Las políticas públicas tales como la salud, la educación, la participación, el transporte y los cuidados de largo plazo, entre otros, son una prioridad para la región.

La protección social y los cuidados son dos puntos fundamentales de los ODS. Los Estados deben establecer un sistema obligatorio de seguros de vejez a partir de una edad determinada y también fijar una edad de jubilación de manera flexible. De igual manera, los Estados deben fomentar acciones para construir las condiciones que permitan a las personas mayores trabajar cuando así deseen hacerlo. Hay que flexibilizar horarios y fomentar que las empresas contraten a las personas mayores por medio de alguna reducción de impuesto a aquellas que lo hacen.

Con respecto a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, aún son pocos los países que la han ratificado. La sociedad civil debe impulsar su ratificación y, cuando se presente la posibilidad de crear un instrumento vinculante en las Naciones Unidas, la sociedad civil y los Estados han de trabajar en conjunto para lograrlo.

Los Estados deben promover progresivamente, dentro de los recursos disponibles, que la persona mayor reciba ingresos para una vida digna, promover sistemas de seguridad social y facilitar por diferentes medios el reconocimiento de prestaciones, aportes o derechos de pensión de la persona migrante.

Es importante resaltar que en los países en desarrollo las personas mayores a menudo trabajan en el sector informal y mal remunerado. La mayoría lo hace para mantenerse a sí misma y a su familia. La OCDE señala que el 12,5% de las personas mayores de 65 años vive en pobreza económica relativa y que no contar con empleo o pensión de vejez les limita el acceso a servicios esenciales.

¹⁸ Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad.

¹⁹ Véase United Nations, "World Population Prospects: The 2017 Revision", Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2017, [en línea] <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-the-2017-revision.html>.

En América Latina y el Caribe existe una baja proporción de trabajadores aportando al sistema obligatorio de pensiones. Solo 45 de cada 100 contribuye o están afiliados a un plan de pensiones y en la vejez gran parte de las personas mayores tendrán que recurrir a otra fuente de ingreso diferente a las pensiones contributivas porque no tienen cómo vivir.

Con respecto a los derechos a la protección social, el régimen contributivo mantiene la desigualdad entre hombre y mujer. Las mujeres ganan menos ingresos por trabajo, vivimos más y nuestras pensiones son más bajas. Por lo tanto, las mujeres mayores están más expuestas a vivir en condiciones de pobreza que los hombres de la misma edad.

Con respecto al derecho a los cuidados, el artículo 25 párrafo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure salud y bienestar. En los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad uno de los aspectos más importantes son los cuidados. Poder disfrutar de los cuidados, tener acceso a la atención de salud y servicios sociales a cualquier etapa (primaria, secundaria, terciaria y paliativos), disfrutar de derechos y libertades fundamentales cuando se reside en hogares o instituciones con respeto a sus creencias e intimidad, donde tengan derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y calidad de vida, se les brinde cuidados y tratamientos son parte esencial del respeto a la dignidad de las personas mayores.

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) recomienda los servicios de atención preventiva, curativa, incluidos los servicios de rehabilitación, atención paliativa y cuidados de largo plazo. El Plan contiene recomendaciones, pero no son vinculantes. Por eso la importancia de ratificar la Convención Interamericana que estipula que la persona mayor debe ser autónoma, considera la perspectiva de género y establece servicios de apoyo para familiares y cuidadores.

La Convención Interamericana indica las obligaciones de los Estados Partes para garantizar el goce efectivo de los derechos humanos de las personas mayores a los cuidados de largo plazo. Por ejemplo, establece un marco regulatorio para el funcionamiento de los servicios de largo plazo, desarrolla un sistema integral de los cuidados y promueve servicios que cuenten con personal especializado.

El derecho a la salud comprende la prevención, la rehabilitación y los cuidados paliativos. El cuidado es una nueva realidad social que está invisibilizada pero que es necesaria poner en el foco de la atención de los gobiernos. Las mujeres son quienes generalmente realizan la tarea de cuidados y su ejercicio suele repercutir negativamente en su salud física y condiciones económicas y sociales. Hay distintas formas de cuidado en los diferentes países, pero existen situaciones comunes como insuficiente coordinación sociosanitaria, difícil financiamiento, carencia de apoyo familiar, maltrato y abuso, entre otras, por lo que habría que crear mecanismos adecuados para una normativa donde todos los países puedan enfrentar este fenómeno y sus consecuencias.

En los países de la OCDE una persona mayor de cada diez cuida a un dependiente. Los cuidadores familiares tienen más de 50% de probabilidades de ver alterada su carrera profesional para dedicarse al cuidado y un 20% más de posibilidades de sufrir una enfermedad mental por el estrés sufrido. El 50% de las personas mayores asistidas tiene más de 80 años y el 61% son mujeres. Se requerirá duplicar la población profesional del sector de salud, enfermería y auxiliar a mitad del siglo XXI. El 1,2% del PIB de los países de la OCDE en 2008 fue invertido en la atención a la dependencia y en 2050 deberá triplicarse. Entre 1994 y 2008, la cantidad de personas mayores institucionalizadas por demencia disminuyó en 23 días cuando viven con su familia, van a centros de día, además de mejorar su calidad de vida²⁰.

²⁰ Véase Rosa Kornfeld-Matte, "Informe sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad", 30 período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos, 13 de agosto de 2015, [en línea] <https://www.ohchr.org/SP/Issues/OlderPersons/IE/Pages/Reports.aspx>.

Es necesario revisar las leyes, hay que adecuarlas a la realidad actual. Fueron hechas en momentos donde no había una población adulta mayor tan grande y con su revisión se podrá mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

En cuanto a los cuidados hay que crear políticas públicas de cuidado para fomentar políticas integrales e intersectoriales de los distintos organismos públicos, apoyar a la familia en su papel de cuidadora, especialmente a las familias más vulnerables. Es necesario empezar a hablar de servicios sociosanitarios, porque la persona mayor es una integridad social y sanitaria. Ofrecer un apoyo continuado permite la permanencia en el domicilio, reducir la carga de la familia y promover la cohesión social.

2. Humberto Soto²¹

El abordaje de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible a nivel nacional ha implicado crear instancias normativas, entes coordinadores, comités, consejos o grupos de trabajo, para trasladarla a la práctica, particularmente en lo que al principio de integralidad se refiere, y que establece la importancia de trabajar coordinadamente entre distintos sectores, así como la invitación a que otros actores se sumen a su implementación.

En este contexto, uno de los principales retos identificados es lograr la coordinación, la intersectorialidad y la articulación entre actores en el proceso de implementación de la Agenda 2030.

¿Dónde aparece la Convención? En la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores se pueden identificar nueve grandes rubros temáticos: igualdad y no discriminación, independencia y autonomía, seguridad y no violencia, el tema de la salud, la privacidad y la intimidad, la vivienda, la accesibilidad y movilidad, recreación y el esparcimiento y el acceso a la justicia. La garantía de cumplimiento de los derechos humanos asociados a estos rubros proviene de diversos actores, por lo que es fundamental lograr que dichos actores se articulen.

¿Por qué es relevante articularse con la Agenda 2030? Los países están haciendo un esfuerzo por estructurar institucionalmente las metas y los objetivos de la Agenda 2030. En este proceso están identificando los organismos estatales que se corresponden con cada una de las metas y objetivos, y abordando el reto de la coordinación entre dichos actores. En el caso particular del envejecimiento y las personas mayores, la articulación con la Agenda 2030 puede favorecer su proceso particular de coordinación entre los actores que se involucran particularmente en la temática.

¿Cómo abordar la necesidad de identificar a los actores? Por ejemplo, en el elemento igualdad y no discriminación se deben identificar las instituciones para prevenir la discriminación en los países; en el tema de independencia y autonomía se deben ubicar las instituciones que elaboran aspectos de desarrollo social pero también de trabajo (empleo) y de seguridad social (pensiones); o si hablamos de seguridad y no violencia deben considerarse instituciones como el ministerio público o la policía; y si se tocan temas de vivienda, se deberá identificar organismos encargados de la infraestructura.

En el centro de este proceso debieran encontrarse, en nuestro contexto, las instituciones de envejecimiento. Ya sea un instituto, un ministerio, un ente coordinador o una dirección, lo importante es el papel que debe tomar como actor central de la coordinación intersectorial. Ese papel puede extenderse a otros actores.

En los temas médicos existen diversos actores privados como las farmacéuticas o los investigadores; en el tema de accesibilidad y movilidad se puede involucrar a múltiples actores de la academia, del

²¹ Oficial de Asuntos Sociales de la Unidad de Desarrollo Social de la sede subregional de la CEPAL en México.

sector privado y de la sociedad civil, personas interesadas en procesos de mejora de la movilidad y de la accesibilidad. En este proceso se puede involucrar a especialistas en temáticas específicas. Tal es el caso de especialistas en sociología para entender cómo se maneja la privacidad y el espacio de independencia de las personas mayores; especialistas en temas de economía para comprender de independencia y autonomía económica; o expertos en administración pública para articular la agenda y proveer justicia, modificando normativas, creando leyes y garantizando su cumplimiento.

Para lograr esta coordinación intersectorial y entre actores se identifican retos a dos niveles. A nivel estratégico, se requiere definir las normas o reglas de actuación de los actores, incluidos los roles y el ente rector. A nivel operativo se requiere articular acciones concretas. Los retos son lograr que los distintos niveles de la institucionalidad incorporen la coordinación intersectorial y entre actores:

- Normativa, con marcos que permitan la acción intersectorial.
- Planificación, que derive mandatos hacia la coordinación y orientación de acciones intersectoriales e inter actorales.
- Instituciones, con el respaldo adecuado y con claridad de funciones (coordinadoras o implementadoras).
- Programas, que en este contexto debieran ser conjuntos y articulados.
- Recursos, con posibilidad de ejecutar presupuestos conjuntos.

La mayoría de los países ha realizado esfuerzos en la planificación, pero por sí misma la planificación no puede hacer el trabajo de implementar.

¿Cómo llevar de la teoría a la práctica estos temas? En el paso de la planificación a la implementación surgen diversos retos. El primero es lograr romper la lógica sectorial de nicho, en la que prevalece la falta de voluntad para compartir información. La idea es buscar elevar el nivel de alienación de los programas existentes, crear programas homologados y homogéneos que permitan a su vez reducir la duplicidad de esfuerzos y potenciar los recursos utilizados.

Puede ser necesario considerar la asignación de recursos progresivos a las poblaciones que más lo necesitan, incluso por justicia social. Este puede ser el caso de una población adulta mayor que en su momento aportó a la economía, aportó a la sociedad y se merece ese respaldo.

La importancia de la integralidad se ha observado en la práctica en los sistemas de protección social: existen experiencias previas en este contexto porque la protección social es intersectorial *per se*: salud, pensiones, vivienda, empleo, son generalmente temas abordados por distintas instituciones del aparato estatal, que tienen que estar coordinadas entre sí.

Adicionalmente, la coordinación entre los niveles de gobierno es muy importante, pero a su vez muy compleja. ¿Cómo hacerlo? Una alternativa es la Gestión Tradicional por Resultados que plantea que, desde las estrategias hasta los programas y los planes de acción, a modo de pirámide se van articulando en un esquema de objetivos compartidos o comunes de acuerdo con el nivel que les corresponde. De ese modo se crea una estrategia de un nivel de gobierno que pueda servir como línea de acción de otro nivel gubernamental.

El reto es grande, pero es importante trabajar para lograr hacer realidad esta coordinación entre sectores, actores y distintos niveles de gobierno que impulse al proceso de desarrollo planteado por la Agenda 2030 y las agendas transversales como la de envejecimiento y personas mayores.

Fuente S. Huenchuan (2018), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*; D, pp. 247-249.

E. De las enseñanzas aprendidas al fortalecimiento de las instituciones

La implementación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores es un proceso que recién se inicia y que se desarrolla en paralelo con la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En este marco, los Estados tendrán que trabajar para generar los mecanismos que garanticen las libertades y los derechos consagrados en el instrumento regional y crear las condiciones para que la discriminación de las personas mayores no impida su participación en la sociedad y el desarrollo. Una tarea que exige, entre otros requisitos, innovación, transparencia, personal calificado y presupuesto gubernamental.

La experiencia adquirida en la implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y su puesta en práctica a nivel regional durante los últimos 16 años son de utilidad para cumplir con las obligaciones asumidas en la Convención Interamericana y avanzar en la implementación de la Agenda 2030 para no dejar a las personas mayores atrás. Un aporte indiscutible de los acuerdos plasmados en los instrumentos regionales de la CEPAL es la promoción de enfoques más integrales en el tratamiento gubernamental de los asuntos vinculados a este grupo social. Ese aprendizaje es insustituible en el escenario actual.

A partir de 2002 algunos países desplegaron esfuerzos e hicieron progresos destacados, por ejemplo, la promulgación de leyes de protección de los derechos humanos de las personas mayores, el rescate de la planificación a mediano plazo por medio de los planes nacionales, y las reformas administrativas para incluir a las instituciones de personas mayores en el ámbito de los ministerios sociales, entre otros.

Algunas de estas iniciativas se mantuvieron en el tiempo, pero otras no. En los últimos años varias carecieron de una adecuada metodología, seguimiento técnico o evaluación periódica. Muchas sucumbieron frente a la falta de presupuesto y otras se volvieron insostenibles debido a una voluntad política frágil para asegurar su existencia más allá del gobierno de turno. Como corolario, distintos programas que se iniciaron cinco años atrás ya no existen. Incluso algunas instituciones nacionales dirigidas a las personas mayores descendieron de jerarquía o cambiaron de dependencia con más facilidad que otras dedicadas a las problemáticas de las mujeres o la niñez.

La evaluación regional de las acciones que se desarrollan en favor de las personas mayores revela que su principal característica, con notables excepciones, es que no siempre logran impregnar el conjunto de la labor del Estado y que en general los asuntos vinculados a la población adulta mayor se circunscriben a organismos o sectores específicos. En ocasiones, la voluntad de las autoridades de las instituciones vinculadas al tema del envejecimiento choca con limitaciones estructurales que ponen en riesgo su credibilidad y mina la confianza de las personas mayores.

Lo anterior, junto con la escasez de personal calificado y la incipiente estandarización de las reglas o procedimientos, entre otros aspectos, condicionan gravemente el rendimiento institucional. De no mediar cambios, ello se puede convertir en un inconveniente que impide avanzar en la efectiva implementación de los instrumentos y acuerdos regionales en los próximos años.

Las personas mayores y sus organizaciones tienen claridad con respecto a los temas abordados en los párrafos anteriores. De tal manera, entre sus reivindicaciones más recurrentes en los últimos años se encuentra, por una parte, que la institución gubernamental que les corresponde tenga un elevado rango organizacional y, por otra, que sus asuntos se aborden desde una perspectiva de derechos humanos. Esta aspiración no es al azar. Las personas mayores y sus organizaciones son cada vez más conscientes de que la forma en que se conceptualizan sus problemas, necesidades e intereses

en el discurso oficial de los Gobiernos y cómo ello ejerce influencia en la sociedad y en la forma de comprender su situación o valorar sus aportes. Es por eso que buscan intervenir activamente.

De cara a los cambios demográficos y tomando en cuenta que las instituciones dirigidas a las personas mayores deben asumir un papel protagónico en la implementación de la Convención Interamericana y otros acuerdos multilaterales, se deben revertir las limitaciones descritas anteriormente y fortalecer las instituciones para que asuman responsabilidades crecientes y diversas. Junto con ello, es imprescindible abrir espacios para ampliar la participación de las personas mayores en las cuestiones que les afectan.

En este marco, la planificación de mediano y largo plazo vuelve a retomar su importancia, más aún en contexto de la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Las políticas públicas que se pongan en marcha han de empezar por el sujeto e incidir de verdad en su situación. Han de procurar niveles de vida dignos y combatir la discriminación. Asimismo, deben tener en cuenta la interdependencia entre generaciones, porque no habrá desarrollo si los salarios de los jóvenes están estancados o tienden a la baja, si las mujeres mantienen lagunas previsionales debido a ausencias por maternidad o cuidado, o si los sistemas privados de pensiones aumentan la desigualdad.

Fuente

CEPAL (2010), *Propuesta de estrategia para avanzar, desde la perspectiva de América Latina y el Caribe, hacia una convención internacional sobre los derechos humanos de las personas de edad*; pp. 14-19.

F. La justificación de una convención internacional sobre los derechos de las personas de edad

El desarrollo de normas específicas sobre los derechos de las personas de edad en las políticas de derechos humanos internacionales y regionales, así como en la práctica de los órganos de derechos humanos, constituyen evidencias más que suficientes del consenso internacional sobre los derechos mínimos de las personas de edad. Sin embargo, no existe en la actualidad ninguna convención de derechos humanos de ámbito universal que sistematice y haga operativos esos derechos y que establezca un mecanismo específico para su protección. Esto supone un vacío importante en la protección internacional de los derechos en la vejez.

Es precisamente desde esta perspectiva que los representantes de los países de América Latina y el Caribe, así como otros miembros de la CEPAL y otras partes interesadas, se unieron para proclamar, en la Declaración de Brasilia, su compromiso de desplegar esfuerzos para impulsar una convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas de edad. Este compromiso es coherente con las numerosas recomendaciones y propuestas realizadas por expertos y organizaciones de la sociedad civil, en particular organizaciones de personas de edad, para avanzar hacia el mismo objetivo. Entre ellas figuran, por ejemplo, las recomendaciones de la Reunión del Grupo Experto “Derechos de Personas Mayores”, expresadas en el Programa de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento en 2009²².

Esa recomendación se ha visto reforzada además por el estudio preliminar sobre los derechos de las personas de edad preparado por el Comité Asesor del Consejo de Derechos Humanos, a solicitud del Consejo. Entre otras cosas, en el estudio se recomienda, de conformidad con la Declaración de Brasilia, la realización de esfuerzos conjuntos encaminados al establecimiento de una convención internacional sobre los derechos de las personas de edad²³. Según el estudio del Comité Asesor:

Esa convención debería tener por objeto modificar actitudes negativas, aumentar la visibilidad de las personas de edad, delimitar las responsabilidades, mejorar los mecanismos de rendición de cuentas y proporcionar un marco internacional para proteger a las personas de edad. No solo debería codificar los derechos de las personas de edad como principios internacionalmente reconocidos, sino también especificar las obligaciones de los Estados Miembros, a fin de asegurar la plena protección de los derechos de sus ciudadanos de edad. En particular, la convención debería incorporar la responsabilidad de los Estados de fortalecer la perspectiva de género en su acción legislativa y en sus políticas públicas en relación con el envejecimiento²⁴.

Una preocupación similar fue expresada en el 48º período de sesiones de la Comisión de Desarrollo Social, en el que los Estados miembros debatieron la necesidad de una convención internacional en el contexto de las actuaciones futuras para aplicar el Plan de Acción Internacional de Madrid. Las deliberaciones de la Comisión pusieron de manifiesto la existencia de “un considerable interés en la comunidad internacional por seguir estudiando los aspectos del envejecimiento relacionados con los derechos humanos”²⁵, sugiriendo el establecimiento de “un grupo de trabajo

²² Naciones Unidas, “Recomendación 3”, Reportaje de La Reunión del Grupo Experto “Derechos de Personas Mayores” [en línea] <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/egm/bonn09/report.pdf>, 2009.

²³ Naciones Unidas, The necessity of a human rights approach and effective United Nations mechanism for the human rights of the older person (A/HRC/AC/4/CRP.1), 4 de diciembre de 2009, párrafo 63.

²⁴ *Ibid.*, párrafo 64.

²⁵ Naciones Unidas, Ulterior aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002. Informe del Secretario General (E/CN.5/2010/4), 25 de noviembre de 2009, párrafo 27.

dentro de los períodos ordinarios de sesiones de la Comisión de Desarrollo Social para continuar los debates sobre las formas y los medios más adecuados de promover y proteger los derechos humanos de las personas de edad”²⁶.

El compromiso de realizar esfuerzos encaminados a aprobar una convención internacional complementa las iniciativas en los sistemas regionales interamericano y africano con miras a mejorar su labor respectiva en materia de protección de los derechos humanos de las personas de edad, incluida la consideración de nuevas normas regionales en este ámbito.

Tomando esos compromisos como punto de partida, en esta sección se analizan los argumentos jurídicos y normativos más relevantes a fin de adoptar medidas concretas en esa dirección.

1. Prepararse para el envejecimiento de la población

La población mundial está envejeciendo a un ritmo constante bastante espectacular. Se trata de una revolución silenciosa que tiene consecuencias de largo alcance e impredecibles y que está afectando a la estructura social y económica de las sociedades, tanto a nivel mundial como nacional, y la afectará aún más en el futuro²⁷. De hecho, una transformación demográfica de semejantes dimensiones tiene repercusiones de gran alcance en la sociedad y en las políticas públicas y, en los próximos años, el envejecimiento de la población hará aumentar la demanda en favor del ejercicio efectivo de los derechos humanos y las libertades fundamentales en todas las edades.

2. Dar más visibilidad a las cuestiones relacionadas con el envejecimiento

Más allá de las obligaciones jurídicas que contraen al respecto los Estados que las ratifican, las convenciones de derechos humanos de las Naciones Unidas constituyen instrumentos de educación importantes que pueden elevar la conciencia de todos los actores interesados (incluidos los Estados Miembros, las organizaciones y organismos de las Naciones Unidas y la sociedad civil) sobre determinadas cuestiones de derechos humanos. Muchas de las convenciones de derechos humanos de las Naciones Unidas han incorporado disposiciones explícitas a ese efecto.

Una convención internacional sobre los derechos de las personas de edad daría más visibilidad a los problemas a que hacen frente este grupo social en el disfrute de sus derechos humanos fundamentales. La aprobación de una convención de ese tipo representaría un sólido instrumento pedagógico, en particular en el ámbito nacional, para combatir los estereotipos predominantes y generar imágenes positivas y realistas sobre el proceso de envejecimiento. Proporcionaría asimismo una mayor conciencia sobre las muchas contribuciones que hacen las personas de edad a la sociedad en su conjunto.

3. La necesidad de aclarar el contenido de los derechos de las personas de edad

Debido a la pluralidad de las fuentes normativas existentes, su distinta categoría jurídica y su alcance regional o variedad de contenido, existe una amplia diversidad con respecto a la definición de los

²⁶ *Ibíd.*, párrafo 28.

²⁷ Naciones Unidas, “Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad”, Observación general, núm. 6 (E/C.12/1995/16/Rev.1), Ginebra, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 1995.

derechos mínimos de las personas de edad en las normas internacionales de derechos humanos. Esta divergencia conlleva una serie de importantes dificultades prácticas para los titulares de deberes y, en particular, para los Estados, que son los responsables últimos de la adopción de medidas legislativas y normativas para promover los derechos de las personas de edad. Esa situación también afecta a los titulares de derechos y a otras partes interesadas, dado que desempeñan un papel fundamental en promover la protección y el respeto de esos derechos.

La aprobación de una convención internacional ayudaría, por lo tanto, a aclarar y sistematizar en un único instrumento legalmente vinculante y de alcance universal el contenido del consenso normativo, tanto existente como emergente, sobre los derechos de las personas de edad. La aprobación de esa convención ayudaría también a tratar determinadas esferas que no están suficientemente abarcadas en las normas actuales, incluidas las que figuran en las convenciones de derechos humanos de las Naciones Unidas y las desarrolladas por la práctica de los órganos de derechos humanos.

4. Instrumentos internacionales previos de carácter no convencional

El patrón típico seguido en la aprobación de convenciones de derechos humanos de las Naciones Unidas relativas a derechos específicos o a los derechos de un grupo particular, supone la aprobación previa de una declaración por la Asamblea General. Desde una perspectiva meramente normativa, las declaraciones sobre derechos humanos aprobadas por la Asamblea General tienen, en principio, el mismo estatuto jurídico que los demás instrumentos de derechos humanos aprobados bajo otras denominaciones. No obstante, algunas designaciones, como las “declaraciones” o “proclamaciones”, parecen otorgar una solemnidad política o normativa particular a esas resoluciones.

Si bien la Asamblea General no ha aprobado una declaración sobre los derechos de las personas de edad como tal, ha aprobado una serie de resoluciones importantes en tal sentido. En ellas se identifica claramente a las personas de edad como un grupo específico y particularmente vulnerable de la sociedad, y se define un consenso mínimo con respecto a sus derechos. En consecuencia, esos instrumentos cumplen ya la función de un singular texto declarativo sobre los derechos de las personas de edad.

5. La necesidad de clarificar las obligaciones de los estados

Aunque los derechos de las personas de edad han sido reconocidos progresivamente en algunos instrumentos internacionales y regionales con estatuto jurídico diferente, así como en la evolución de la práctica de los órganos de derechos humanos, la aprobación de una convención internacional ayudaría notablemente a reforzar las obligaciones jurídicas de respetar, promover y realizar esos derechos.

La ratificación de una convención de derechos humanos conlleva la obligación de los Estados partes de aplicarla de buena fe, adoptando aquellas medidas legislativas y de otra índole que fueren necesarias para dar efecto a esos derechos. La adopción de medidas legislativas es particularmente importante en los esfuerzos por eliminar todas las normas de la legislación interna que pudiesen dar lugar a una discriminación formal o substantiva contra grupos determinados. Las convenciones de derechos humanos incluyen además disposiciones programáticas, en virtud de las cuales los Estados se comprometen a adoptar todas las medidas necesarias para conseguir la plena realización de los derechos humanos, tanto a nivel interno —hasta el máximo de sus recursos disponibles— como por medio de la cooperación internacional económica y técnica. Asimismo, al

ratificar una convención de derechos humanos, los Estados se comprometen a garantizar el respeto de esos derechos por parte de los actores privados en el ámbito de su jurisdicción.

Por otra parte, más allá de las obligaciones jurídicas concretas que se establecen con respecto a los Estados partes, las convenciones de derechos humanos de las Naciones Unidas son también instrumentos de elevada autoridad que reflejan el compromiso ético de esos Estados. La ratificación de esos instrumentos representa, por lo tanto, una importante declaración de compromiso por parte de los Estados miembros para cumplir los principios fundamentales de derechos humanos consagrados en la Carta de las Naciones Unidas y en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

6. La necesidad de fortalecer la protección internacional

La aprobación de una convención internacional sobre los derechos de las personas de edad intensificaría la protección internacional de esos derechos, toda vez que los tratados de derechos humanos aprobados por las Naciones Unidas generalmente establecen sus propios órganos y procedimientos de supervisión. Los órganos de las Naciones Unidas creados en virtud de los tratados están formados por expertos, que actúan a título personal, y tienen el mandato de supervisar la aplicación efectiva por los Estados de sus obligaciones en virtud de las convenciones y de realizar recomendaciones a ese respecto.

Al mismo tiempo, la aprobación de una convención internacional tendría un efecto de influencia mutua en relación con otros órganos y mecanismos de derechos humanos. Los órganos de las Naciones Unidas creados en virtud de tratados, por ejemplo, suelen recurrir a otras normas internacionales y regionales de derechos humanos, ya que establecen una interpretación autorizada de sus convenciones. Sucede lo mismo con los procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos, incluidas las esferas que pueden suscitar especial preocupación en relación con las personas de edad, como la salud, la alimentación, la vivienda y la violencia contra las mujeres. Un efecto similar de influencia mutua podría darse con los órganos y mecanismos de derechos humanos regionales, para los que las convenciones de las Naciones Unidas también constituyen importantes marcos de referencia.

Por último, pero no por ello menos importante, la aprobación y la posterior ratificación de una convención internacional podría tener repercusiones en el examen periódico universal (EPU) del Consejo de Derechos Humanos, cuyo alcance está constituido por las “obligaciones y compromisos en materia de derechos humanos” de los Estados partes²⁸. En este sentido, la aprobación de un instrumento jurídicamente vinculante podría hacer que el EPU dedicara una atención particular a los derechos de las personas de edad, fortaleciendo aún más la protección internacional de esos derechos.

7. La necesidad de promover un enfoque basado en los derechos humanos en las políticas relativas al envejecimiento

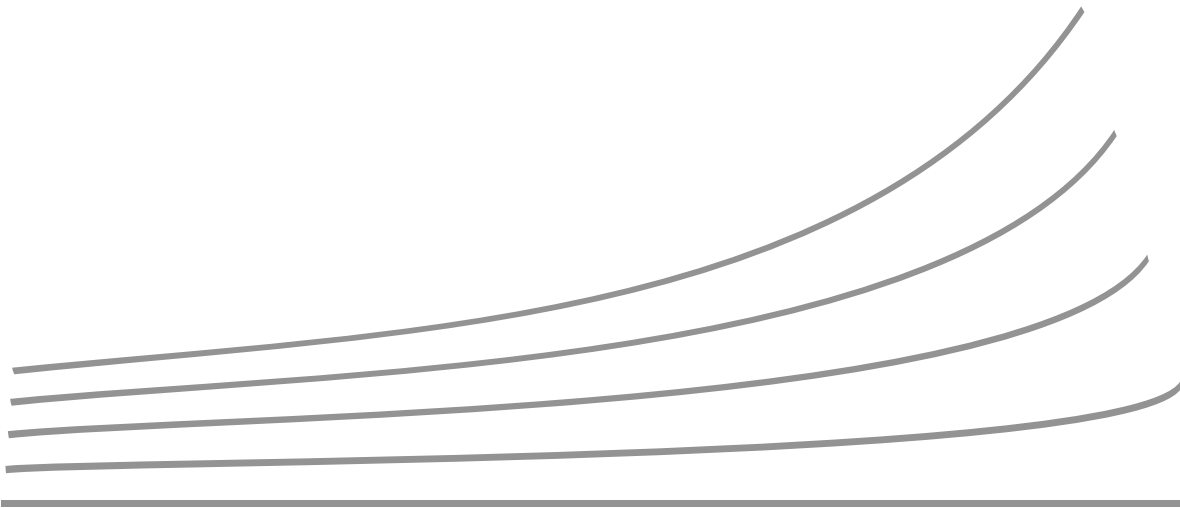
La aprobación de una convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas de edad podría, asimismo, fortalecer la incorporación de un enfoque de derechos humanos en las políticas relativas al envejecimiento, tanto a nivel internacional como nacional. Una convención de ese tipo ayudaría notablemente a promover el “cambio de paradigma”, que se refleja, por ejemplo,

²⁸ Consejo de Derechos Humanos, resolución 5/1 “Construcción institucional del Consejo de Derechos Humanos”, 18 de junio de 2007, Anexo (párr. 1(d)).

en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, el Plan de Acción Internacional de Madrid y la política de envejecimiento activo de la OMS, que pretende reemplazar la concepción históricamente predominante con respecto a las personas de edad como “objetos” de asistencia por una en la que sean vistas realmente como “sujetos” de derechos. Asimismo, una convención aumentaría considerablemente la eficacia de otros instrumentos de derechos humanos que han promovido ese cambio de perspectiva.

La aprobación de una convención ayudaría de forma significativa a los titulares de deberes, incluidos tanto los Estados como los agentes de la sociedad civil, a diseñar y aplicar medidas jurídicas y normativas desde una perspectiva basada en los derechos de las personas de edad. Esto beneficiaría en particular a los Estados que fueran parte en la futura convención, aunque posiblemente también a otros Estados.

Por otra parte, es importante tener en cuenta que las convenciones de derechos humanos de las Naciones Unidas están estrechamente relacionadas con la labor de cooperación económica y técnica llevada a cabo por los organismos, los fondos y las comisiones de las Naciones Unidas con respecto a esa esfera en particular. Desde el paradigma del desarrollo basado en un enfoque de derechos humanos, todas las partes interesadas participan en el apoyo tanto a los titulares de deberes como de derechos en la aplicación efectiva de estos derechos en el marco de sus respectivos mandatos. La aprobación de una convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas de edad, por lo tanto, mejoraría y orientaría la labor que las organizaciones y órganos internacionales realizan en favor de este colectivo.



Bibliografía

Capítulo I

- ACNUDH, “Public consultation on the human rights of older persons”, 2013 [en línea] <http://www.ohchr.org/EN/Issues/OlderPersons/Pages/Consultation15April2013Submissions.aspx>.
- _____. 2012 (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2012), Normative standards in international human rights law in relation to older persons. Analytical Outcome Paper, agosto.
- Abramovich, V. (2004), “Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo de América Latina”, documento preparado para la reunión “Derechos y desarrollo en América Latina: una reunión de trabajo”, Santiago de Chile, 9 y 10 de diciembre.
- Abramovich, V. y C. Courtis (2006), El umbral de la ciudadanía: el significado de los derechos sociales en el Estado social constitucional, Buenos Aires, Editores del Puerto.
- Allen, R. (2012), “How to define ‘older people’ in the context of global human rights legislation”, Legal Issues for Strengthening International Legislation on the Rights of Older Persons, Discussion Papers [en línea] <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/>
- Arber, S. y J. Ginn (1995), Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico, Madrid, Narcea. [LegallssuesforStrengtheningInternationalLegislationonRighthsofOlderPersonsAgeUK.PDF](#).
- Aronson (2020), “Age, complexity, and crisis. A prescription for progress in pandemic”, The New England Journal of Medicine, Massachusetts.
- Bárcena, A. (2010), “Discurso en la ceremonia de inauguración del trigésimo tercer período de sesiones de la Comisión, Brasilia, 30 de mayo de 2010” [en línea] https://www.cepal.org/pses33/noticias/paginas/3/39683/Discurso_inaugural_Alicia_Barcelona_29_mayo.pdf
- Blázquez, Diego (2006), “Los derechos (humanos) de las personas mayores”, en Diego Blázquez (ed.), Los derechos de las personas mayores, Madrid, Dykinson.
- Bobbio, Norberto (1991), “Derechos del hombre y filosofía de la historia”, en El tiempo de los derechos, Madrid, Sistema.
- Bury, M. (1995) “Envejecimiento, género y teoría sociológica”, en S. Arber y J. Ginn, Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico, Madrid, Narcea.
- Butler, R. N. (1969), “Age-ism: Another form of bigotry”, The Gerontologist, vol. 9, N° 4.
- Butler, R. N. y M. I. Lewis (1977), Aging and Mental Health, St. Louis, C. V. Mosby.
- Castells, M. (1992), Análisis de las políticas de vejez en España en el contexto europeo, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de Servicios Sociales.

- CDDH (Comité Director de Derechos Humanos) (2013a), “Comments of Age-Platform Europe (AGE) on the draft recommendation of the Committee of Ministers to member States on the promotion of human rights of older persons”, Grupo de redacción sobre los derechos humanos de las personas mayores, Estrasburgo, 6 de mayo.
- _____(2013b), “Meeting report. 4th meeting, Monday 23 September (9.30 a.m.) – Wednesday 25 September 2013 (1 p.m.), Council of Europe, Agora – Room G06” (CDDH-AGE(2013)R4), Grupo de redacción sobre los derechos humanos de las personas mayores [en línea] http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/hrpolicy/other_committees/cddh-age/Document_CDDH_AGE/Web_CDDH-AGE%282013%29R4_en.pdf.
- 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), 44° período de sesiones, 20 de julio a 7 de agosto.
- CEPAL (2020b), “El desafío social en tiempos del COVID-19”, Informe Especial COVID-19, N° 3, Santiago, mayo.
- _____(2017), Declaración de Asunción: Construyendo sociedades inclusivas: envejecimiento con dignidad y derechos, Santiago.
- _____(2013), Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (LC/L.3697), Santiago.
- _____(2012), Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe (LC/G.2537), Santiago.
- _____(2010), Propuesta de estrategia para avanzar, desde la perspectiva de América Latina y el Caribe, hacia una convención internacional sobre los derechos humanos de las personas de edad (LC/L.3220(CEP.2010/5), Santiago, mayo.
- _____(2010), *La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir* (LC/G.2432 (SES.33/3)), Santiago de Chile, mayo.
- _____(2006), La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad [LC/G.2294 (SES.31/3)], trigésimo primer período de sesiones de la CEPAL, Montevideo, Uruguay, 20 al 24 de marzo.
- _____(2006), Protección social de cara el futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad. Santiago de Chile.
- CEPAL Chesnais, J. (1990), El proceso de envejecimiento de la población, serie E, N° 35 (LC/DEM/G.87), Santiago de Chile, CEPAL/CELADE.
- CE (Consejo de Europa) (2014), “Explanatory Memorandum of Recommendation CM/Rec(2014)2 of the Committee of Ministers to member States on the promotion of human rights of older persons” [en línea] http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/hrpolicy/other_committees/cddh-age/Document_CDDH_AGE/Explanatory_report_Rec_Age_definitive_EN.pdf
- CE (Comisión Europea) (2009), International Perspectives on Positive Action Measures: A Comparative Analysis in the European Union, Canada, the United States and South Africa, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Bruselas.
- Comisión Nacional para el Adulto Mayor (1995), Informe Comisión Nacional para el Adulto Mayor, Santiago de Chile
- 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.
- _____(1995), “Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores”, Observación General N° 6 (E/1996/22), Nueva York, Consejo Económico y Social.
- Comité de Derechos Humanos (1989), Observación General N° 18: “No discriminación” (HRI/GEN/1/Rev.7).
- Corte IDH (Corte Interamericana de Derechos Humanos) [OEA] (2002), Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño, Opinión Consultiva OC-17/02, del 28 de agosto, Serie A, N° 17.
- _____(1984), Propuesta de Modificación a la Constitución Política de Costa Rica Relacionada con la Naturalización, Opinión Consultiva OC-4/84, del 19 de enero, Serie A, N° 4.

Las dimensiones del envejecimiento y los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe

- Corte Internacional de Justicia (CIJ) [Naciones Unidas] (1966), Voto Disidente del Juez K. Tanaka en los casos del África del Sudoeste, ICJ Reports (1966) N° 4.
- Courtis, C. (2004), "Discapacidad e inclusión social: retos teóricos y desafíos prácticos. Algunos comentarios a partir de la Ley 51/2003", *Jueces para la Democracia* N° 51.
- Elder, Ch. y R. Cobb (1993), "Formación de la agenda. El caso de la política de ancianos", en L. Aguilar, *Problemas públicos y agenda de gobierno*, México, D. F., Miguel Ángel Porrúa.
- Ericsson, E. (1985), *El ciclo de vida completado*, Buenos Aires, Paidós.
- Estes, C. (1986), *The aging enterprise*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Etxeberria, X. (2008), *La condición de ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual*, Bilbao, Instituto de Derechos Humanos, Universidad de Deusto.
- Fericgla, J. (1992), *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*, Barcelona, Anthropos.
- Galván, S. (2015), *La realización progresiva del derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la sociedad*, Ciudad de México, Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH).
- Guendel, L. (2000), *La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los derechos humanos: la búsqueda de una nueva utopía*, San José, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)/Universidad de Costa Rica.
- Guillemond, A. (1992), *Análisis comparativo de las políticas de vejez en Europa*, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO).
- Gutiérrez, F. (2011), *Universalidad de los derechos humanos. Una revisión a sus críticas*, Getafe – Madrid, Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas.
- Ham Chande, R. (1996), "El envejecimiento. Una nueva dimensión de la salud en México", *Revista de Salud Pública*, México.
- Huenchuan, S. (2010), "Envejecimiento y género: acercamiento a la situación específica de las mujeres mayores en América Latina y de las recomendaciones internacionales", ponencia presentada en el Coloquio Regional de Expertos en Envejecimiento, Género y Políticas Públicas, organizado por el Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento de la Universidad de la República con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas, Montevideo, 9 y 10 de septiembre.
- _____(2009), *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*, Libros de la CEPAL N° 100 (LC/G.2389-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.08.II.G.94.
- _____(2004), *Marco legal y de políticas a favor de las personas mayores en América Latina*, serie Población y desarrollo N° 51 (LC/L.2115-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.44.
- _____(2003), "Diferencias sociales en la vejez. Aproximaciones conceptuales y teóricas", *Revista de Trabajo Social Perspectivas: Notas sobre Intervención y Acción Social*, N° 12, Santiago de Chile, Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.
- _____(1999), "Vejez, género y etnia. Acercamiento a un enfoque de las diferencias sociales", *Revista de Educación y Humanidades* N° 78, 1998-99, Facultad de Educación y Humanidades, Temuco (Chile), Universidad de La Frontera. Huenchuan, 1999, 2004 y 2009.
- Huenchuan, S. y Morlachetti, A. (2007), "Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina", *Revista Notas de Población* N° 85 (LC/G.2346-P), Santiago.
- Huenchuan, S. y L. Rodríguez-Piñero (2010), "Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección", Documento de proyecto (LC/W.353), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), noviembre.
- Human Rights Committee (2018) General comment No. 36 (2018) on article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the right to life. [en línea] https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/1_Global/CCPR_C_GC_36_8785_E.pdf.

- Hunt, L. (2009), *La invención de los derechos humanos*, Barcelona, Tusquets Editores S.A.
- Hurd, M. (1989), "The economics status of the elderly", *Science*, 244(4905).
- Irfan y Belluz (2020), "¿Por qué COVID-19 es tan peligroso para los adultos mayores?", 13 de marzo de 2020.
- Lema Añón, C. (2011), "Notas sobre la universalidad de los derechos humanos", *Papeles el Tiempo de los Derechos*, N° 6, Huri-Age, Consolider-Ingenio.
- López Caldera, N. (2000), *¿Hay derechos colectivos? Individualidad y socialidad en la teoría de los derechos*, Madrid, Ariel Derecho.
- McMullin, J. (1995), "Teoría de las relaciones de género y edad", en S. Arber y J. Ginn, *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*, Madrid, Narcea.
- Megret, F. (2011), "The human rights of older persons: a growing challenge", *Human Rights Law Review*, vol. 11, N° 29 de enero.
- Misión Permanente de Sudáfrica ante las Naciones Unidas (2013), "Guidelines for the international convention to promote and protect the rights and dignity of older persons", cuarto período de sesiones del Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento, 12 a 15 de agosto
- Montes de Oca, V. (1994), "Envejecimiento y modernidad. Impactos demográficos", *Revista Nueva Sociedad*, N° 129, Caracas, Venezuela.
- Mouzelis, N. (1991), *Back to Sociological theory*, Londres, Mc Millan.
- Naciones Unidas (2020b), *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Older Persons*, Nueva York, mayo.
- _____(2019a), *World Population Prospects 2019* [base de datos en línea] <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>.
- _____(2019b), *World Population Prospects 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/423)*, Nueva York.
- _____(2019c), *Database on the Households and Living Arrangements of Older Persons 2019* [en línea] <https://population.un.org/LivingArrangements/index.html>.
- _____(2019d), "Living arrangements of older persons around the world", *Population Facts*, N° 2019/2, Nueva York, abril.
- _____(2015), *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (A/RES/70/1)*, Nueva York.
- _____(2011), "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, Anand Grover" (A/HRC/18/37), Consejo de Derechos Humanos, 4 de julio, 2010.
- _____(2008), *Trabajando con el Programa de las Naciones Unidas en el ámbito de los derechos humanos. Un manual para la sociedad civil (HR/PUB/06/10/Rev.1)*, Nueva York, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.
- _____(2007) *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*, adoptada por la resolución 61/295 de la Asamblea General del 13 de septiembre.
- _____(2006a), *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*, adoptada por la resolución 61/106 de la Asamblea General del 13 de diciembre, entrada en vigor el 3 de mayo de 2008.
- _____(2003), *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, Nueva York.
- _____(1985), *Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder*, adoptada por la resolución 40/34 de la Asamblea General, del 29 de noviembre.
- _____(1995), *Observación General N° 6 "Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores"* (E/C.12/1995/16/Rev.1), Nueva York, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- _____(1995a), "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.

- _____(1995b), Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (A./CONF.166/9), Copenhague. OACDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2004), Los derechos humanos y la reducción de la pobreza. Un marco conceptual (HR/PUB/04/1), Nueva York, Naciones Unidas.
- _____(1990b), Resolución 45/110 de la Asamblea General, “Reglas mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de la libertad (Reglas de Tokio)”, del 14 de diciembre.
- Naciones Unidas, Papalia, D. y S. Wendkos (1988), Desarrollo Humano, Bogotá, Limusa.
- Neugarten, B. L. y D. A. Neugarten (1987), “The changing meanings of age (Life Flow)”, *Psychology Today*, vol. 21, mayo.
- Northcott, H. C. (1975), “Too young, too old. Age in the world of television”, *The Gerontologist*, vol. 15, N° 2.
- OACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2020), “An immediate human rights response to counter the COVID-19 and the global recession ahead is an urgent priority”, says UN Expert, Noticias de la ONU, 20 de marzo.
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2015), Tratados Multilaterales Interamericanos, Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A70) [en línea] http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
- _____(2015), Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores [en línea] http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf [fecha de consulta: 17 de marzo de 2020].
- _____(2013), “Artículos considerados durante la reunión celebrada el 11 y 12 de febrero de 2013” (OEA.Ser.G. CAJP/GT/DHPM-37/12 add. 6 rev.), Grupo de Trabajo sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
- Office of the High Commissioner for Human Rights (2020a), Joint Statement: Persons with Disabilities and COVID-19 by the Chair of the United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities, on behalf of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities and the Special Envoy of the United Nations, Geneva, United Nations Human Rights Office of the High Commissioner.
- _____(2020b), ‘Unacceptable’. UN expert urges better protection of older persons facing the highest risk of the COVID-19 pandemic [en línea] <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25748&LangID=E>.
- OIT (1958), Convenio sobre la discriminación en materia de empleo y ocupación, adoptado por la 42ª Conferencia Internacional del Trabajo el 25 de junio, entrado en vigor el 15 de junio de 1960.
- OMS (2002a), Active Aging: A Policy Framework, Ginebra [traducción no oficial al castellano de Pedro J. Regalado Doña (2002), “Envejecimiento activo: un marco político”, *Revista Española de Geriatria N° 37(2)*, pp. 94-105].
- _____(2020a), Actualización de la estrategia frente a la COVID -19, Ginebra, 14 de abril [en línea] https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf.
- _____(2020e), Fortalecimiento de la preparación para la COVID-19 en las ciudades y otros entornos urbanos: orientaciones provisionales para las autoridades locales, Ginebra. (2020f), Consideraciones relativas a la discapacidad durante el brote de COVID-19, Ginebra.
- Palacios, A. y F. Bariffi (2008), La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Madrid, Grupo Editorial Cinca, S. A.
- Palmisano (2020), Social Rights in times of pandemic, Council of Europe, [en línea] <https://www.coe.int/en/web/european-socialcharter/social-rights-in-times-of-pandemic>
- Peces Barba (2008), “Derechos humanos, especificación y discapacidad”, en Ignacio Campoy y Agustina Palacios (eds.), *Igualdad, no discriminación y discapacidad*, Madrid, Dykinson.

- Procurador de los Derechos Humanos de Guatemala (2020), Situación de las personas mayores en centros destinados para su atención, durante la pandemia COVID-19. Informe de la Defensoría de las Personas Mayores, Ciudad de Guatemala, 18 de septiembre de 2020.
- Quinn, G. M. y T. Deneger (2002), Derechos humanos y discapacidad: uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad, Nueva York, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.
- Redondo, N. (1990), Ancianidad y pobreza. Una investigación en sectores populares urbanos, Buenos Aires, Hvmánitas.
- Rodríguez Abascal, L. (2002), “El debate sobre los derechos de grupo”, Estado, justicia, derechos, E. Díaz y J. L. Colomer (eds.), Madrid, Alianza.
- Rodríguez-Piñero, L. (2012), “Igualdad y no discriminación en la vejez”, Foro Internacional sobre los Derechos de las Personas Mayores, organizado por el Gobierno de la Ciudad de México y el CELADE-División de Población de la CEPAL, Ciudad de México, 26 a 28 de marzo.
- _____(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, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Romieux, M. (1998), “La educación para el adulto mayor y su relación con la sociedad”, Revista Enfoques Educativos, Vol. 1., N° 1, Santiago de Chile.
- Saunders, J. (2020), COVID-19 and Human rights, OXFAM Discussion Paper.
- TEDH (Tribunal Europeo de Derechos Humanos) [Consejo de Europa] ((1968), Re. to Certain Aspects of the Laws on the Use of Languages in Education in Belgium. Application Nos. 1474/62, 1677/62, 1691/62, 1769/63, 1994/63, 2126/64, Judgements of 23 July, A Series no. 6.
- Traxler, A. J. (1980), Let's get gerontologized: Developing a sensitivity to aging. The multi-purpose senior center concept: A training manual for practitioners working with the aging, Springfield, Department of Aging.
- UE (Unión Europea) (2000a), Directiva 2000/78/CE del Consejo, del 27 de noviembre, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación, Diario oficial de las Comunidades Europeas N° L 303, 2 de diciembre.
- United Nations (2020a), “Comprehensive and coordinated response to the coronavirus disease (COVID-19) pandemic”, Resolution adopted by the General Assembly on 11 September 2020, A/RES/74/306.
- Vellas, P. (1996), “Envejecer exitosamente: concebir el proceso de envejecimiento con una mirada más positiva”, Revista de Salud Pública, México.
- Williams, J. (2011), “An international convention on the rights of older people?”, Emerging Human Rights in the 21st Century, M. Odello y S. Cavandoli (eds.), Routledge.

Capítulo II

- Bajraj, Reynaldo y Juan Chackiel (1995), “La población en América Latina y el Caribe: tendencias y percepciones”, Notas de Población, N° 62 (LC/DEM/G.164), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- Bobbio, N. (1997), De senectute, Barcelona, Ed. Taurus.
- Boland, Bárbara (1995), “Población y desarrollo en el Caribe”, Notas de Población, N° 62 (LC/DEM/G.164), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL) (2003), “La situación de las personas mayores”, documento presentado en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Santiago, 19 a 21 de noviembre.

Las dimensiones del envejecimiento y los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe

- CELADE/BID (Centro Latinoamericano de Demografía/Banco Interamericano de Desarrollo) (1996), Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina. Contribución al diseño de políticas y programas, Santiago de Chile.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2016), “Los impactos de las tendencias demográficas”, Panorama Social de América Latina, 2015 (LC/G.2691-P), Santiago.
- _____(2018), La ineficiencia de la desigualdad. Síntesis (LC/SES.37/4), Santiago.
- _____(2015a), América Latina y el Caribe: una mirada al futuro desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe regional de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en América Latina y el Caribe, 2015 (LC/G.2646), Santiago, septiembre.
- _____(2015b), Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (LC/L.4061(CRPD.2/3)/Rev.1), Santiago, septiembre.
- _____(2014), La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe. La hora de la igualdad según el reloj poblacional (DDR/2(MDP.1)), Santiago.
- _____(2013), Panorama Social de América Latina, 2012 (LC/G.2557-P), Santiago.
- _____(2012), Población, territorio y desarrollo sostenible (LC/L.3474(CEP.2/3)), Santiago, junio.
- _____(2008), Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe (LC/G.2378(SES.32/14)), Santiago.
- _____(2003), La situación de las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas. Síntesis (LC/L.1973), Santiago, octubre.
- _____(1998), Población, salud reproductiva y pobreza, Oranjestad.
- CEPAL/CELADE (1996) (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano de Demografía), Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo, (LC/G.1920), Santiago de Chile.
- CEPAL/CELADE (1998) (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (1998), Boletín Demográfico, N° 62 (LC/DEM/G.180), Santiago de Chile.
- CEPAL/CELADE (1999), Boletín Demográfico, N° 63 (LC/G.2052), Santiago de Chile.
- _____(1999), Boletín Demográfico, N° 64 (LC/DEM/G.188), Santiago de Chile.
- Chackiel, Juan y Renate Plaut (1994), “América Latina: tendencias demográficas con énfasis en la mortalidad”, Notas de Población, N° 60 (LC/DEM/G.149), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- Chesnais, J.C. (1986), La transition démographique. Etapes, formes, implications économiques, París, Institut National d'Études Démographiques (INED), Presses Universitaires de France.
- _____(1990), El proceso de envejecimiento de la población, (LC/DEM/G.87), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- Demografía (CELADE) Solari, A. (1987), “El Envejecimiento de la población utuguaya, treinta años después”, Cuadernos del CLAEH, Revista Uruguaya de Ciencias Sociales, 2a. Serie, Año 12, N° 43, Montevideo, Centro Latinoamericano de Economía Humana.
- Di Cesare, M. (2011), “El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones”, Documentos de Proyectos (LC/W.395), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- González, D. y F. Stang (2014), “Las personas con discapacidad en América Latina a 20 años de los consensos de El Cairo: la necesidad de información para políticas y programas”, Notas de Población, vol. 41, N° 99 (LC/G.2628-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre.

- Guegnant, J.P. (1993), "Whither the Caribbean exodus? Prospects for the 1990's", *International Journal*, Vol. XLVIII (Spring).
- Guzmán, J. Miguel y Hernán Orellana (1989), "Nuevas tendencias de la mortalidad infantil en Cuba, Chile y Costa Rica", *Salud, enfermedad y muerte en América Latina*, Ottawa, Consejo latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Guzmán, J. Miguel y Jorge Rodríguez (1993), "La fecundidad pre-transicional en América Latina: Un capítulo olvidado", *Notas de Población*, N° 57 (LC/DEM/G.133), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- Guzmán, J. y S. Huenchuan (2005), "Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada", documento preparado para la reunión de expertos Políticas hacia las Familias, Protección e Inclusión Sociales, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 28 y 29 de junio [en línea] https://dds.cepal.org/eventos/presentaciones/2005/0628/JGuzman_SHuenchuan.pdf.
- Justo, J. (2013), "El derecho humano al agua y al saneamiento frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)", *Documentos de Proyectos (LC/W.536)*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril.
- Laslett, P. (1996), "What is old age? Variation over time and between cultures", G. Caselli y A.D. Llopez (eds.), *Health and mortality among elderly populations*, Oxford, Clarendon Press.
- Lattes, A.E. (1993), "Desarrollo, migración y transición demográfica en Argentina", Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), Programa Latinoamericano de Actividades en Población (PROLAP) y Sociedad Mexicana de Demografía (SOMEDE), *La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, Ciudad de México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) e Instituto de Investigación Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (IISUNAM).
- Naciones Unidas (2015), *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (A/RES/70/1)*, Nueva York, octubre.
- Naciones Unidas (2015a), "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible" (A/RES/70/1), Nueva York.
- Naciones Unidas (2015b), "World Population Prospects: The 2015 Revision", Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales [DVD Edition].
- _____(2013), "World Population Prospects: The 2012 Revision" [online] <http://esa.un.org/wpp>.
- _____(1999), *World Population Prospects, the 1998 Revision (ST/ESA/SER.A/177)*, Nueva York.
- _____(1982), *Report of the world Assembly on Aging (No. de venta: E.82.I.16)*, Viena.
- Peláez, César y Omar Argüello (1982), "Envejecimiento de la población en América Latina", *Notas de Población*, Año X, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- Rodríguez, J. (2004), "Migración interna en América Latina y el Caribe: Estudio regional del período 1980-2000", serie *Población y Desarrollo*, N° 50 (LC/L.2059-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- 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, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre.
- Schkolnik, Susana (1990), "El envejecimiento de la población de América Latina, 1950-2025", *El proceso de envejecimiento de la población (LC/DEM/G.87)*, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- Vallin, Jacques (1994), *La Demografía (LC/DEM/G.147)*, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

Villa, M. y D. González (2004), “Dinámica demográfica de Chile y América Latina: una visión a vuelo de pájaro”, *Revista de Sociología*, N° 18-2004, Santiago, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Capítulo III

- Bertranou, F. (coord.) (2006), *Envejecimiento, empleo y protección social en América Latina*, Santiago, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Bloom, D.; D. Canning y J. Sevilla (2003), *The demographic dividend: a new perspective on the economic consequences of population change*, RAND Population Matters Program, N° MR-1274, Santa Monica, California.
- Blundell, R. y otros (2017), “The impact of health on labour supply near retirement”, IFS Working Paper, N° W17/18, Londres, Instituto de Estudios Fiscales.
- Bommier, A. y R.D. Lee (2003), “Overlapping generations models with realistic demography”, *Journal of Population Economics*, vol. 16, N° 1.
- Borsch-Supan, A., A. Ludwig y J. Winter (2006), “Aging, pension reform and capital flows: a multi-country simulation model”, *Economica*, vol. 73, N° 292. Feldstein, 1974.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2018a), *Panorama Social de América Latina, 2017 (LC/PUB.2018/1-P)*, Santiago.
- _____(2018b), *Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe, 2017 (LC/PUB.2017/28-P)*, Santiago, febrero.
- _____(2017a), *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía (LC/CRE.4/3/Rev.1)*, Santiago, octubre.
- _____(2016), “Anexo estadístico”, *Panorama Social de América Latina, 2015 (LC/G.2691-P)*, Santiago.
- _____(2013), *Panorama Social de América Latina, 2013 (LC/G.2580)*, Santiago, diciembre.
- Costa, D.L. (1998), *The Evolution of Retirement: An American Economic History, 1880-1990*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Diario Financiero (2017), “Contratar adultos mayores mejora la rentabilidad de las empresas”, Santiago, 20 de noviembre [en línea] <https://www.df.cl/noticias/brandcorner/sisenior/contratar-adultos-mayores-mejora-la-rentabilidad-de-lasempresas/2017-11-20/173356.html>.
- Dirven, M. (2002), “Las prácticas de herencia de tierras agrícolas: ¿una razón más para el éxodo de la juventud?”, *serie Desarrollo Productivo*, N° 135 (LC/L.1837-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre.
- Eggleston, K., A. Sun y Z. Zhan (2018), “The impact of rural pensions in China on labor migration”, *The World Bank Economic Review*, vol. 32, N° 1, Oxford, Oxford University Press, febrero.
- Feldstein, Martin (1974), “Social security, induced retirement, and aggregate capital formation”, *Journal of Political Economy*, vol. 82, N° 5.
- FMI (Fondo Monetario Internacional) (2018), *World Economic Outlook, April 2018: Cyclical Upswing, Structural Change*, Washington, D.C.
- Gontero, S. y J. Weller (2017), “Consideraciones para aumentar la participación de los trabajadores por cuenta propia en los sistemas contributivos de protección social en América Latina”, *serie Macroeconomía del Desarrollo*, N° 189 (LC/TS.2017/69), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), agosto.
- Graham, C. (2014), “Late-life work and well-being”, *IZA World of Labor*, Bonn, Institute of Labor Economics (IZA), noviembre [en línea] <https://wol.iza.org/articles/late-life-work-and-well-being/long>.
- Gruber, J. y D.A. Wise (1998), “Introduction and summary”, *Social Security and Retirement around the World*, J. Gruber y D.A. Wise (eds.), Chicago, The University of Chicago Press.

- Hakkert, R.; J. M. Guzmán; M. Herrmann y D. Schensul (2012), *Impacts of population dynamics, reproductive health, and gender on poverty*, UNFPA.
- Jacobs, L. y S. Piyapromdee (2016), "Labor force transitions at older ages: burnout, recovery, and reverse retirement", *Finance and Economics Discussion series*, N° 2016-053, Washington, D.C., Junta de Gobernadores de la Reserva Federal.
- Kinugasa, T. y A. Mason (2007), "Why nations become wealthy: the effects of adult longevity on saving", *World Development*, vol. 35, N° 1.
- Kuhn, A. (2018), "The complex effects of retirement on health", *IZA World of Labor*, Bonn, Institute of Labor Economics (IZA), marzo [en línea] <https://wol.iza.org/articles/the-complex-effects-of-retirement-on-health/long>.
- Kyyrä, T. y H. Pesola (2018), "The labor market in Finland, 2000-2016", *IZA World of Labor*, Bonn, Institute of Labor Economics (IZA), enero [en línea] <https://wol.iza.org/articles/the-labor-market-in-finland/long>.
- Larsen, M. y P. Pedersen (2017), "Labour force activity after 65: what explains recent trends in Denmark, Germany and Sweden?", *Journal for Labour Market Research*, vol. 50, N° 1, Berlín, Springer, agosto.
- Lee, R. (2003), "Demographic change, welfare, and intergenerational transfers: a global overview", *GENUS*, vol. LIX, N° 3-4.
- _____(1994), "The formal demography of population aging, transfers, and the economic life cycle", *Demography of Aging*, Linda G. Martin y Samuel H. Preston (eds.), Washington, D.C., National Academy Press.
- Lee, R., S.H. Lee y A. Mason (2008), "Charting the economic lifecycle", *Population Aging, Human Capital Accumulation, and Productivity Growth*, A supplement to *Population and Development Review*, vol. 33. A. Prskawetz, D.E. Bloom y W. Lutz (eds.), Nueva York, Population Council.
- Lee, R., A. Mason y T. Miller (2003), "Saving, wealth and the transition from transfers to individual responsibility: the cases of Taiwan and the United States", *Scandinavian Journal of Economics*, vol. 105, N° 3.
- _____(2000), "Life cycle saving and the demographic transition: the case of Taiwan", *Population and Economic Change in East Asia*. A supplement to *Population and Development Review*, vol. 26, Cyrus Chu y Ronald Lee (eds.), Nueva York, Population Council.
- Lewandowski, P. e I. Magda (2018), "The labor market in Poland, 2000-2016", *IZA World of Labor*, Bonn, Institute of Labor Economics (IZA), febrero [en línea] <https://wol.iza.org/articles/the-labor-market-in-poland/long>.
- Martínez, C.; T. Miller y P. Saad (2013), *Participación laboral femenina y bono de género en América Latina*, Documento de proyecto (LC/W.570), Santiago, CEPAL.
- Mason, A. y otros (2009), "Population aging and intergenerational transfers: introducing age into national accounts", *Developments in the Economics of Aging*, D. Wise (ed.), Chicago, Oficina Nacional de Investigaciones Económicas (NBER)/University of Chicago Press.
- Samuelson, Paul (1958), "An exact consumption-loan model of interest with or without the social contrivance of money", *Journal of Political Economy*, vol. 66, N° 6.
- Scheil-Adlung, X. (2013), "Older workers: how does ill health affect work and income?", Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (OIT), enero [en línea] http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-andtools/articles/WCMS_SECSOC_35668/lang--en/index.htm.
- Weller, J. (ed.) (2016), *Brechas y transformaciones: la evolución del empleo agropecuario en América Latina*, Libros de la CEPAL, N° 141 (LC/G.2695-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre.
- Willis, Robert (1988), "Life cycles, institutions and population growth: a theory of the equilibrium interest rate in an overlapping generations model", *Economics of Changing Age Distributions in Developed Countries*, Ronald Lee, W. Brian Arthur y Gerry Rodgers (eds.), Oxford, Oxford University Press.
- Wong, L. R. y J. A. Carvalho (2006), "Age-structural transition in Brazil: demographic bonuses and emerging challenges", en I. Pool y L. R. Wong (eds.), *Age-Structural Transitions: Challenges for Development*, París, Committee for International Cooperation in National Research Demography (CICRED).

Capítulo IV

- Abid, P. J. (2008), "Comentarios a la ley de voluntad anticipada del Distrito Federal", *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, vol. XLI, núm. 123, Universidad Nacional Autónoma de México.
- ADI (Alzheimer's Disease International) (2016), World Alzheimer Report 2016. Improving health care for people living with dementia: Coverage, quality and costs now and in the future, Londres.
- _____(2015), World Alzheimer Report 2015. The global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trend, Londres.
- AGE UK (2016), "Paying for temporary care in a care home", *Factsheet*, N° 58, abril.
- Alemania, Gobierno de (2008), "Cuarto informe del Gobierno sobre el seguro de dependencia", *Revista Actualidad Sociolaboral*, N° 111, febrero [en línea] www.empleo.gob.es/es/mundo/Revista/Revista111/50.pdf.
- Arias, A. (2002), "España abandona a sus mayores" [en línea] http://www.abc.es/hemeroteca/historico-30-07-2002/abc/Sociedad/espa%C3%B1a-abandona-a-sus-mayores_117821.html.
- Arias, C. (2009), "Los cuidados domiciliarios en situaciones de pobreza y dependencia en la vejez: la experiencia argentina" (LC/W.263), Envejecimiento y sistemas de cuidados ¿Oportunidad o crisis?, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), pp. 29-70.
- Arrazola, L. (1999), "El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, N° 34.
- Banco Mundial (2005), Old Age Income Support in the 21st Century – An International Perspective on Pension Systems and Reform, Washington, D.C.
- 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.
- Barrientos, A. y otros (2004), Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America: Social Policy and Development Contexts, Cambridge.
- Bazo, M. T. (2008), "España: envejecimiento poblacional, economía y bienestar" [en línea] <http://prensa.palabrasmayores.net/?p=263>.
- Beckett, Samuel (1957), *Fin de partie*, París, Editions de Minuit.
- Bertranou, F. (coord.) (2006), Envejecimiento, empleo y protección social en América Latina, Santiago, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- BMZ (2009), "Sektorkonzept Soziale Sicherung" [Estrategia sectorial de seguridad social], BMZ Konzepte, N° 180, Bonn.
- Burijovich, J. y L. Pautassi (2008), "Maternalización del trabajo en salud: Equivalencias y analogías entre el cuidado doméstico y el cuidado asistencial," *Cuadernos Mujer y Salud. De sol a sombra: el trabajo de las mujeres al cuidado de los otros*, No. 13.
- Caillé, A. y P. Chanial (2008), "Présentation," *Revue du MAUSS*, No. 32.
- Camargos, M. Castro Santos, I. H. Oliva Perpétuo y C. J. Machado (2005) "Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil", *Revista panamericana de salud pública*, vol. 17, N° 5/6.
- Cameron, C. (2004), "El trabajo asistencial en Europa: ¿empleo de calidad?," Congreso Internacional Sare 2003: "Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado," Bilbao, EMAKUNDE (Instituto Vasco de la Mujer), pp. 13-29.
- Care Alliance Ireland (2015), Family Caring in Ireland [en línea] <http://www.carealliance.ie/userfiles/file/Family%20Caring%20in%20Ireland%20Pdf.pdf>.
- Carretero, S., J. Garcés y F. Ródenas (2006), La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes. Análisis y propuestas de intervención psicosocial, Valencia, Tirant lo Blanc.

- Casado, D. y G. López (2001), "Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro", Colección Estudios Sociales N° 6, Barcelona, Fundación La Caixa. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2006), La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad [LC/G.2294(SES.31/3)], Santiago de Chile.
- CDDH-AGE (Grupo de Redacción sobre los Derechos Humanos de la Persona Mayor del Comité Directivo para los Derechos Humanos del Consejo de Europa) (2013), "Draft explanatory report to the Recommendation on the promotion of the human rights of older persons", Cuarta Reunión, Consejo de Europa, 23 a 25 de septiembre.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2018a), Panorama Social de América Latina, 2017 (LC/PUB.2018/1-P), Santiago.
- _____(2018b), "Implementation of the Montevideo Consensus on Population and Development in the Caribbean: A Review of the period 2013-2018", Puerto España [en línea] https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/review_of_implementation_of_montevideo_consensus.pdf.
- _____(2017), Brechas, ejes y desafíos en el vínculo entre lo social y lo productivo (LC/CDS.2/3), Santiago.
- _____(2017a), Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía (LC/CRE.4/3), Santiago, octubre.
- _____(2017b), "Caribbean synthesis report on the implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing and the San José Charter on the Rights of Older Persons in Latin American and the Caribbean", Santiago, junio [en línea] https://conferenciaenvejecimiento.cepal.org/4/sites/envejecimiento4/files/caribbean_synthesis_report_ageing.pdf.
- _____(2016a), Panorama Social de América Latina, 2015 (LC/G.2691-P), Santiago.
- _____(2016b), Horizontes 2030: la igualdad en el centro del desarrollo sostenible (LC/G.2660/ Rev.1), Santiago.
- _____(2016c), Desarrollo social inclusivo: una nueva generación de políticas para superar la pobreza y reducir la desigualdad en América Latina y el Caribe (LC/L.4056/Rev.1), Santiago.
- _____(2013), Panorama Social de América Latina, 2013 (LC/G.2580), Santiago.
- _____(2012), Población, territorio y desarrollo sostenible (LC/L.3474(CEP.2/3)), Santiago.
- _____(2011a), "Proyección a largo plazo", *Observatorio Demográfico*, N° 11 (LC/G.2515-P), Santiago.
- _____(2011b), "Envejecimiento poblacional", *Observatorio Demográfico*, N° 12 (LC/G.2517-P), Santiago.
- _____(2011c), Panorama Social de América Latina, 2010 (LC/G.2481-P), Santiago.
- _____(2010), La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir (LC/G.2432(SES.33/3)), Santiago, mayo.
- _____(2008), Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe, (LC/G.2378), Santiago.
- _____(2006), La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad (LC/G.2294(SES.31/3)), Santiago, febrero.
- _____(2006), La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad (LC/G.2294 (SES.31/3)), Santiago.
- _____(2000a), Equidad, desarrollo y ciudadanía (LC/G.2071(SES.28/3)), Santiago.
- _____(2000b), Panorama social de América Latina 1999-2000 (LC/G.2068-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18.
- Cichon, M. y otros (2004), Financing Social Protection, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo/Asociación Internacional de la Seguridad Social (OIT/AISS).
- Cloos, P. y otros (2009), "'Active ageing': a qualitative study in six Caribbean countries", *Ageing & Society*, vol. 30, N° 1, Cambridge, Cambridge University Press.

- Colombo, F. y otros (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, París, OECD Publishing.
- Comas-Herrera, A., R. Wittenberg y L. Pickard (2010), "The long road to universalism? Recent developments in the financing of long-term care in England", *Social Policy and Administration*, vol. 44, N° 4.
- Connor, S. y M.C. Sepúlveda (eds.) (2014), *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, Worldwide Palliative Care Alliance/Organización Mundial de la Salud (OMS), enero.
- Costello, J. (2001), "Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 35, N° 1.
- Departamento de Protección Social de Irlanda (2017), "Carer's Allowance Section" [en línea] http://www.citizensinformation.ie/en/social_welfare/social_welfare_payments/carers/carers_allowance.html.
- Donnelly, S. y otros (2016), "I'd prefer to stay at home but I don't have a choice", Meeting Older People's Preference for Care: Policy, but what about practice?, Dublín, University College Dublin.
- Dublín, National Council on Ageing and Older People [en línea] http://www.ncaop.ie/publications/research/reports/64_Hessop1.pdf.
- Duflo, E. (2000), "Grandmothers and granddaughters: old age pension and intra-household allocation in South Africa", NBER Working Paper, N° 8091.
- Durán, M A.(editora) (2010), *El trabajo no remunerado en la economía global*, Madrid (en prensa)
- Durán, F. y H. Pena (2011), "Determinantes de las tasas de reemplazo de pensiones de capitalización individual. Escenarios latinoamericanos comparados", CEPAL, *Serie Seminarios y conferencias* No. 64, Santiago de Chile.
- Eisenberg, R. (2014a), "Are you set to pay a \$262,800 nursing home bill?" [en línea] <http://www.nextavenue.org/are-you-set-pay-262800-nursing-home-bill/>.
- _____(2014b), "Alzheimer's tab for families: \$4,000 a month" [en línea] <http://www.nextavenue.org/alzheimers-tab-families-4000-month/>.
- Erikson, Erik H. (1994), *Un modo de ver las cosas: escritos selectos de 1930 a 1980*, México, D.F., Fondo de Cultura Económica.
- _____(1973), *Infancia y sociedad*, Buenos Aires, Ediciones Hormé.
- Esping-Andersen, Gasta (2009), *The incomplete Revolution. Adapting to women's new roles*, Polity Press,
- Esplen, E. (2009), *Gender and Care*, Institute of Development Studies, University of Sussex, Brighton, Bridge Publications.
- Esquivel, V. (2011), "La Economía del cuidado: un recorrido conceptual," *Aportes al debate del desarrollo en América Latina: una perspectiva feminista*, Buenos Aires, Red de Género y Comercio-América Latina, pp. 22-32.
- Etcheberría Mauleón, X. (2014), "Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad", *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores (LC/L.3942)*, S. Huenchuan y R. I. Rodríguez (eds.), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Fantova, F. (2006), "Apostar a los servicios sociales", Montevideo, Diario El País.
- Fernández, A. (2016), "Cuidado de las personas mayores y cuidadores: compatibilidad de agendas e intereses. La experiencia de Cuba", documento preparado para la Segunda Reunión de Expertos para el Seguimiento de la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 16 a 18 de noviembre [en línea] http://conferencias.cepal.org/carta_sanjose/17/Pdf/07%20Alberto%20Fernandez%20%5BCompatibility%20Mode%5D.pdf.
- Fine, M. D. (2007), *A caring society?: care and the dilemmas of human service in the twenty-first century*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.

- _____(2005), "Individualization, risk and the body: sociology and care," *Journal of Sociology*, vol. 41, No. 3.
- Fisher, B. y J. C. Tronto (1990), "Toward a feminist theory of caring," *Circles of care: work and identity in women's lives*, Albany, NY, State University of New York Press, pp. 35-62.
- Flores-Castillo, A. (2009), "Recensión sobre La Muerte de Iván Ilich," documento presentado en el Módulo I del Diplomado en Tanatología, México D.F., Instituto Mexicano de Tanatología.
- _____(2008), "La palabra da cuerpo," Tesis de Maestría en Teoría Psicoanalítica, México, D.F., Centro de Investigaciones y Estudios Psicoanalíticos (CIEP).
- Folbres, N., *Development and Change* (2011), "Reflections. Nancy Folbres interviewed by Shahra Razavi," vol. 42, No. 1 (Citar así: *Development and Change* 42(1): 315–329. © 2011 International Institute of Social Studies. Published by Blackwell Publishing, 9600 Garsington Road, Oxford OX4 2DQ, UK and 350 Main St., Malden, MA 02148, USA). Publicación de las Naciones Unidas, No. de venta: 42.
- Foley, K. y H. Gelband (2001), *Improving Palliative Care for Cancer: Summary and Recommendations*, Washington, D.C., National Academy Press.
- Foucault, M. (2001), *La hermenéutica del sujeto*, México, D.F., Fondo de Cultura Económica.
- Fox, E. (1997), "Predominance of the curative model of medical care: a residual problem", *Journal of the American Medical Association*, vol. 278, N° 9.
- Freud, Sigmund (1936), "Carta a Romain Rolland (una perturbación del recuerdo en la Acrópolis)," *Obras completas*, Volumen XXII, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- _____(1927), "El Porvenir de una Ilusión," *Obras Completas*, Volumen XXI, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- _____(1915), "Duelo y Melancolía," *Obras Completas*, Volumen XIV, Buenos Aires, Amorrortu Editores, pp. 237-255.
- _____(1895), "Proyecto de Psicología," *Obras Completas*, Volumen I, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Garavan, R., H. McGee y R. Winder (2001), *Health and Social Services for Older People (HeSSOP)*,
- Gawande, A. (2014), *Being Mortal: Medicine and What Matters in the End*, Nueva York, Metropolitan Books, Henry Holt and Company.
- Gleckman, H. (2010), *Long-term Care Financing Reform: lessons from the US and abroad*, Washington, D.C., The Urban Institute.
- Gobierno de Antigua y Barbuda (2018), "Antigua and Barbuda first country report 2018. National progress report on the Montevideo Consensus on Population and Development", Saint John, inédito.
- Gobierno de Colombia (2018), "Informe nacional voluntario sobre avances en la implementación: Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo", Bogotá, marzo [en línea] <https://crpd.cepal.org/3/es/documentos/informe-nacional-colombia>.
- Gobierno de Costa Rica (2017), "Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo: informe país Costa Rica", San José [en línea] <https://crpd.cepal.org/3/es/documentos/informe-nacional-costa-rica>.
- Gobierno de Cuba (2018), "Cuba: informe a la Tercera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe", La Habana, agosto [en línea] <https://crpd.cepal.org/3/es/documentos/informe-nacional-cuba>.
- Gobierno de Chile (2018), "Informe de avance del Gobierno de Chile para la implementación del y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo 2014-2017", Santiago, Comité Coordinador Nacional Consenso de Montevideo (CCNCM), inédito.
- Gobierno de El Salvador (2017), "Informe de El Salvador sobre el avance en la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo", San Salvador, septiembre [en línea] https://crpd.cepal.org/1e/sites/crpd1e/files/informe_el_salvador.pdf.
- Gobierno de Granada (2018), "Grenada country report: progress of the implementation of the Montevideo Consensus", Saint George, Ministerio de Desarrollo Social, Vivienda y Empoderamiento de la Comunidad, inédito.

- Gobierno de Guatemala (2017), “Guatemala: informe nacional sobre el avance en la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo”, Ciudad de Guatemala, diciembre [en línea] https://crpd.cepal.org/1e/sites/crpd1e/files/informe_guatemala.pdf.
- Gobierno de Guyana (2017), “Guyana’s national progress on the implementation of the Montevideo Consensus on Population and Development”, documento preparado para la Reunión Extraordinaria de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 7 a 9 de noviembre [en línea] <https://crpd.cepal.org/1e/sites/crpd1e/files/presentations/guyana.pdf>.
- Gobierno de Guyana (2018), “Guyana: report on the implementation of the Montevideo Consensus on Population and Development 2013-2018”, Georgetown [en línea] <https://crpd.cepal.org/3/es/documentos/national-report-guyana>.
- Gobierno de Haití (2018), “Progrès relatifs au suivi des indicateurs du Consensus de Montevideo: rapport final”, Puerto Príncipe, Ministerio de Planificación y Cooperación Externa, inédito.
- Gobierno de Honduras (2018), “Informe nacional sobre el avance en la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo”, Tegucigalpa, marzo [en línea] <https://crpd.cepal.org/3/es/documentos/informe-nacional-honduras>.
- Gobierno de Jamaica (2018) “Implementation of the Montevideo Consensus on Population and Development”, documento preparado para la Reunión Extraordinaria de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 7 a 9 de noviembre [en línea] <https://crpd.cepal.org/1e/sites/crpd1e/files/presentations/jamaica.pdf>.
- Gobierno de la Argentina (2018), “República Argentina: informe nacional sobre el avance en la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Versión preliminar para ser incluida en el informe de seguimiento regional”, Buenos Aires, inédito.
- Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela (2018), “Informe nacional sobre el avance en la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo”, Caracas [en línea] <https://crpd.cepal.org/3/es/documentos/informe-nacional-venezuela-republica-bolivariana>.
- Gobierno de la República Dominicana (2018), “Primer informe nacional de seguimiento a la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo”, Santo Domingo, julio [en línea] <https://crpd.cepal.org/3/es/documentos/informe-nacional-republica-dominicana>.
- Gobierno de México (2018), “Informe nacional sobre el avance en la implementación del: Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo”, Ciudad de México, mayo [en línea] <https://crpd.cepal.org/3/es/documentos/informenacional-mexico>.
- Gobierno de Panamá (2017), “Primer informe nacional de avances en la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo”, Panamá, Gabinete Social, Secretaría Técnica del Gabinete Social, octubre [en línea] <https://crpd.cepal.org/3/es/documentos/informa-nacional-panama>.
- Gobierno de Saint Kitts y Nevis (2018), “2018 national progress report on the implementation of the Montevideo Consensus on Population and Development” [en línea] https://crpd.cepal.org/3/sites/crpd3/files/national_progress_report_st_kits_and_navis.pdf.
- Gobierno de Suriname (2018), “Suriname: progress report on the implementation of the Montevideo Consensus 2013-2017”, Paramaribo, marzo [en línea] <https://crpd.cepal.org/3/es/documentos/national-report-suriname>.
- Gobierno del Brasil (2017), “Relatório Preliminar de Acompanhamento da Implementação do Consenso de Montevideú”, Comisión Nacional de Población y Desarrollo (CNPD), Brasilia [en línea] <https://crpd.cepal.org/1e/sites/crpd1e/files/presentations/brasil-consenso.pdf>.
- Gobierno del Ecuador (2018), “Informe nacional sobre el avance en la implementación del Consenso De Montevideo sobre Población y Desarrollo: Ecuador 2017” [en línea] <https://crpd.cepal.org/3/es/documentos/informe-nacional-ecuador>.

- Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia (2018), “Informe de país sobre los avances del Estado Plurinacional de Bolivia, en la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo”, La Paz [en línea] <https://crpd.cepal.org/3/es/documentos/informe-nacional-bolivia-estado-plurinacional>.
- Gobierno del Paraguay (2018), “Informe nacional sobre el avance en la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo: periodo 2013-2018”, Asunción [en línea] <https://crpd.cepal.org/3/es/documentos/informenacional-paraguay>.
- Gobierno del Perú (2018), “Informe nacional sobre el avance en la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo: informe del Perú”, Lima, mayo [en línea] <https://crpd.cepal.org/3/es/documentos/informenacional-peru>.
- Gobierno del Uruguay (2017), “Informe nacional sobre el avance en la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo”, Montevideo, noviembre [en línea] <https://crpd.cepal.org/3/es/documentos/informenacional-uruguay>.
- Gontero, S. y J. Weller (2017), “Consideraciones para aumentar la participación de los trabajadores por cuenta propia en los sistemas contributivos de protección social en América Latina”, *serie Macroeconomía del Desarrollo*, N° 189 (LC/TS.2017/69), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- González, C.A. y R. Ham Chande (2007), “Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México”, *Salud Pública Mexicana*, 49 supl, 4.
- Grundy, E. (2010), “The care of older people in the United Kingdom: problems, provision and policy” ponencia en Seminario internacional “Experiencias internacionales y propuestas para consolidar la red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica”, <http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/3/41413/Grundy.pdf>.
- Guillán, A. (2013), “Alemania exporta jubilados” [en línea] <https://icasticoblog.com/2013/09/20/lemania-exporta-jubilados/>.
- Hadjistavropoulos, T. y H. D. Hadjistavropoulos (2008), *Pain Management for Older Adults: A Self-Help Guide*, IASP Press.
- Hawking, S. W. y L. Mlodinow (2010), *The Grand Design*, Nueva York, Bantam Books.
- HelpAge International (2009), “Why It’s Time for a Convention on the Rights of Older People” [en línea] <http://www.helpage.org/Researchandpolicy/Rights-1/Towardsanewconvention>.
- _____(2008a), *Older People in Africa: A Forgotten Generation*, Londres.
- Huenchuan, S. (2013), *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe: la hora de avanzar hacia la igualdad*, Libros de la CEPAL, N° 117 (LC/G.2553-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), enero.
- _____(2008), “Calidad de vida y envejecimiento. Resultados de la II Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile 2006”, Santiago de Chile, CELADE/CEPAL, en el marco del Convenio de Cooperación entre el Ministerio de Salud de Chile y la CEPAL.
- Huenchuan, S. y R. Rodríguez (2015), “Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México: diagnóstico y lineamientos de política”, *Documentos de Proyectos (LC/W.664)*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), agosto.
- Huenchuan, S. y A. Morlachetti (2007), “Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina”, *Revista Notas de Población*, N° 85 (LC/G.2346-P), Santiago de Chile, CELADE/CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.105.
- Huenchuan, S. y J. M. Guzmán (2007), “Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de política”, *Revista Notas de Población*, N° 83 (LC/G.2340-P), Santiago de Chile, CELADE/CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.82.
- IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) (2004), *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- IOM (Institute of Medicine (2001), *Improving the Quality of Long Term Care*, Gooloo S. Wunderlich y Peter O. Kohler (eds.) Institute of Medicine, Washington, National Academy Press.
- Iwakami Beltrão, K.; A. Camarano y J. Leitão e Mello (2004), "Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros: resultados não-esperados dos avanços da Seguridade Rural", documento presentado en el Primer Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), Caxambú, Brasil, septiembre.
- Jelin, E. (1994), "Las familias en América Latina. Familia Siglo XXI", *Ediciones de las Mujeres*, N° 20, Santiago de Chile.
- Kamiya, Y. y otros (2012), *Profile of Community-Dwelling Older People with Disability and their Caregivers in Ireland*, Dublín, TILDA.
- Kidd, S. y E. Whitehouse (2009), "Pensions and old-age Poverty", *Closing the Coverage Gap: Role of Social Pensions and other Retirement Income Transfers*, Banco Mundial, Washington, D.C.
- Kübler-Ross, E. (1969), *On Death and Dying*, Nueva York, Macmillan.
- Lamaute-Brisson, N. (2011), "Redistribuir el cuidado para un nexo de políticas públicas. Un marco conceptual. (Versión final)."
- Letablier, M.-T. (2001), "Le travail centré sur autrui et sa conceptualisation en Europe," *Travail, Genre et Société*, No. 6.
- Levitt, S. D. y S. J. Dubner (2010), *Superfreakonomics: global cooling, patriotic prostitutes and why suicide bombers should buy life insurance*, Londres, Penguin Books.
- Lloyd-Sherlock, P. (2012), "Population Ageing and Health", *The Lancet*, Vol. 379.
- Maldonado, J. y M. J. Hernán (1998), "Los retos de la solidaridad ante el cambio familiar", Cuadernos técnicos de servicios sociales, Madrid, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.
- Martínez Rodríguez, T. (2010a) "Los servicios formales de atención a las personas mayores. Situación actual, avances y experiencias significativas en los países desarrollados", ponencia en Seminario internacional "Experiencias internacionales y propuestas para consolidar la red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica <http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/3/41413/TeresaMartinez.pdf>.
- _____(2010b) "Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia". Madrid, *Informes Portal Mayores*, No 98, diciembre <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-practicas-01.pdf>.
- Maslach, C. y S. Jackson (1981), "The measure of experienced burnout," *Journal of occupational behaviour*, vol. 2.
- Menéndez, J. 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.
- Mesa-Lago, C. y F. Bertranou (2015), "Principios de seguridad social y re-reforma de pensiones en Chile: informe a la Comisión Asesora Presidencial sobre el Sistema de Pensiones" [en línea] <http://www.comision-pensiones.cl/Estudios?path=7>.
- MINSAL (Ministerio de Salud de Chile) (1999), "Alivio del dolor por cáncer y cuidados paliativos", *Norma General Técnica*, N° 32, Santiago.
- MINSAL (Ministerio de Salud de Chile) (2006), "AUGE. Protocolo de trabajo.
- MINSALUD (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia) (2015), *SABE Colombia 2015: Estudio nacional De salud, bienestar y envejecimiento*, Bogotá.
- MINSALUD/COLCIENCIAS (Ministerio de Salud y Protección Social/Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación) (2015), "SABE Colombia 2015: estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento", Bogotá [en línea] <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>.
- Molinier, P., L. Gagnard y M. A. Dujarier (2010), "Sale boulot, boulot sale," *Travailler*, No. 24.

- Monasch, R. y J. T. Boerma (2005), "AIDS: the frontline: Supporting older carers of people living with HIV/AIDS and orphaned children in Mozambique, South Africa and Sudan", HepAge International.
- Montaño, S. (coord.) y Coral Calderón (coord.) (2010), El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo, Serie Cuadernos de la CEPAL, No. 94 (LC/G.2454-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), julio. Publicación de las Naciones Unidas, No. de venta: S.10.II.G.35.
- Montiel Llorente, L. y M. García Alonso (2007), Pensar el final: la eutanasia. Éticas en conflicto, Madrid, Complutense.
- Moreno, P. (2015), "El sistema de salud en zonas indígenas de México: insuficiente y precario", El Economista, Ciudad de México, 9 de diciembre [en línea] <http://www.economiahoy.mx/nacional-eAm-mx/noticias/7208718/12/15/El-sistemade-salud-en-zonas-indigenas-de-Mexico-insuficiente-y-precario.html>.
- Mortimer, J. y M. Green (2015), Briefing: The Health and Care of Older People in England 2015, Londres, Age UK.
- Murillo de la Vega, S. (2004), "Cara y cruz del cuidado que donan las mujeres," Congreso Internacional Sare 2003: "Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado," Bilbao, EMAKUNDE (Instituto Vasco de la Mujer), pp. 161-179.
- Naciones Unidas (2015b), Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Rosa Kornfeld-Matte (A/HRC/30/43), Nueva York.
- _____(2013), Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez (A/HRC/22/53), Consejo de Derechos Humanos.
- _____(2013), "Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez" (A/HRC/22/53), Nueva York, febrero [en línea] <https://undocs.org/es/A/HRC/22/53>.
- _____(2010), "Recomendación general N° 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos" (CEDAW/C/GC/27), Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, diciembre [en línea] <https://undocs.org/es/CEDAW/C/GC/27>.
- _____(2010), "Futura aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002" (E/CN.5/2010/L.6), Nueva York, Consejo Económico y Social, 11 de febrero.
- _____(2009a), World Population Ageing 2009 (ESA/P/WP/212), Nueva York, División de Población [en línea] www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf.
- _____(2008), Guide to the National Implementation of the Madrid International Plan of Action on Aging, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- _____(2007), World Economic and Social Survey 2007. Development in an Aging World (E/2007/50/Rev.1; ST/ESA/314), Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- _____(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.
- _____(2006), Living Arrangements of Older Person Around the World (ST/ESA/SER.A/240), Nueva York, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- _____(2005), "Desarrollo social, incluidas cuestiones relativas a la situación social en el mundo y a los jóvenes, el envejecimiento, las personas con discapacidad y la familia" (A/60/501), Nueva York, Asamblea General.
- _____(2002), Mujeres de edad: cuando las que siempre ayudan necesitan ayuda, División para el Adelanto de la Mujer del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 8 al 12 de abril
- _____(2002), "Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, resolución 46/91 de la Asamblea General [en línea] http://www.un.org/esa/socdev/ageing/madrid_declaration02.html.
- _____(2000), "Observación general N° 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)" (E/C.12/2000/4), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, agosto [en línea] <http://undocs.org/es/E/C.12/2000/4>.

- _____(2000), "Observación general N° 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud" (E/C.12/2000/4, CESCR), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Neri, Anita Liberalesso (2010), "Desafíos ao bem-estar físico y psicológico enfrentados por idosos cuidadores no contexto da família: dados do FIBRA Campina," Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?, Rio de Janeiro, IPEA, pp. 303-336.
- NHS (2016), "Carers' breaks and respite care" [en línea] <http://www.nhs.uk/Conditions/socialcare-and-support-guide/Pages/breaks-for-carers-respite-care.aspx>.
- Oates, Joyce Carol (2005), Mamá, España, Punto de lectura, 2010. consulta: 18 de octubre de 2011].
- OCDE (2006), "Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers", *Economics Department Working Papers*, N° 477, París.
- _____(1973), Liste des préoccupations sociales communes à la plupart des pays de l'OCDE, París.
- OEA (2015), Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Washington, D.C, junio.
- OECD (2011), (2005), Ensuring Quality Long-Term Care for Older People, Policy Brief [en línea] www.oecd.org/publications/policybriefs.
- OIT (2018), ILOSTAT [base de datos en línea] <http://www.ilo.org/ilostat/faces/ilostat-home?locale=es>.
- _____(2015), Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, Ginebra.
- _____(2014), World Social Protection Report 2014/15. Building economic recovery, inclusive development and social justice, Ginebra.
- _____(2009), "Responding to the crisis: building a "social floor"", Magazine World of Work, N°. 76, Ginebra, diciembre OIT (1944), Declaración relativa a los fines y objetivos de la Organización Internacional del Trabajo (Declaración de Filadelfia), Filadelfia, mayo.
- _____(1992), Bluebook. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.
- ONU (2003), Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Nueva York.
- OPS (2004), Manual del usuario de las bases de datos SABE, 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.
- Palmeira, H.M., F. Scorsolini-Comin y R. Sanches Peres (2011), "Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica", *Aletheia*, N° 35-36.
- Palloni, A., S. De Vos y M. 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, M. I., R. Veras y D. Melzer (2005), "Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil", *Revista de Saúde Pública*, vol. 39, N° 3.
- Pastrana, T. y otros (2012), Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica, Bogotá, Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP).
- Pautassi, Laura (2008), "Nuevos desafíos para el abordaje del cuidado desde el enfoque de derechos" (LC/L.2888-P/E), Futuro de las familias y desafío para las políticas, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), pp. 59-76. Publicación de las Naciones Unidas, No. de venta: S.08.II.G.25.
- Platón (428AD), Apología, México, Porrúa Colección Sepan Cuantos, 348 ac.
- PNUD (2007), Informe sobre desarrollo humano 2006. Más allá de la escasez: Poder, pobreza y crisis mundial del agua, Nueva York.

- Quesada, L. (2008), "Cuidados paliativos y derechos humanos", *Revista Médica Hondureña*, vol. 76, N° 1.
- Razavi, S. y S. Staab (2010), "Mucho trabajo y poco salario: perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado," *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 129, No. 4.
- Robles, L. (2003), "Una vida cuidando a los demás. Una carrera de vida en ancianas cuidadoras", ponencia presentada el 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile, 14 al 18 de julio.
- Rodríguez Enríquez, C. (2005), "Economía del cuidado y política económica: una aproximación a sus interrelaciones," Mar del Plata, Argentina, CEPAL.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2010) "La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia", *Informes Portal Mayores* No. 106, Madrid, noviembre <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf>.
- Romero, D., L. da Costa Leite y C. Landmann Szwarcwald (2005), "Expectativa de vida saludable 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.
- Rose, A. M. C., A. J. Hennis e I. 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.
- Saad, P (2004), "Transferencias de apoyo intergeneracional no Brasil e na América Latina", en A. A. Camarano (org.), *Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?*, Río de Janeiro, Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA).
- Saad, Paulo (2003), "Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuestas SABE", *Revista Notas de Población*, N° 77 (LC/G.2213-P), Santiago de Chile, CELADE/CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.171.
- Saad, P. y otros (2012), *Juventud y bono demográfico en Iberoamérica (LC/L.3575)*, Madrid, Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Iberoamericana de Juventud/Fondo de Población de las Naciones Unidas (CEPAL/OIJ/UNFPA), enero.
- Sánchez Ayéndez, M. (2008), "Las invisibles: las proveedoras de cuidado a adultos mayores en Puerto Rico," *De sol a sombra: El trabajo de las mujeres al cuidado de los otros*, No. 13.
- Sánchez, C. D. (1996), *Sistema de apoyo y familiares de pacientes de Alzheimer*, San Juan (Puerto Rico), Oficina del Gobernador para Asuntos de la Vejez.
- SASSA (South African Social Security Agency) (2016), "A statistical summary of social grants in South Africa", *Fact Sheet*, N° 12, 31 de diciembre.
- Scheil-Adlung, X. (ed.) (2015), "Global evidence on inequities in rural health protection: New data on rural deficits in health coverage for 174 countries", *ESS Document*, N° 47, Organización Internacional del Trabajo (OIT) [en línea] www.socialprotection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceld=51297.
- Selman-Houssein, E. y otros (2012), *Centenarios en Cuba. Los secretos de la longevidad*, La Habana, Instituto de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED)/Publicaciones Acuario/Centro Félix Varela.
- Sempere, A. y F. Cavas (2007), *Ley de dependencia. Estudio de la Ley 39/2006, sobre promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Pamplona (España), Editorial Aranzadi.
- SEPIN (2015), "Recurso 846/2014. Ponente: IGNACIO SANCHO GARGALLO, TS, Sala Primera, de lo Civil, 244/2015, de 13 de mayo", Madrid, Editorial Jurídica SEPIN.
- Serrano, C. (2005), "La política social en la globalización: programas de protección en América Latina", serie *Mujer y Desarrollo*, N° 70 (LC/L.2364-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), agosto.
- SiiS (Centro de Documentación y Estudios) (2012), "El servicio de ayuda a domicilio en un contexto de crisis económica. Principales tendencias en Europa" [en línea] www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus.

- Soberón Moreno, María Guadalupe y Miguel Ángel Zarco Neri (2011), "La cura y el arte," *Mundo Psique. Psicología y Cultura*, vol. 4, No. 15, junio.
- Sófocles (442AD), *Antígona*, México, D.F., Sepan Cuantos, 2005.
- Sojo, A. (2017), *Protección social en América Latina: la desigualdad en el banquillo (LC/PUB.2017/7-P)*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- (2010) "Conclusiones del seminario", en Seminario internacional "Experiencias internacionales y propuestas para consolidar la red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica" <http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/3/41413/AnaSojo-conclusiones.pdf>.
- Sudáfrica, Gobierno de (2016), "Social benefits" [en línea] <http://www.gov.za/services/socialbenefits/grant-aid>.
- Sudnow, D. (1967), *La organización social de la muerte*, Buenos Aires, Editorial Tiempo Contemporáneo.
- Thomas, Carol (1993), "De-Constructing Concepts of Care," *Sociology*, vol. 27, No. 4, noviembre.
- Timonen, V., M. Doyle y C. O'Dwyer (2012), "Expanded, but not regulated: ambiguity in homecare policy in Ireland", *Health and Social Care in the Community*, vol. 20, N° 3.
- Tolstoi, L. (2008), *La muerte de Iván Ilich*, Madrid, Alianza Editorial.
- Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2002), "Case of Pretty v. The United Kingdom (Application no. 2346/02), Judgment", Estrasburgo, 29 de abril.
- Undurraga, Consuelo (2011), *Psicología del adulto: de la conquista del mundo a la conquista de sí mismo*, Santiago de Chile, Ediciones UC.
- Valenzuela, M. E. (2010), "Trabajo y responsabilidades familiares en el contexto del envejecimiento: ¿quién se encarga del cuidado?", en Antonio Prado y Ana Sojo (editores), *Pensiones y protección integral para la vejez en América Latina*, CEPAL/GTZ, Santiago de Chile.
- Vidal, D. et al. (1988), "El significado del paciente con demencia para el cuidador en una comunidad urbana y rural", *Revista de Servicio Social*, Vol. 1, N° 2 (diciembre 1998-junio 1999), Concepción (Chile).
- Villa, M. (2004), "La transición demográfica y algunos retos sobre población y desarrollo en América Latina", *Población y desarrollo en México y el mundo CIPD +10*, E. Zúñiga (coord.), Ciudad de México, Consejo Nacional de Población (CONAPO).
- WHO (World Health Organization) (2002), *Current and future long-term care needs*, Ginebra.
- WHO (World Health Organization) (2002), *Ethical Choices in Long-Term Care: What Does Justice Require?* Suiza, WHO Publications.
- Wittenberg, R. y otros (2006), "Future demand for long-term care, 2002 to 2041: Projections of demand for long-term care for older people in England", PSSRU Discussion Paper, 2330, Londres, Personal Social Services Research Unit (PSSRU), London School of Economics. Wong, Y.C. y J. Leung (2012), "Long-term care in China: Issues and prospects", *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 55, N° 7.
- Worden, J. W. (2009), *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*, Nueva York, Springer.
- Zarco, M. A. (2011a), "Un poco más sobre el duelo y la esperanza," [correo electrónico] México [Fecha de consulta: 21 de septiembre de 2011].

Capítulo V

- Cloos, Patrick and others (2009), "'Active ageing': a qualitative study in six Caribbean countries", *Ageing & Society*, vol. 30, 2010, Cambridge University Press (2009).
- PAHO (Pan American Health Organization) (2012), "Older People and Disasters", Hoja de datos.
- Rawlins, Joan and others (2008) "The elderly in Trinidad: health, social and economic status and issues of loneliness", *West Indian Medical Journal*, vol. 57, No. 6, pp. 589- 595.

Simpson, M.C. and others (2010), "Quantification and Magnitude of Losses and Damages Resulting from the Impacts of Climate Change: Modelling the Transformational Impacts and Costs of Sea Level Rise in the Caribbean", United Nations Development Programme (UNDP), Barbados.

Swindell, Rick (2012), "Successful ageing and international approaches to later-life learning", *Active Ageing, Active Learning. Issues and Challenges*. Gillian Boulton-Lewis and Maureen Tam (eds.), Nueva York, Springer.

WHO (World Health Organization) (2014), "Elder abuse - Fact sheet N°357" Ginebra, Suiza, actualizado en diciembre de 2014.

_____(2002), *Active Ageing: A Policy Framework (WHO/NMH/NPH/02.8)*, Ginebra, Suiza.

Capítulo VI

Adelantado, J. y E. 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.

Barr, N. y P. Diamond (2008), *Reforming Pensions. Principles and Policy Options*, Nueva York, Oxford University Press.

Cecchini, S. y R. Martínez (2011), *Protección social inclusiva en América Latina: una mirada integral, un enfoque de derechos*, Libros de la CEPAL, N° 111 (LC/G.2488-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Cecchini, S. y otros (2015), "Derechos y ciclo de vida: reordenando los instrumentos de protección social", *Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización*, Libros de la CEPAL, N° 136 (LC/G. 2644-P), S. Cecchini y otros (eds.), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

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.

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.

Cifuentes, H., P. Arellano y F. Walker (2013), *Seguridad social: parte general y pensiones*, Santiago, Librotecnia.

Dussel, E. (2010), "Derechos vigentes, nuevos derechos y derechos humanos", *Crítica jurídica. Revista latinoamericana de política, filosofía y derecho*, N° 29, junio.

Filgueira, F. y P. Manzi (2017), "Pension and income transfers for old age. Inter- and intra-generational distribution in comparative perspective", *serie Políticas Sociales*, vol. 225 (LC/TS.2017/62), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Huenchuan, S. (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, C. (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).

Lahera, E. (2007), "Reforma del Estado: Un enfoque de políticas públicas", *Revista Reforma y Democracia* N° 38, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLADE), junio.

- Machinea, J. L. (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).
- March, J. y J. Olsen (1984), "The new institutionalism: organizational factors in political life", *The American Political Science Review*, vol. 78, N° 3, September.
- Mesa-Lago, C. (2008), *Reassembling social security. A survey of pensions and health care reforms in Latin America*, Nueva York, Oxford University Press.
- Naciones Unidas (2008), "El derecho a la seguridad social", *Observación General*, N° 19 (E/C.12/GC/19).
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2016), *OECD Pensions Outlook 2016*, París, OECD Publishing.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2005), *Private Pensions. OECD Classification and Glossary*, París.
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2016), "Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores" [en línea] http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multi_laterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp [fecha de consulta: 10 de octubre de 2018].
- _____(2015), *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, Washington, D.C.
- _____(2014), *Informe Mundial sobre la Protección Social 2014-15. Construir la recuperación económica, el desarrollo inclusivo y la justicia social*, Ginebra.
- _____(2012), "Recomendación sobre los pisos de protección social (núm. 202)", Ginebra.
- _____(2001a), *Principios de la seguridad social*, Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo/Asociación Internacional de la Seguridad Social.
- _____(2001b), "Información sobre el orden del día. VI. Seguridad social: temas, retos y perspectivas", Memorándum, 89a Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, Ginebra.
- _____(1967a), "Convenio sobre las Prestaciones de Invalidez, Vejez y Sobrevivientes, 1967 (núm. 128)", Ginebra.
- _____(1967b), "Recomendación sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes (núm. 131)", Ginebra.
- _____(1952), "Convenio sobre la Seguridad Social (Norma Mínima), 1952 (núm. 102)", Ginebra.
- Offe, C. (1990), *Contradicciones del Estado de bienestar*, Madrid, Alianza Editorial.
- Repetto, F. y M. 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>.
- Sojo, A. (2017), *Protección social en América Latina: la desigualdad en el banquillo (LC/PUB.2017/7-P)*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Subirats, J. (ed.) (2003), *Elementos de nueva política*, Barcelona, Centro de Cultura Contemporánea de Barcelona.
- Székely, M. (2006), "Midiendo el nivel de institucionalidad de la política social en América Latina", Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), [en línea] <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=785693>.
- Uthoff, A. (2017), "Aspectos institucionales de los sistemas de pensiones", *Institucionalidad social en América Latina y el Caribe*, R. Martínez (ed.) (LC/PUB.2017/14-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Documentos incluidos en esta compilación

Los siguientes textos han sido reproducidos de manera parcial en este volumen. Si desea consultar o descargar los documentos completos, haga clic sobre los respectivos títulos.

- A. Arenas (2019), *Los sistemas de pensiones en la encrucijada: desafíos para la sostenibilidad en América Latina*
<https://bit.ly/37RFso7>
- A. Flores-Castillo (2012), *Cuidado y subjetividad: una mirada a la atención domiciliaria*
<https://bit.ly/3jCKYwN>
- A. Prado y A. Sojo (editores) (2010), *Envejecimiento en América Latina: sistemas de pensiones y protección social integral*
<https://bit.ly/2HuuKcq>
- A. Sojo (2011), *De la evanescencia a la mira: el cuidado como eje de políticas y de actores en América Latina*
<https://bit.ly/2JcQSsf>
- CEPAL (2020), *COVID-19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos*
<https://bit.ly/3krtchn>
- CEPAL (2020), *Desafíos para la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19*
<https://bit.ly/2NLp7Jy>
- CEPAL (2019), *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?*
<https://bit.ly/3moUI5h>
- CEPAL (2019), *Primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*
<https://bit.ly/3dWp32u>
- CEPAL (2018), *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe. La inserción laboral de las personas mayores: necesidades y opciones*
<https://bit.ly/36rqx1k>
- CEPAL (2017), *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía*
<https://bit.ly/2Hra58Y>
- CEPAL (2017), *Panorama Social de América Latina, 2017*
<https://bit.ly/3e9T4Mg>
- CEPAL (2014), *La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe: la hora de la igualdad según el reloj poblacional*
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37252/1/MPD_ddr2_esp.pdf
- CEPAL (2010), *Notas de Población Vol.37 N° 90*
<https://bit.ly/2GPxnoE>
- CEPAL (2010), *Propuesta de estrategia para avanzar, desde la perspectiva de América Latina y el Caribe, hacia una convención internacional sobre los derechos humanos de las personas de edad*
<https://bit.ly/3en3pou>
- CEPAL (2000), *Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad: seminario técnico*
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6480/S00080711_es.pdf
- CEPAL México (2020), *COVID-19 y sus impactos en los derechos y la protección social de las personas mayores en la subregión*
<https://bit.ly/2YpG6mQ>

- F. Jones, C. Camarinhas and L. Gény (editors) (2019), *Implementation of the Montevideo Consensus on Population and Development in the Caribbean: a review of the period 2013–2018*
<https://bit.ly/3ouqo4g>
- F. Jones (2016), *Ageing in the Caribbean and the human rights of older persons: Twin imperatives for action*
<https://bit.ly/3pCQ6oQ>
- L. Gény (2017), *Caribbean synthesis report on the Madrid International Plan of Action on Ageing and the San José Charter on the Rights of Older Persons in Latin America and the Caribbean*
<https://bit.ly/3iXQWKd>
- L. Rodríguez-Piñero (2010), *Los desafíos de la protección internacional de los derechos humanos de las personas de edad*
<https://bit.ly/31yffac>
- S. Gascón y N. Redondo (editores) (2014), *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia*
<https://bit.ly/3dWf9Oz>
- S. Huenchuan y E. Rivera (editoras) (2019), *Experiencias y prioridades para incluir a las personas mayores en la implementación y seguimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*
<https://bit.ly/2JBUIRi>
- S. Huenchuan y A. Rovira (editoras) (2019), *Medidas clave sobre vejez y envejecimiento para la implementación y Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe*
<https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44806/LCMEXSEM2501.pdf>
- S. Huenchuan (2018), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*
<https://bit.ly/3oxrxqF>
- S. Huenchuan (2018), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*
<https://bit.ly/3koeV4Z>
- S. Huenchuan (2016), *Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos*
<https://bit.ly/3kRWmq>
- S. Huenchuan (2013), *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe: La hora de avanzar hacia la igualdad*
<https://bit.ly/2J9uTIW>
- S. Huenchuan (2013), *Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013*
<https://bit.ly/3ojVMUu>
- S. Huenchuan y L. Rodríguez-Piñero (editores) (2010), *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*
<https://bit.ly/34Inmse>
- V. Nam and F. Jones (editors) (2018), *Inclusive social protection and demographic change: The implications of population ageing for social expenditure in the Caribbean*
<https://bit.ly/3qXALzc>

Bibliografía adicional de la CEPAL sobre el tema

- Huenchuan S. y Rovira A. (2019) "Medidas clave sobre vejez y envejecimiento para la implementación y Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe"
<https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44806/LCMEXSEM2501.pdf>
- Huenchuan S. y Rodríguez R. (2014) "Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores"
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39554/S1421014_es.pdf
- Huenchuan S. (2009) "Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas"
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2538/8/S0800533_es.pdf
- CEPAL México (2020) "El derecho a la vida y la salud de las personas mayores en el marco de la pandemia por COVID-19"
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/45493-derecho-la-vida-la-salud-personas-mayores-marco-la-pandemia-covid-19>
- CEPAL México (2019) "Informe. Reunión de Expertos Sobre Institucionalidad Pública y Envejecimiento"
<https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44673/1/LCMEXSEM2482.pdf>
- CEPAL (2009) "El envejecimiento y las personas de edad: indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe"
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/1350-envejecimiento-personas-edad-indicadores-sociodemograficos-america-latina-caribe>
- CEPAL (2008) "Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe"
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7224/1/S0800054_es.pdf
- CEPAL (2007) "Envejecimiento y desarrollo en una sociedad para todas las edades"
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2865/1/S2007192_es.pdf
- Miller T. (2007) "Modelos demográficos para la proyección de la demanda del sector social"
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7221/1/S2007600_es.pdf
- Rodríguez A. y Castillo J. (2011) "Equidad y solvencia del sistema de salud de cara al envejecimiento: el caso de Costa Rica"
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5219/1/S1100638_es.pdf
- Uthoff A. (2016) "Aspectos institucionales de los sistemas de pensiones en América Latina"
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40869/1/S1601271_es.pdf
- Villatoro P y Cecchini S. (2018) "¿Cuál es el alcance de las transferencias no contributivas en América Latina? Discrepancias entre encuestas y registros"
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43642/1/S1800299_es.pdf



Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC)
www.cepal.org