



## **Envejecimiento, solidaridad y protección social: La hora de avanzar hacia la igualdad**

### **Tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe**

San José, 8 a 11 de mayo de 2012



NACIONES UNIDAS

CEPAL

**Alicia Bárcena**  
Secretaria Ejecutiva

**Antonio Prado**  
Secretario Ejecutivo Adjunto

**Dirk Jaspers\_Fajjer**  
Director del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) -  
División de Población de la CEPAL

**Ricardo Pérez**  
Director de la División de Documentos y Publicaciones

Esta publicación es la síntesis del Informe sobre la aplicación de la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y la Declaración de Brasilia, que se presentará en la tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, que se celebrará en San José, del 8 al 11 de mayo de 2012.

Este documento se elaboró bajo la dirección de Dirk Jaspers\_Fajjer, Director del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, y estuvo a cargo de Sandra Huenchuan, quien contó con los insumos de Magda Ruiz, María Isabel Cobos y Guiomar Bay y el apoyo de Miguel Ojeda y Pablo Tapia.

Se agradecen la cooperación de la División de Desarrollo Social de la CEPAL en el capítulo III y la contribución financiera del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y de la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI) para la preparación de este documento.

## Índice

<b>Presentación</b> .....	7
<b>I. La agenda de la igualdad y las personas de edad</b> .....	9
A. La igualdad como horizonte y las demandas de especificidad .....	9
B. Las dimensiones de la igualdad .....	10
C. La igualdad en el contexto del envejecimiento.....	11
D. La adecuación de la matriz de protección social.....	13
E. Restricciones y desafíos de la agenda de igualdad con respecto a las personas de edad.....	15
<b>II. El gran cambio demográfico y el protagonismo de las personas mayores</b> .....	19
A. La reestructuración etaria de la población y el cambio demográfico .....	20
B. La baja dependencia demográfica refuerza el escenario para la acción .....	22
C. El envejecimiento como rasgo demográfico más sobresaliente de las próximas décadas.....	25
D. El incremento de la esperanza de vida y el envejecimiento interno de la población de edad.....	28
E. Los ajustes en pos de la igualdad para todas las edades.....	32

<b>III . La seguridad social, la solidaridad y la igualdad.....</b>	<b>35</b>
A. Cobertura contributiva: La débil protección de los trabajadores y sus familias .....	36
B. La protección de las personas de edad mediante las transferencias por pensiones y jubilaciones .....	38
C. La seguridad social en tiempos de crisis .....	38
D. Perspectivas para universalizar un mínimo de pensiones y jubilaciones .....	41
E. La seguridad social y el fortalecimiento del pilar no contributivo para avanzar hacia la igualdad .....	45
<b>IV. Salud, cuidados y protección social.....</b>	<b>47</b>
A. Los riesgos de dependencia en la vejez derivados del estado de salud.....	47
B. Estimación de la necesidad de cuidados a partir de la edad.....	49
C. Los cambios en la demanda de cuidado sobre la base del estado de salud.....	52
D. Las posibilidades de brindar apoyo desde la perspectiva demográfica y las familias .....	53
E. La solidaridad como eje de los cuidados en los sistemas de protección social.....	57
<b>V. Los derechos de las personas mayores: Brechas e igualdad real.....</b>	<b>59</b>
A. Los derechos de las personas mayores en el ámbito internacional .....	60
B. La protección constitucional y las leyes específicas sobre los derechos de las personas mayores.....	61
C. Esencia y estructura de los derechos de la vejez en el derecho interno .....	63
D. Las garantías para hacer efectivos los derechos de las personas de edad .....	65
E. El fortalecimiento de las garantías y la necesidad de un tratado internacional .....	67

<b>VI. Institucionalidad pública, envejecimiento y protección .....</b>	<b>69</b>
A. La institucionalidad pública: El aspecto soslayado de las políticas públicas .....	69
B. La institucionalidad pública y la desigualdad .....	70
C. La institucionalización del tema del envejecimiento ...	71
D. Cartografía de las instituciones públicas orientadas a las personas mayores .....	74
E. La igualdad como fundamento de la institucionalidad dirigida a las personas mayores .....	78
<b>VII. Avances y ámbitos de acción prioritarios para la implementación de la Declaración de Brasilia.....</b>	<b>81</b>
A. Las personas de edad y el desarrollo.....	81
1. El trabajo y la fuerza laboral diversificada .....	81
2. La seguridad social y la sostenibilidad .....	82
3. La pobreza en la vejez y la crisis .....	83
B. Salud y bienestar .....	84
1. Planes y seguros de salud .....	84
2. El acceso a medicamentos esenciales y su regulación.....	88
3. Los cuidados de largo plazo y los derechos humanos.....	88
4. La formación de recursos humanos y la cooperación Sur-Sur.....	89
C. Entornos propicios y favorables.....	90
1. Participación y garantías ciudadanas .....	90
2. Cuidado, economía y empleo .....	91
3. Integridad y malos tratos.....	93
4. Vivienda, transporte y accesibilidad .....	94
<b>Bibliografía.....</b>	<b>97</b>
<b>Anexo .....</b>	<b>105</b>



## PRESENTACIÓN

Este documento fue preparado con ocasión de la tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, que se celebrará en San José, del 8 al 11 de mayo de 2012, en cumplimiento de los acuerdos sobre población y desarrollo: temas prioritarios para 2010-2012, ratificados en la resolución 657(XXXIII) aprobada por la CEPAL en su trigésimo tercer período de sesiones.

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

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

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

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

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



## I. LA AGENDA DE LA IGUALDAD Y LAS PERSONAS DE EDAD

### A. La igualdad como horizonte y las demandas de especificidad

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

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

La elaboración de la agenda de la igualdad va unida a la inclusión y el reconocimiento de las diferencias sociales, las que otrora fueron

fuerza de olvido y, por cierto, de rezago, y hoy se visibilizan y subrayan para incorporarlas y promover el respeto de los derechos de los grupos excluidos. Este proceso ha sido descrito por Norberto Bobbio como una fase de especificación de los derechos humanos de titularidad universal (Bobbio, 1991).

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

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

## **B. Las dimensiones de la igualdad**

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

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

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

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

### **C. La igualdad en el contexto del envejecimiento**

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

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

de pobreza, invisibilidad o fragilización por el solo hecho de pertenecer al grupo etario de 60 años y más (Huenchuan, 2009).

En efecto, las personas de edad como un grupo cuyas características o necesidades específicas lo hacen objeto potencial de discriminación en distintos ámbitos, se encuentran en situación de desigualdad sustantiva respecto del goce de los derechos humanos generalmente reconocidos, y son vulnerables en mayor medida que otros grupos a violaciones específicas de estos derechos, por lo que requieren una atención especial de los Estados, de los organismos internacionales y de la sociedad civil en su conjunto.

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

#### **Recuadro I.1 LAS MEDIDAS AFIRMATIVAS**

La oportunidad y necesidad de establecer medidas especiales o afirmativas a favor de las personas pertenecientes a grupos específicos ha sido expresamente ratificada por los instrumentos y la práctica internacionales de derechos humanos. En particular, el Comité de Derechos 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).

De hecho, en una serie de instrumentos de derechos humanos las medidas especiales o afirmativas están establecidas como obligaciones de los Estados partes. Entre estos instrumentos, se encuentran algunos que han sido ampliamente

## Recuadro I.1 (conclusión)

ratificados por los Estados, como la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial o la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Si bien en una primera época las medidas de acción afirmativa fueron vistas como disposiciones temporales, que aspiraban a promover la igualdad sustantiva mientras se conseguía ese objetivo en relación con grupos diferenciados por razones físicas o psíquicas, de edad o de cultura, la tendencia más reciente es la de no someterlas a ningún tipo de limitación temporal.

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

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

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

## D. La adecuación de la matriz de protección social

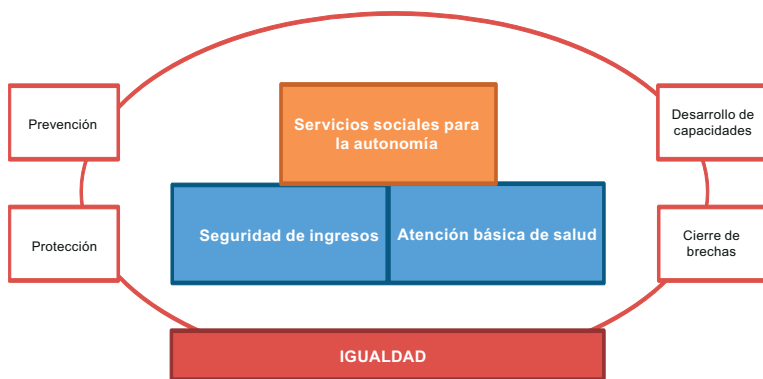
El concepto de protección social se refiere al conjunto de intervenciones de entes públicos y privados orientados a aliviar a los hogares y a los individuos de la carga que significa enfrentar una serie de riesgos y necesidades (Cichon y otros, 2004). El término forma parte de una perspectiva más

ampliamente conocida como el manejo social del riesgo, que alude a la capacidad de prevenir y enfrentar situaciones de vulnerabilidad, entendida como la probabilidad que tienen las personas o las familias de resultar perjudicadas por sucesos inesperados o inevitables (Serrano, 2005).

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

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

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



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

El cierre de brechas de protección surge a partir de la desigualdad socioeconómica que condiciona el funcionamiento actual de los sistemas de seguridad social, puesto que quienes acceden a las prestaciones de vejez son generalmente los colectivos de trabajadores que han estado mejor posicionados en el mercado laboral, debido a que el acceso a los sistemas de pensiones ha tenido una marcada orientación contributiva (Bertranou, 2006; CEPAL, 2006; CEPAL, 2010). El desarrollo de capacidades, por su parte, tiene como fundamento la tesis de que hay capacidades que pueden utilizarse para conseguir un mayor nivel de bienestar. Se trata de activar la responsabilidad, la autonomía y la independencia para habilitar a los sujetos en la toma de decisiones y los procesos que involucra (Serrano, 2005).

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

## **E. Restricciones y desafíos de la agenda de igualdad con respecto a las personas de edad**

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

El escenario actual no está exento de obstáculos. Como se documenta en este informe, la mayoría de las personas de edad no tienen acceso a pensiones de vejez que les garanticen protección frente

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

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

Por otra parte, las estructuras familiares han experimentado cambios a causa del avance de la transición demográfica y, a medida que la población envejece, aumenta el porcentaje de hogares con presencia de personas de edad. Hasta ahora, la familia ha proporcionado apoyo emocional, económico, social y de salud a sus miembros de mayor edad, por lo que configura la entidad responsable de su cuidado e integración social (Villa, 2004). Sin embargo, la disminución del tamaño de la familia, la pronunciada diversificación experimentada en las últimas décadas y la sobrecarga de tareas ocasionada por la necesidad de asumir nuevas responsabilidades en un ámbito de creciente debilidad



del Estado derivan en una institución familiar con demandas excesivas que difícilmente podrá cumplir con todas las funciones asignadas si no cuenta con el apoyo necesario para lograrlo.

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

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

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



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

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

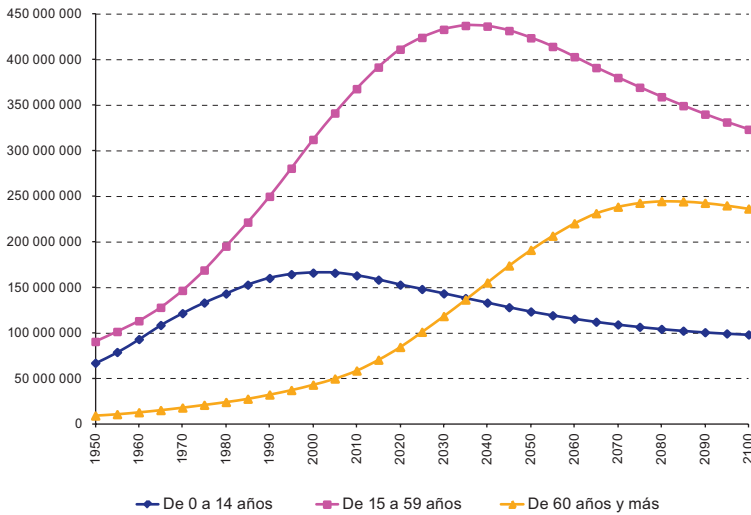
La disminución de la población infantil ofrece en la actualidad cierta holgura a varios países de la región, dado que existe un amplio contingente de población en edades potencialmente activas (de 15 a 59 años), mientras que los adultos mayores constituyen aún un segmento reducido (58 millones de personas) dentro del conjunto de la población. En 2050 la cifra de personas de edad avanzada se habrá triplicado y al final del siglo XXI ascenderá a 236 millones. En este marco se precisa de un Estado proactivo, que asuma un rol más protagónico y dinámico con un doble objetivo: por una parte, intentar prevenir los efectos del rápido envejecimiento de la población en los sistemas de protección social y, por otra, introducir nuevos dispositivos que permitan incrementar la cobertura y calidad de esos sistemas para atender las necesidades de las personas durante toda su vida, en especial frente a riesgos conocidos y nuevos desafíos.

## **A. La reestructuración etaria de la población y el cambio demográfico**

La población envejece cuando aumenta el porcentaje de personas de edad (de 60 años y más) al tiempo que disminuye el porcentaje de niños (menores de 15 años). Se prevé que, a nivel regional, el número de personas mayores supere por primera vez el de niños cerca del año 2036 y que siga creciendo hasta 2080 (véase el gráfico II.1). Así, la región ha pasado de una estructura de población joven en 1950 a una población que actualmente se encuentra en un proceso de envejecimiento que continuará con fuerza en las próximas décadas.

A partir de 1970 se empieza a observar una disminución de la proporción de menores de 15 años en el conjunto de la población. Este segmento pasó de representar un 40% del total en 1950 a aproximadamente un 28% en 2010, alcanzará el 18% en 2040 y se espera esté por debajo del 15% en 2100. En cifras absolutas, el grupo de menores de 15 años alcanzó su máximo en el año 2000 (166 millones) y desde entonces empezó a decrecer. Las variaciones del peso relativo de la población de 15 a 59 años cobran gran relevancia, ya que teóricamente esta engloba a las personas en edad activa. En 1950, este grupo representaba alrededor del 54% de la población total de la región. Su peso relativo fue aumentando de forma sostenida hasta representar un 62% en 2010. Se espera que en 2020 alcance su máximo (un 63%) y que luego empiece a decaer paulatinamente. En 2040 correspondería al 60% de la población de la región y en 2100 equivaldría a un 49%. En términos absolutos, el grupo de adultos en edad activa llegaría a su máximo en 2035 (437 millones de personas) y desde entonces iría disminuyendo. En consecuencia, el grupo de personas de 60 años y más cobra un mayor protagonismo: pasó de apenas un 5,6% del total regional en 1950 a un 10% en 2010, tras lo que se prevé que llegue a un 21% en 2040 y a casi el 36% de la población en 2100, después de haber alcanzado en 2080 su máximo absoluto, que se situaría en 241 millones de personas.

**Gráfico II.1**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: POBLACIÓN POR GRANDES**  
**GRUPOS DE EDAD, 1950-2100**



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

Un rasgo sobresaliente del proceso de envejecimiento en la región respecto de la experiencia del mundo desarrollado es la rapidez con que se está produciendo. En los países industrializados se dio de manera paulatina. El tiempo para que se duplicara la proporción de personas de 65 años y más desde un 7% hasta un 14% fue de varias décadas en los países europeos (y nada menos que de 115 años en el caso de Francia). En cambio, en América Latina<sup>1</sup> y la mayoría de los países del Caribe<sup>2</sup> este proceso está siendo mucho más rápido. Por ejemplo, en el Brasil y Colombia se producirá ese cambio en apenas dos décadas.

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

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

## **B. La baja dependencia demográfica refuerza el escenario para la acción**

En la actualidad, la región se encuentra en una etapa en que la magnitud del envejecimiento es todavía moderada. Sin embargo, el número de personas de edad sobrepasará en el futuro todas las expectativas. El índice de envejecimiento<sup>3</sup> muestra la capacidad de renovación de una población. Cuanto más alto es su valor, menor es esa capacidad, lo que proporciona información sobre el ritmo con que debe ajustarse la oferta de bienes y servicios a las necesidades generadas por una demanda nueva y creciente (CEPAL, 2007).

A mediados de este siglo, la región puede llegar al mismo nivel de envejecimiento que el que tienen las regiones desarrolladas en la actualidad. En América Latina se registraba en 2010 una proporción aproximada de 36 personas de edad por cada 100 menores de 15 años. Se proyecta que, después de 2036, esta relación se invertirá a favor de las personas mayores y en 2040 ya habrá 116 personas de edad por cada 100 menores de 15 años. A mediados de siglo se habrá sobrepasado el valor de 150 y se calcula que se llegará a finales con un índice de envejecimiento cercano a 240.

El índice de envejecimiento en el Caribe sigue casi la misma trayectoria que en América Latina, si bien presenta niveles más altos. En 2040 el índice de envejecimiento caribeño sería de 142 personas de edad por cada 100 menores de 15 años. Después de 2065, este indicador empezaría a estabilizarse en un punto en que habría más del doble de adultos mayores que de niños. Se proyectan valores similares para América del Norte, Asia, América Latina y el Caribe a partir de 2055. Sin embargo, aunque el nivel de envejecimiento fuera similar, las condiciones de las regiones en desarrollo no son las mismas que en las desarrolladas. El envejecimiento de las poblaciones de Asia, América Latina y el Caribe se produce en un contexto socioeconómico menos avanzado que el que existía en su momento en América del Norte.

Aunque en momentos diferentes, en toda la región se experimentarán los cambios que se advierten en la composición por edades de la población

<sup>3</sup> Se interpreta como el número de personas de edad por cada 100 jóvenes. A los efectos de esta publicación, se considera una persona de edad la que tiene 60 años o más, y joven a toda persona menor de 15 años. Índice de envejecimiento = (Población de 60 años y más/ Población de 0 a 14 años) \* 100.

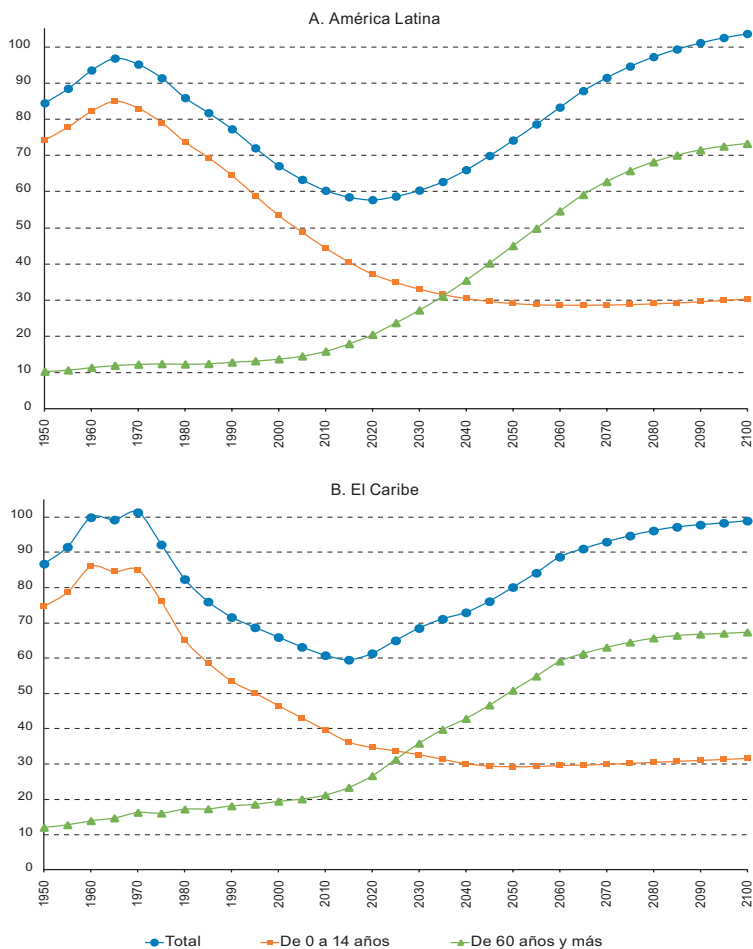
de América Latina y el Caribe. Entre los países y territorios que se encuentran en una etapa de envejecimiento muy avanzado destacan Cuba, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y Martinica, ya que en 2010 el número de personas mayores era casi igual al de las menores de 15 años (índices de envejecimiento de 99, 105 y 103, respectivamente). En los países en fase de envejecimiento incipiente, las personas mayores irían reemplazando a los niños y jóvenes más lentamente que en el resto. El índice de envejecimiento de Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, la Guayana Francesa, Haití, Honduras, Nicaragua y el Paraguay se situaría por debajo de 70 en 2040, lo que representa una proporción significativamente menor que los promedios subregionales proyectados. Guatemala, que es el país más joven de la región, registraría un índice de envejecimiento inferior a 40 en 2040 y alcanzaría el valor de 100 hacia 2060, a diferencia del promedio latinoamericano, que llegaría a ese valor en torno al año 2036.

En general, antes de 2100 los países llegarían a un máximo en el índice de envejecimiento, que después empezaría a retroceder hacia un valor asintótico, casi siempre por encima de 200 personas de edad por cada 100 menores de 15 años. Es decir, a largo plazo habría por lo menos el doble de personas mayores que de niños, lo que haría necesario acelerar los ajustes en la oferta de bienes y servicios a las demandas generadas por esta realidad.

En ese sentido, la disminución que experimenta en la actualidad la relación de dependencia demográfica<sup>4</sup> ofrece una oportunidad para realizar inversiones productivas o aumentar la inversión social en la lucha contra la pobreza y el mejoramiento de la educación y los servicios de salud. Además, puede ayudar a anticipar inversiones frente al aumento de la población adulta mayor. En promedio, la región se encuentra justamente en el período del “bono demográfico”, con una trayectoria decreciente en la relación de dependencia total. En América Latina esta relación alcanzará alrededor de 2020 su mínimo, con un valor de 58 de personas teóricamente “dependientes” por cada 100 personas en edad activa, mientras que el valor mínimo en el Caribe será de 59,5 y se registrará alrededor de 2015 (véase el gráfico II.2). Este cambio no solo se produce en términos demográficos, sino también en términos sociales, económicos y políticos que alcanzan al conjunto de la sociedad.

<sup>4</sup> Relación de dependencia demográfica = ((Población de 0 a 14 años + Población de 60 años y más) / (Población potencialmente activa (de 15 a 59 años de edad))) \* 100.

**Gráfico II.2**  
**EVOLUCIÓN DE LA RELACIÓN DE DEPENDENCIA TOTAL<sup>a</sup>, DE MENORES DE 15 AÑOS<sup>b</sup> Y DE MAYORES DE 60 AÑOS<sup>c</sup>, 1950-2100**  
*(Por cien)*



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

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

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

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



### C. El envejecimiento como rasgo demográfico más sobresaliente de las próximas décadas

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.2, la disminución de la relación de dependencia es principalmente resultado del abrupto descenso de la relación de dependencia de los menores de 15 años, mientras que el aumento posterior se debe al acelerado incremento de los mayores de 60 años. Así, es evidente que un mismo valor de la relación de dependencia demográfica antes o después del punto mínimo presentaría dos escenarios con protagonistas muy diferentes. Con anterioridad al punto mínimo, los valores indican que las demandas están ancladas en la población joven, mientras que después del punto mínimo estas lo estarán en la población de edad avanzada.

La heterogeneidad que presenta la región es muy marcada (véase el recuadro II.1). En Aruba, Bahamas, Barbados, Chile, Cuba y Trinidad y Tabago la relación de dependencia ya llegó a su valor mínimo en 2010. De hecho, en algunos territorios del Caribe, como las Antillas Neerlandesas, Guadalupe, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y la Martinica, la relación de dependencia total tocó su punto mínimo en 1990. Sin embargo, en todos los demás países de América Latina y el Caribe, esa relación está todavía en período de decrecimiento. Mientras que, en promedio, este descenso finalizaría hacia el año 2020, en los casos de Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Honduras y el Paraguay la relación de dependencia alcanzaría su nivel mínimo alrededor de 2040. En cuanto a Guatemala, las proyecciones indican que esa relación seguirá disminuyendo hasta mediados de este siglo.

**Recuadro II.1**  
**LA HETEROGENEIDAD DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO**  
**POBLACIONAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

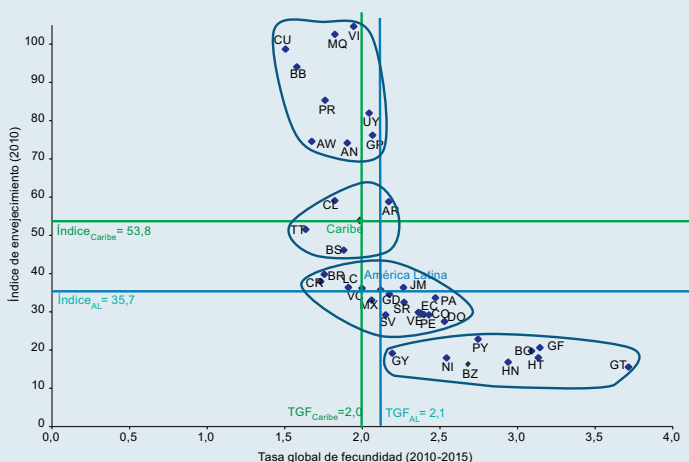
Dentro del proceso conocido como transición demográfica se producen descensos de mortalidad y (sobre todo) de fecundidad, que afectan la estructura de edades de las poblaciones y se traducen en un incremento paulatino de la proporción de personas de edad. Un indicador de este proceso es el índice de envejecimiento, que

Recuadro II.1 (continuación)

expresa la relación entre la cantidad de personas mayores y la de niños y jóvenes. Este índice se obtiene calculando el cociente entre el número de personas de 60 años y más con respecto al de menores de 15 años y multiplicándolo por 100. Si el índice está por debajo de 100, significa que hay menos personas de edad que menores de 15 años; por encima de 100 significa que el número de personas de edad supera el de niños y adolescentes. En el año 2010 en América Latina había 36 personas de edad por cada 100 menores de 15 años, mientras que en los países del Caribe esta relación era de 54 por 100, lo que revela que en esta subregión el proceso de envejecimiento está más avanzado. En Europa, la región más envejecida, existen casi 170 personas de edad por cada 100 menores de 15 años. En América del Norte son alrededor de 113, en tanto que en África hay solo 15 personas de edad por cada 100 menores de 15 años.

Durante la segunda mitad del siglo XX se registró en América Latina y el Caribe un acelerado descenso de la fecundidad. Así, a mediados de la década de 1960 el número promedio de hijos por mujer o tasa global de fecundidad (TGF) era de 6, mientras que en el año 2000 había descendido a 2,5 y actualmente es de 2,1. Sin embargo, este retroceso de la fecundidad ha tenido distintos ritmos dentro de la región, de manera que, según las previsiones, en el período 2010-2015 se registrarían diferencias notables entre países como Cuba y Guatemala, con 1,5 y 3,7 hijos por mujer, respectivamente. Como se ilustra en el gráfico —y era de esperar dentro del proceso de transición demográfica— el índice de envejecimiento es mayor a medida que la fecundidad disminuye. En el caso de Cuba el índice es de 98,8 personas de edad por cada 100 menores de 15 años, mientras que en Guatemala es de 15,6.

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



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

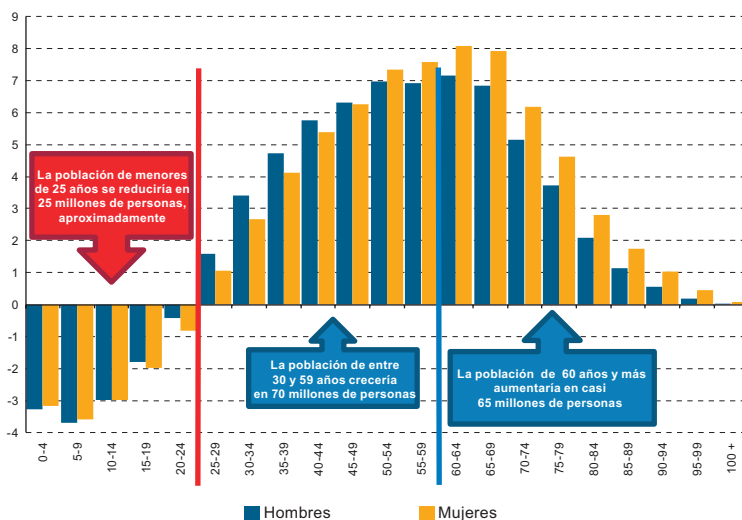
## Recuadro II.1 (conclusión)

En el gráfico también se pueden observar cuatro grupos de países. El primero comprende aquellos donde la tasa global de fecundidad es alta dentro del contexto de la región y el índice de envejecimiento es bajo, lo que la CEPAL describe como de envejecimiento incipiente (menor del 20%). Es el caso de Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, la Guayana Francesa, Haití y el Paraguay (véase el anexo 1). También hay países, como Nicaragua y Guyana, que, si bien tienen tasas de fecundidad menores que los mencionados, aún presentan un bajo índice de envejecimiento. En el segundo grupo, el de envejecimiento moderado, se concentra la mayoría de los países de América Latina y el Caribe y su TGF se sitúa entre 1,7 y 2,5 hijos por mujer (tasas correspondientes a Costa Rica y la República Dominicana, respectivamente). Por otra parte, su índice de envejecimiento oscila entre 27 y 40 personas de 60 años o más por cada 100 menores de 15 años. En fase de envejecimiento moderadamente avanzado se encuentran los países con tasas de fecundidad comprendidas entre 1,6 y 2,2 hijos por mujer e índices de envejecimiento de entre 45 y 60 personas mayores por cada 100 menores de 15 años. De los nueve países que quedan clasificados como de envejecimiento avanzado, todos son del Caribe, salvo el Uruguay. Este grupo se distingue por tasas de fecundidad que fluctúan entre 1,5 hijos por mujer en Cuba y 2,1 en Guadalupe e índices de envejecimiento de entre 74 y 105 personas de edad por cada 100 menores de 15 años.

**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, “Estimaciones y proyecciones de población” [en línea] [www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos\\_BD.htm](http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm) y Naciones Unidas, World Population Prospects: The 2010 Revision [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>.

Se estima que en la región el grupo de 60 años y más crecería en casi 65 millones de personas entre 2010 y 2030. En cambio, la población de menos de 25 años tendría 25 millones de personas menos en 2030 que en 2010 (véase el gráfico II.3). En términos relativos, el grupo de personas de edad registraría tasas de crecimiento muy elevadas. Se prevé que la proporción de personas de edad avanzada en América Latina y el Caribe aumente a razón del 3,5 por 100 anual en el período 2010-2030, es decir, a un ritmo mucho más rápido que el de la población de 25 a 59 años, que crecería anualmente un 1,2 por 100, y que la población de menores de 25 años, que disminuiría anualmente un 0,5 por 100 en promedio.

**Gráfico II.3**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: CRECIMIENTO POBLACIONAL,**  
**POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD, 2010-2030**  
*(En millones de personas)*



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

## D. El incremento de la esperanza de vida y el envejecimiento interno de la población de edad

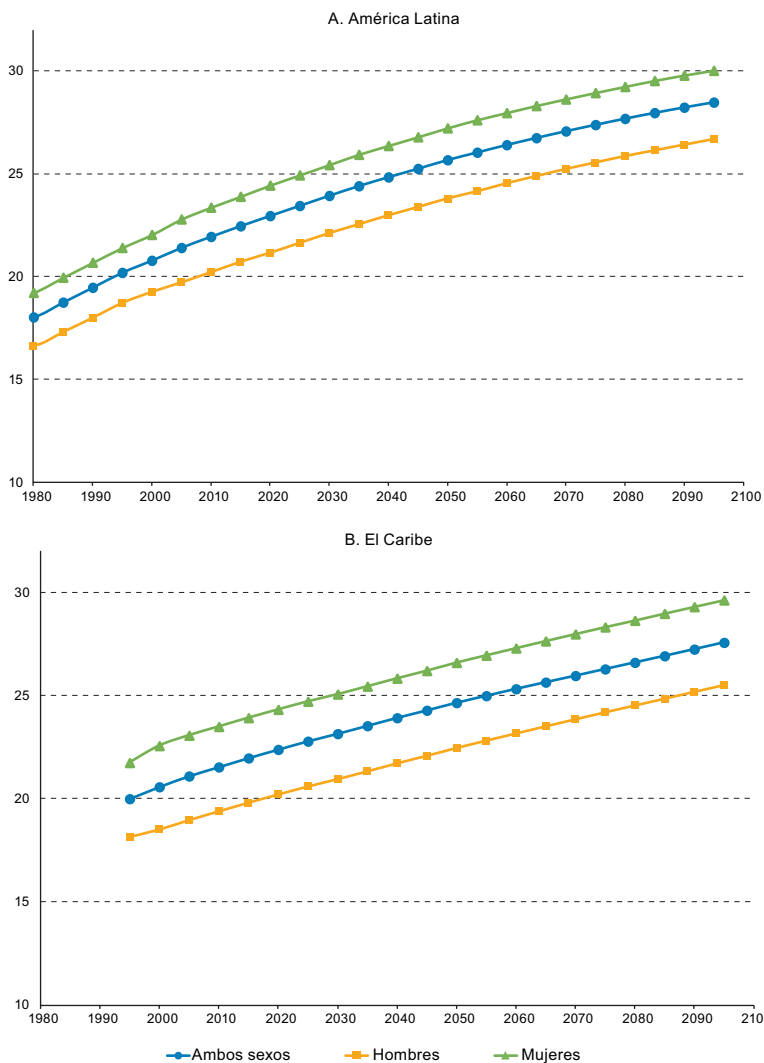
Los avances médicos y sanitarios permiten disfrutar de índices de esperanza de vida impensables hace algunas décadas. A lo largo de los últimos sesenta años la población de la región ganó 23,4 años de promedio de vida (Naciones Unidas, 2011). En América Latina y el Caribe se pasaría de una esperanza de vida al nacer de 51,3 años en el período 1950-1955 a una expectativa de 74,7 años en promedio para ambos sexos en el quinquenio 2010-2015. La diferencia entre sexos aumentaría de 3,5 a 6,2 años, al pasarse de una esperanza de vida al nacer de 49,6 años para los hombres y de 53,1 años para las mujeres en el período 1950-1955 a 71,6 y 77,8 años, respectivamente, en el período 2010-2015.

Mientras que un niño varón recién nacido entre 1950 y 1955 solamente tenía un 50% de probabilidades de alcanzar los 60 años, para los nacidos entre 2010 y 2015 las posibilidades aumentarían hasta el 80% (de acuerdo a la mortalidad estimada para estos quinquenios). En el caso de las mujeres las probabilidades son, respectivamente, del 55% y del 87%. Es decir, la gran mayoría de quienes nazcan hoy en día alcanzaría la edad de 60 años.

Aunque la ganancia en expectativa de vida en América Latina se explica principalmente por la reducción de la mortalidad en la niñez, también la esperanza de vida a los 60 años<sup>5</sup> se ha incrementado (6,5 años entre los períodos de 1950-1955 a 2010-2015), de forma que el promedio de esperanza de vida a los 60 años de los latinoamericanos se acerca al observado en el mundo desarrollado (21,4 y 22,7 años respectivamente, según las estimaciones efectuadas para 2010-2015). La brecha (véase el gráfico II.4) entre hombres y mujeres en América Latina en el período de 1980 a 1985 era de 2,6 años, con una esperanza de vida de 16,6 años para un hombre de 60 años, mientras que para una mujer de la misma edad la expectativa de vida era de 19,2 años. La brecha se ha ampliado con el tiempo y en 2010-2015 llegaría a 3,2 años (20,2 años de esperanza de vida para los hombres y 23,4 años para las mujeres). Además, se proyecta que esta diferencia aumente levemente en las próximas décadas, hasta alcanzar valores de 23,8 y 27,2 años, respectivamente, en el período 2050-2055. Los niveles de esperanza de vida a los 60 años en el Caribe son similares a los de América Latina, aunque se estima que el diferencial por sexo sería algo mayor. Estas diferencias por sexo también tienen como consecuencia que a medida que se avanza en edad cada vez haya proporcionalmente más mujeres. Así, se estima que, al igual que en la actualidad, en las próximas décadas habrá entre las personas de 80 años y más alrededor de tres mujeres por cada dos hombres. Según las mismas previsiones, entre las personas de 90 años y más habría dos mujeres por cada hombre.

<sup>5</sup> Se recomienda considerar este indicador con precaución, ya que presenta debilidades asociadas en la información básica que se usa para calcularlo y suele mostrar inconsistencias. Por tanto, no se debe tomar como una medida precisa del tiempo que resta por vivir a las personas de 60 años.

**Gráfico II.4**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ESPERANZA DE VIDA**  
**A LOS 60 AÑOS, 1950-2100<sup>a</sup>**  
*(En años)*



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

<sup>a</sup> Promedio ponderado según la población total, de hombres y de mujeres, respectivamente. El cálculo con respecto a los países del Caribe se inicia a partir de 1995, de acuerdo con la disponibilidad de datos sobre la subregión.

Debido al incremento de la esperanza de vida de las personas de 60 años y más, las demandas en materia de seguridad social, salud, trabajo, educación, participación social y política serán cada vez mayores y más sostenidas. Esto conlleva intrínsecamente un profundo cambio en la organización social y en la propia idea de edad. Algunos demógrafos han propuesto el concepto de “edad prospectiva”, en que se toman en cuenta los cambios en la esperanza de vida a partir de cierta edad (60 años) y no se considera el tiempo vivido, sino el que queda por vivir (Sanderson y Scherbov, 2008). Es decir, plantean que las políticas dirigidas a las personas mayores no deben depender de su edad cronológica, sino de su edad prospectiva, pues es precisamente esta última (el tiempo por vivir) la que determinará su estado de salud y, por tanto, su situación laboral, necesidades y demandas.

Como consecuencia de la extendida longevidad en la región, se observan y se proyectan tasas de crecimiento en el grupo de 80 años y más superiores a las de cualquier otro segmento en el período que abarca desde 1950 hasta 2100 (la tasa de crecimiento en la actualidad es del 3,8 por 100). Además, es el único grupo que experimentaría un crecimiento positivo hasta finales del siglo XXI. En términos relativos, el porcentaje que representa la población de 80 años y más con respecto al total no ha dejado de evolucionar al alza. Así, en 1950 en la región de América Latina y el Caribe la proporción de personas de edad muy avanzada era de solo el 0,4%, mientras que en 2010 este grupo de población ya casi se había cuadruplicado, pues alcanzaba el 1,5%. Esta proporción continuará aumentando rápidamente, de modo que llegaría al 6% a mediados del siglo XXI. Asimismo, en 2075 una de cada diez personas tendría 80 años o más, con lo que este segmento de población superaría incluso al de menores de 10 años.

En consecuencia, el grupo de personas mayores experimenta un proceso específico de envejecimiento. Se estima que en América Latina y el Caribe, aproximadamente uno de cada ocho hombres de 60 años y más tiene hoy 80 años o más. Entre las mujeres esta relación se incrementa a una de cada seis. A mediados del siglo, el 20% de los hombres de 60 años y más habrán rebasado los 80 años, mientras que entre las mujeres este porcentaje se elevará al 25%. En el Caribe los índices presentan valores levemente superiores, al encontrarse esta subregión en una etapa más avanzada del proceso de envejecimiento que América Latina. En el cuadro II.1 se muestra el tamaño creciente de la población en edad muy avanzada y también se hace patente la marcada participación femenina.

En definitiva, a pesar de que el grupo de 80 años y más constituye aún una pequeña proporción del total de la población, está creciendo significativamente —más rápido que cualquier otro grupo de edad—, lo que implica nuevos desafíos para los programas y políticas.

**Cuadro II.1**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS Y DE 80 AÑOS Y MÁS, POR SEXO, AÑOS SELECCIONADOS**

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

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

## E. Los ajustes en pos de la igualdad para todas las edades

La ralentización del aumento del número de niños y el constante incremento del número de personas de edad inciden directamente en la equidad y la solidaridad intergeneracionales e intrageneracionales, que son los fundamentos de la sociedad (Naciones Unidas, 2010a). Así, los países no solo deberían diseñar estrategias específicas para enfrentar las consecuencias del envejecimiento de la población, sino también tener en cuenta antiguas



demandas y nuevos requerimientos de otros grupos sociales. La visión a largo plazo permite prever escenarios futuros y tratar de preparar a las sociedades para hacer frente a las necesidades de su población envejecida. Según las proyecciones, hacia el año 2063 habrá por lo menos el doble de personas mayores que de niños, por lo que los gobiernos, el mercado, las familias y la sociedad en general deberían prepararse para un cambio duradero de su paradigma organizacional y de la gestión de todo tipo de programas y políticas.

Sin duda, el envejecimiento de la población requiere especial atención por sus implicaciones, tanto para la sociedad como colectivo (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 que abarque la población de todas las edades. Dadas las transformaciones en los hogares originadas por la emancipación femenina y la progresiva integración de las mujeres al mercado laboral, es preciso redefinir el papel que tienen que desempeñar el Estado, el sector privado y la familia. Además, los rectores de las políticas públicas de los países deben tomar en cuenta la creciente debilidad de las redes de apoyo familiar, así como la falta de servicios sociales que garanticen condiciones de vida dignas para las personas de edad avanzada. Ante la envergadura y el amplio espectro de este reto, resulta imprescindible que los sectores público, privado y académico unan esfuerzos y recursos en torno a investigaciones novedosas y multisectoriales. En definitiva, es necesario que se diseñen soluciones nuevas y creativas capaces de brindar bienestar e igualdad intergeneracional y de género.



### III . LA SEGURIDAD SOCIAL, LA SOLIDARIDAD Y LA IGUALDAD

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

Este esfuerzo ha permitido a algunos gobiernos ampliar la cobertura de seguridad social por medio de la introducción de un pilar solidario, cuya calidad y sostenibilidad futura dependen en gran medida de las decisiones que se tomen hoy en día. Sin embargo, los desafíos derivados de la transición demográfica son inminentes (véase el capítulo II). El envejecimiento de la población es un fenómeno duradero y a medida que la población envejece, la relación de apoyo potencial tiende a disminuir. En América Latina y el Caribe, entre 1950 y 2010, la relación de apoyo potencial se redujo de 10 a 6 trabajadores potenciales por cada persona de 60 años y más. Se prevé que, para 2040, este indicador se reduzca aún más y llegue a 3 trabajadores potenciales por cada persona de edad avanzada. En 2100, esta relación ya sería inferior a 1,5. Esa disminución tiene repercusiones importantes en los regímenes de seguridad social, especialmente los de pensiones con cargo a los ingresos corrientes. Es claro que, si no se interviene a tiempo, el incremento de las personas de edad que no lograron ahorrar para obtener una jubilación, junto con la decreciente relación de apoyo potencial, supondrá una carga cada vez mayor para toda la sociedad.

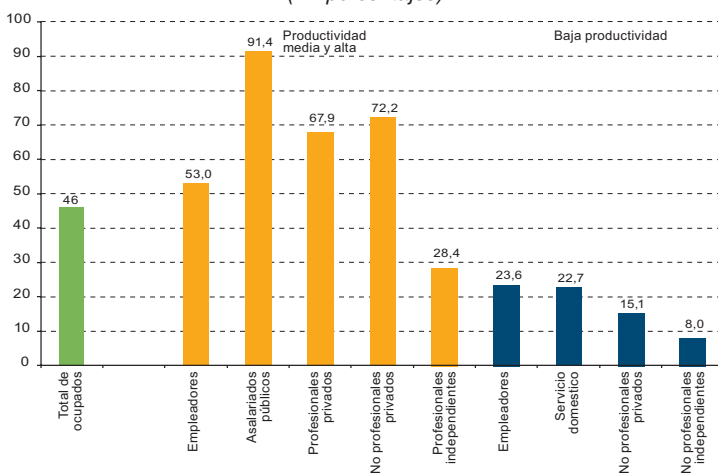
En este escenario, el desafío que deben enfrentar los regímenes de seguridad social de la región en las próximas décadas es enorme y complejo.

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

## A. Cobertura contributiva: La débil protección de los trabajadores y sus familias

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

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



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

<sup>a</sup> Promedio ponderado.

Un dato ilustrativo en este sentido es que la afiliación a la seguridad social descendió entre 1990 y 2002 (pasando del 52,4% al 49%) y a partir de allí comenzó a incrementarse, alcanzado en 2009 el 53,2%, lo que incluso supera levemente el nivel de 1990. Sin embargo, esta tendencia no fue idéntica de un sector a otro. En el período de disminución, la proporción de ocupados asegurados en el sector de baja productividad descendió más que en el sector de productividad media y alta, y cuando el ciclo económico fue permitiendo una recuperación de la afiliación, el sector formal actuó con más fuerza, mientras que en el sector informal esta tendencia fue bastante más moderada. Como resultado de esta evolución diferencial, el acceso a la seguridad social se ha convertido en un factor adicional que ha contribuido a ensanchar las distancias entre ambos sectores (CEPAL, 2011c).

Más allá de la cobertura de los ocupados, la lógica contributiva está pensada no solo para otorgar protección a los trabajadores, sino también para proteger de alguna forma a sus familias por medio del aseguramiento de salud. En este sentido, conviene recordar que quienes acceden a la seguridad social no son solamente los trabajadores de mayor nivel educativo y mejores salarios, sino también los que cuentan con menor número de dependientes (o que pertenecen a hogares menos numerosos). En contraste, quienes no acceden a la seguridad social son predominantemente los trabajadores de menos ingresos, las ocupadas con hijos pequeños, los trabajadores más jóvenes y los de hogares más numerosos (CEPAL, 2011c).

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

## **B. La protección de las personas de edad mediante las transferencias por pensiones y jubilaciones**

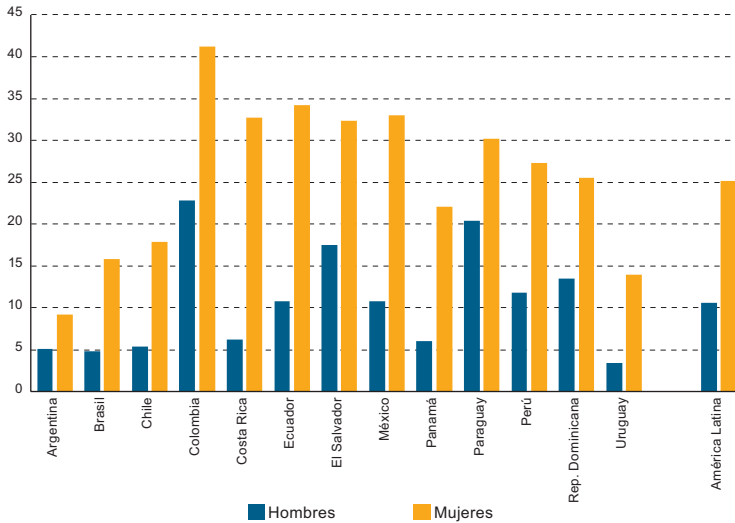
Las limitaciones e insuficiencias de la cobertura de la seguridad social se manifiestan con mayor ímpetu en la etapa de la vejez. El promedio simple de los países de la región en 2009 muestra que apenas 4 de cada 10 latinoamericanos de 65 años y más (40%) recibía jubilaciones o pensiones, incluso en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

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

## **C. La seguridad social en tiempos de crisis**

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

**Gráfico III.2**  
**AMÉRICA LATINA (13 PAÍSES): PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS QUE NO**  
**RECIBEN INGRESOS PROPIOS, POR SEXO, ALREDEDOR DE 2009<sup>a</sup>**  
*(En porcentajes)*



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

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

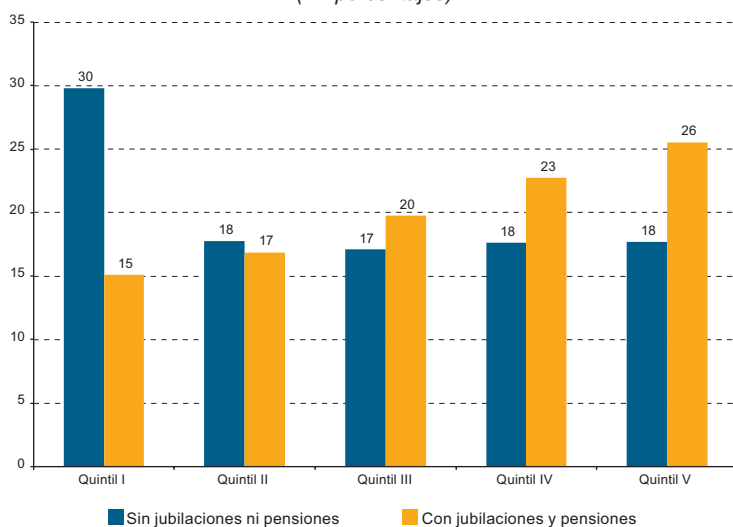
La puesta en práctica de un conjunto básico y modesto de garantías de seguridad social también tiene repercusiones en la economía nacional por medio de la reducción de la pobreza (OIT, 2011a). A partir de distintas evaluaciones acerca del efecto de las pensiones no contributivas en la pobreza y la indigencia,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

Al respecto, un ejercicio realizado por la CEPAL (2011c) demuestra que el acceso a pensiones y jubilaciones ayuda a reducir la concentración de la población adulta mayor en los quintiles más pobres. En el gráfico III.3 se presenta la distribución de las personas de 65 años y más por quintiles de ingreso y se muestra que el 30% de ellas se ubicaría entre el 20% más pobre si no accediera a pensiones o jubilaciones. A la inversa, gracias al peso de estas transferencias, la cifra se reduce a la mitad (15%). El efecto en los quintiles más ricos es menor, puesto que el 20% de la población adulta mayor más rica aumentaría solo un 8% luego de recibir ingresos por seguridad social.

**Gráfico III.3**

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

*(En porcentajes)*



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

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



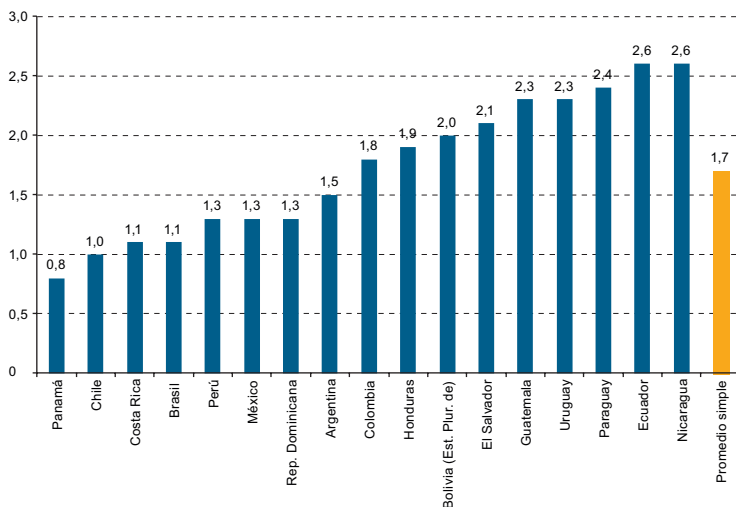
No obstante este importante resultado, si no se interviene a tiempo y la seguridad social sigue funcionando como en la actualidad, disminuye la posibilidad de que contribuya realmente a reducir la desigualdad, debido, sobre todo, a que su acceso se concentra en algunas ramas del empleo y en un segmento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

#### **D. Perspectivas para universalizar un mínimo de pensiones y jubilaciones**

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

La CEPAL (2010), en el documento del trigésimo tercer período de sesiones, propone que se establezca una pensión universal para todas las personas mayores, independientemente de sus niveles de ingreso y restantes prestaciones sociales recibidas (CEPAL, 2010). Para ello estimó el costo anual que supondría transferir una pensión mínima universal equivalente al valor de la canasta de satisfacción de necesidades básicas de cada país (línea de pobreza nacional) en 2012, el que alcanzaría en promedio el 1,7% del PIB del período. Las diferencias de un país a otro que se observan en el gráfico III.4 se deben principalmente a la interacción entre el nivel de envejecimiento de la población, el costo individual de la transferencia y el nivel de desarrollo relativo de los sistemas de seguridad social (CEPAL, 2011c).

**Gráfico III.4**  
**AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): COSTO DE UNA PENSIÓN UNIVERSAL**  
**PARA PERSONAS MAYORES, 2012<sup>a</sup>**  
*(En porcentajes del PIB)*



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

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

### Recuadro III.1

#### LA PROTECCIÓN SOCIAL POR MEDIO DE JUBILACIONES Y PENSIONES EN EL CARIBE DE HABLA INGLESA

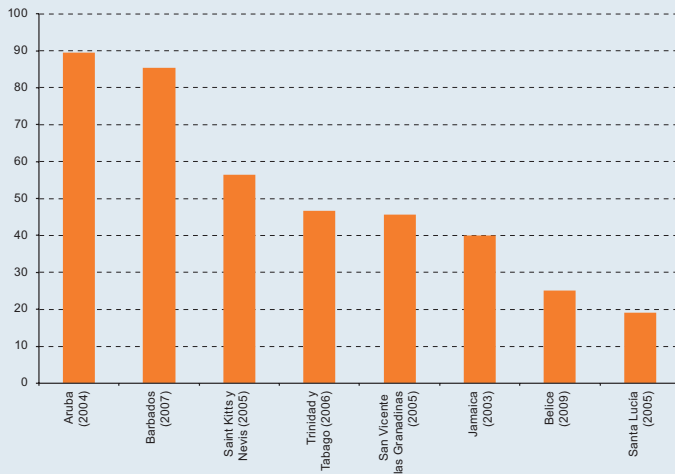
La protección social no es un fenómeno nuevo en el Caribe. Tras haberse extendido desde Gran Bretaña, inicialmente en forma de fondos de previsión, la mayoría de los sistemas nacionales de protección social se implantaron después de la independencia. El más antiguo se puso en práctica en Jamaica en 1966,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

El objetivo primordial de los sistemas de pensiones en la subregión es el de mantener un ingreso en la vejez. Esto se confirma en el hecho de que todos

Recuadro III.1 (continuación)

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

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

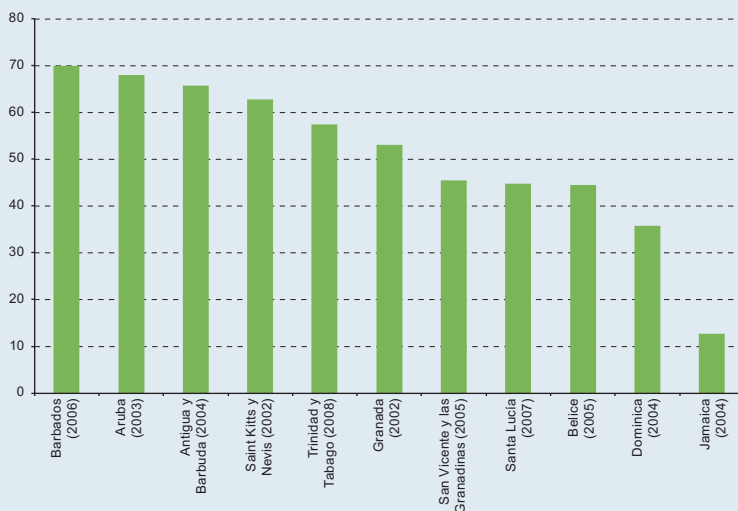


**Fuente:** Organización Internacional del Trabajo (OIT), "Extensión mundial de la seguridad social (GESS)" [en línea] <http://www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/ShowWiki.do?wid=95>.

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

Recuadro III.1 (conclusión)

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



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

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

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

## **E. La seguridad social y el fortalecimiento del pilar no contributivo para avanzar hacia la igualdad**

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

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

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

Teniendo en consideración la necesidad de avanzar gradualmente en el establecimiento de una pensión universal, ya sea extendiendo su cobertura en forma progresiva o aumentando el monto, la CEPAL

sostiene que es posible diseñar una estrategia de financiamiento y gasto en el mediano y largo plazo que evite arribar a una situación de déficit estructural para el pago de jubilaciones y pensiones ya comprometidas y que permita universalizar (o generalizar) la pensión mínima para personas de edad e incluso financiar otros componentes no contributivos de un sistema de protección social basado en el enfoque de derechos, en muchos de los países de la región (CEPAL, 2011c).

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

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

### **A. Los riesgos de dependencia en la vejez derivados del estado de salud**

En la región, el proceso de envejecimiento se caracteriza no solo por una velocidad sin precedentes, sino también por un crecimiento acelerado de la demanda de servicios de salud, siendo muy probable que las cohortes que alcancen la edad de 60 años a partir de este siglo presenten peores niveles de salud que los observados entre las personas mayores de países desarrollados (CEPAL/CELADE, 2003).

Para obtener una medición aproximada de la cantidad de años que pasa una persona en mal estado de salud, es útil emplear el indicador de

la esperanza de vida sana, el que, comparado con la esperanza de vida al nacer permite calcular el 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 se caracteriza además por vivir una parte considerable de la vida en malas condiciones de salud.

En 2000, la esperanza de vida sana al nacer en América Latina y el Caribe era de 58 años, mientras que en los países desarrollados alcanzaba los 66,1 años (PNUD, 2007). Considerando los aumentos de la esperanza de vida al nacer de los últimos años, ello significa que es probable que el período durante el cual se padece una limitación de funciones es más prolongado en la región, llegando en algunos países a la mitad de la esperanza de vida a los 60 años del período 2005-2010 (Barbados, Colombia, El Salvador, Honduras, el Paraguay, Perú, República Dominicana y Santa Lucía).

El incremento de la expectativa de vida carente de buena salud está relacionado con que las enfermedades crónicas degenerativas han sustituido a las enfermedades transmisibles como principales causas de morbilidad, discapacidad y muerte en casi todos los países (OPS, 2009). Este tipo de causas están estrechamente asociadas a la estructura por edad de la población, dado que aumentan a medida que se incrementa la edad mediana de la población. A diferencia de las patologías transmisibles, las enfermedades crónicas representan una de las mayores limitaciones para el desarrollo de una vida autónoma en la vejez, debido a que intensifican exponencialmente la incidencia de la dependencia y empeora el estado general de salud (Puga, 2002).

Algunos de los principales factores responsables del aumento de las enfermedades crónicas y el incremento subsecuente de la dependencia son los modos de vida poco saludables. En 6 de los 16 países de América Latina y el Caribe de los que se dispone información sobre el consumo de tabaco entre la población de 15 años o más, más del 25% de la población de ambos sexos fuma. En la población de edad avanzada, los resultados de la Encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) muestran que en seis ciudades de la región, el consumo de tabaco es menos elevado —sobre todo en las mujeres—, pero este patrón claramente presentará un cambio sustantivo en las próximas décadas (CEPAL/CELADE, 2003; OMS, 2009). La obesidad en personas de 15 años o más es igualmente



preocupante, y afecta más a las mujeres que a los hombres. En el caso de las personas mayores, las cifras pueden ser incluso más inquietantes: en promedio, para siete ciudades latinoamericanas, el 66% de la población entrevistada tenía sobrepeso en 2000 (CEPAL/CELADE; 2003). El comportamiento futuro de este indicador es pesimista considerando que en algunos países (Chile, México y Perú) uno de cada cuatro niños de 4 a 10 años de edad tiene sobrepeso, y se prevé que para 2015 la prevalencia de esta afección continuará aumentando tanto en hombres como en mujeres (OPS, 2009).

## **B. Estimación de la necesidad de cuidados a partir de la edad**

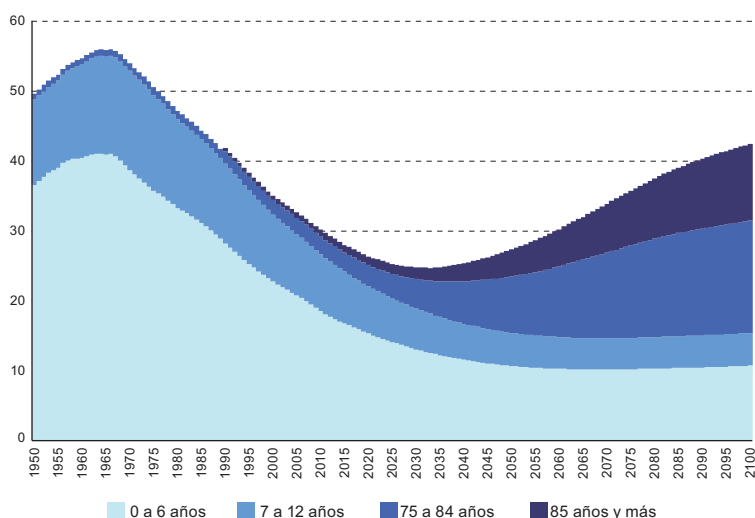
La demanda de cuidado está aumentando en América Latina y el Caribe debido a tres causas principales: el número aún considerable de niños, el envejecimiento de la población y el incremento del número de personas con algún nivel de dependencia por razones de salud. Si bien hoy la región se enfrenta a una demanda de cuidado concentrada principalmente en la niñez, en el futuro serán las personas de edad avanzada y las personas con dependencia las que constituirán el grueso de la carga demográfica de asistencia, aunque con una amplia variabilidad de un país a otro.

Como se observa en el gráfico IV.1, la relación de dependencia de cuidados era elevada a inicios de 1950, con un promedio de 50 personas con necesidad de cuidados por cada 100 potenciales cuidadores y una amplia concentración en el grupo de 0 a 6 años (36,5 personas), mostrando a partir de 1968 una trayectoria en descenso hasta 2023, momento en que se mantiene estable por el lapso de 18 años. A partir de 2042, se aprecia una inflexión que marcará el inicio de una nueva fase de expansión de la demanda, por efecto del aumento de la población de 75 años y más, la que por cierto se habrá cuadruplicado entre 2000 y 2050, y multiplicado por diez entre 2000 y 2100.

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

de cuidado, la que en promedio será de 23 personas con necesidad de cuidados por cada 100 potenciales cuidadores. De ahí en adelante, deberán hacer frente a una demanda de asistencia concentrada en las personas mayores (las antiguas Antillas Neerlandesas, Barbados, Cuba y el Uruguay).

**Gráfico IV.1**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: RELACIÓN DE DEPENDENCIA DE CUIDADOS POR GRUPOS DE EDAD, 1950-2100**  
 (En número de personas en edad de cuidado por cada 100 personas de 15 a 74 años de edad)



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

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

**Recuadro IV.1**  
**RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA Y RELACIÓN**  
**DE DEPENDENCIA DE CUIDADOS**

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

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

Recuadro IV.1 (conclusión)

que puede prestar asistencia, ya que no se toma en consideración que las personas que se ubican en los rangos de edad que califican como potenciales cuidadores pueden sufrir limitaciones, particularmente físicas y de salud, para ejercer esa labor.

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

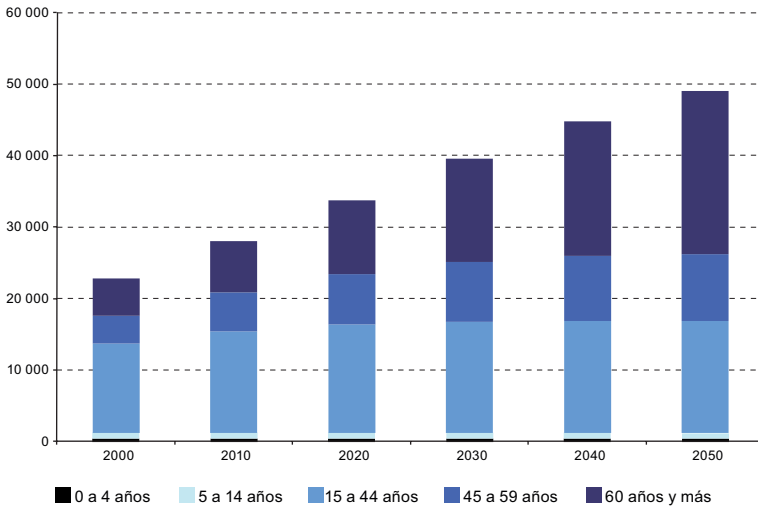
### C. Los cambios en la demanda de cuidado sobre la base del estado de salud

De manera simultánea, se prevén grandes aumentos de la población que requiere de cuidados por razones de salud. Se espera que en América Latina y el Caribe las personas con dependencia moderada o severa se dupliquen entre 2000 y 2050, pasando de 23 a 50 millones (OMS, 2002), siendo después del África subsahariana, el Oriente Medio y Asia, una de las regiones con mayor prevalencia mundial (Harwood, Sayer y Hirschfeld, 2004)<sup>1</sup>.

Aunque la dependencia recorre todos los grupos etarios, un análisis por edades permite apreciar que en la actualidad la mayor carga de cuidado por esta causa se concentra en el rango de 15 a 59 años. Paulatinamente, la población afectada irá envejeciendo y, en 2050, las personas de 60 años y más representarán cerca de la mitad de la población dependiente por razones de salud (véase el gráfico IV.2).

<sup>1</sup> Las personas con un nivel de dependencia entre moderado y severo son las que padecen cualquiera de las enfermedades catalogadas dentro de los dos grados más extremos de discapacidad (psicosis activa, demencia, cuadriplejía, migraña crónica grave, ceguera, paraplejía y depresión grave) y las que sufren dos de las tres afecciones correspondientes al tercer grado más grave de discapacidad (síndrome de Down, retardo mental moderado y fistula recto-vaginal) (Harwood, Sayer y Hirschfeld, 2004).

**Gráfico IV.2**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PERSONAS CON DEPENDENCIA**  
**MODERADA-SEVERA QUE REQUIEREN CUIDADOS DIARIOS,**  
**POR GRUPOS DE EDAD, 2000-2050**  
*(En número de personas)*



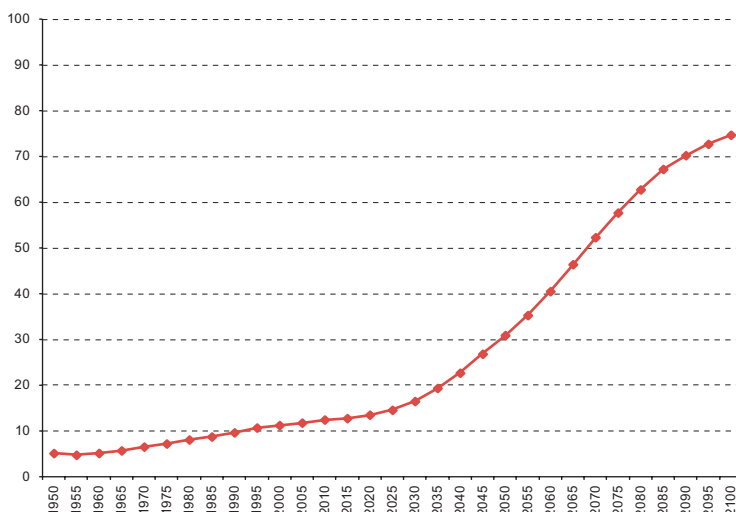
**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), *Current and Future Long-Term Care Needs (WHO/NMH/CCL/02.2)*, Ginebra, 2002.

#### **D. Las posibilidades de brindar apoyo desde la perspectiva demográfica y las familias**

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

A medida que aumenta la relación de dependencia demográfica en la vejez, la relación de apoyo a los padres igualmente se incrementa. Entre 1950 y 2050, el valor del indicador se sextuplicó. Los cambios más importantes se iniciaron a partir de 2000, momento en que había, en promedio, 11 personas de edad muy avanzada por cada 100 adultos de entre 50 y 64 años de edad; este valor ascenderá a 31 en 2050 y a 75 en 2100 (véase el gráfico IV.3).

**Gráfico IV.3**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EVOLUCIÓN DE LA RELACIÓN**  
**DE APOYO A LOS PADRES, 1950-2100**  
*(En número de personas de 80 años o más por cada*  
*100 personas de 50 a 64 años)*



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

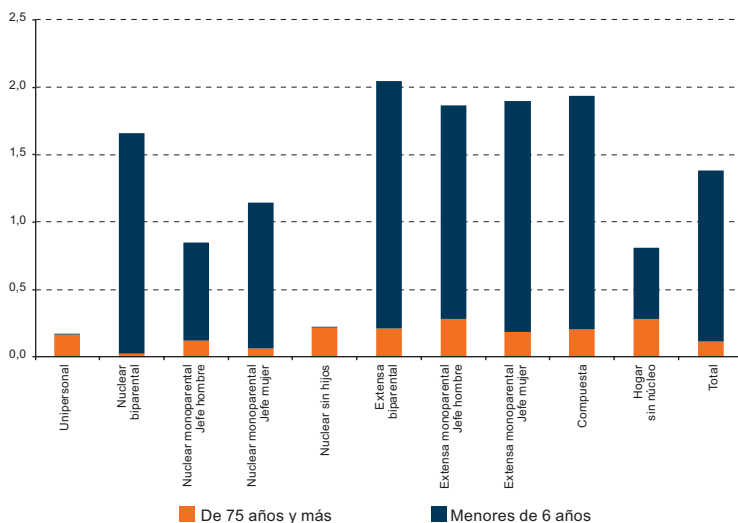
En los países y territorios actualmente más envejecidos, como Barbados, Cuba, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica, Puerto Rico y el Uruguay, se observa que ya desde mediados del siglo XX la relación de apoyo de los padres rondaba las 8 personas de edad muy avanzada por cada 100 adultos de entre 50 y 64 años. Las excepciones eran el Uruguay, con un valor de 11; las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, con 9,6, y Barbados, con 9,3. A partir de 2030, se

proyecta que en estos países habrá 32 personas de 80 años y más por cada 100 personas de 50 a 64 años, cifra que ascenderá a 51 personas en 2050. Los países menos envejecidos, como Belice, Guyana, Haití, Nicaragua, Guatemala y Honduras, comenzaron en 1950 una trayectoria muy similar a los más envejecidos, pero la mantuvieron relativamente estable en las décadas siguientes. En 2050 recién se habrá triplicado el indicador, llegando a 18 personas de 80 años y más por cada 100 adultos de 60 a 64 años.

Otro elemento a considerar en este análisis es la posibilidad efectiva que tienen las familias de brindar asistencia. Una perspectiva regional construida a partir de las encuestas de hogares disponibles para 17 países muestra que el mayor cambio que se ha producido en la última década es la paulatina maduración del ciclo en que se ubican las familias latinoamericanas. Ello significa que, cuando se analiza el cuidado a escala del hogar, la composición de la demanda refleja las transiciones inherentes al ciclo de vida familiar, siendo el fenómeno del envejecimiento el que más afectará en lo inmediato —incluso más allá de la baja de la fecundidad— a las familias y a quienes brindan apoyo, tanto de manera positiva (la transmisión intergeneracional de los recursos) como negativa (el aumento de la carga de cuidado cuando no existen posibilidades de ayuda institucional).

En la actualidad, las estructuras familiares que se enfrentan a mayores presiones de demanda de ayuda son las extensas —en todas sus formas— y las compuestas (véase el gráfico IV.4). En todas ellas, el número de miembros que precisaría cuidados intensivos alcanza, en promedio, a dos personas por núcleo familiar, cifra elevada si se considera la tendencia a la reducción del tamaño de las familias latinoamericanas, sobre todo en los países con una transición demográfica más avanzada (Sunkel, 2006). Algunas de estas estructuras familiares corresponden a las que tradicionalmente han sido las más afectadas por la pobreza. Por otra parte, y pese a que las familias suelen movilizar un conjunto diverso de recursos para crear nuevas estrategias destinadas a afrontar los retos, las cargas y las oportunidades del cuidado (Castells, 1999), no siempre cuentan con la flexibilidad y la autonomía suficientes para realizar las adaptaciones que les exigen la vida moderna y las obligaciones de solidaridad familiar.

**Gráfico IV.4**  
**AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): PROMEDIO DE PERSONAS CON**  
**NECESIDADES INTENSIVAS DE CUIDADO, SEGÚN LA**  
**ESTRUCTURA FAMILIAR, ALREDEDOR DE 2007<sup>a</sup>**  
*(En número de miembros del grupo familiar)*



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

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

Pero, más allá de la clásica heterogeneidad de los países para analizar la necesidad y disponibilidad de cuidadores (la que está estrictamente relacionada con la etapa de la transición demográfica en que se encuentra cada uno de ellos), la división sexual del trabajo del cuidado y las dificultades generacionales para ejercer la solidaridad y los cuidados son los que en definitiva expresan la desigualdad. En tiempos de crisis, los hogares que cuentan con los recursos económicos necesarios pueden pagar por el cuidado de sus miembros dependientes, e incluso hacerlo a un inequitativo valor de cambio. En contraste, los hogares pobres pueden verse enfrentados a una doble disyuntiva: dedicar los recursos humanos disponibles al cuidado de los miembros dependientes o movilizar sus activos. La evidencia muestra que, cualquiera sea la estrategia que implementen los pobres, el ajuste generalmente supone costos económicos y psicológicos para las mujeres y las niñas, o bien pone en riesgo a quienes necesitan cuidado (Esplen, 2009; Huenchuan, 2011c).



## **E. La solidaridad como eje de los cuidados en los sistemas de protección social**

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

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

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



## **V. LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES: BRECHAS E IGUALDAD REAL**

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

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

## **A. Los derechos de las personas mayores en el ámbito internacional**

En el ámbito internacional no existe un instrumento jurídicamente vinculante que estandarice y proteja los derechos de las personas mayores. En la doctrina internacional de derechos humanos, la edad es un asunto que se ha tratado bajo la acepción de “cualquier otra condición social”, lo que estaría indicando que la lista de motivos de discriminación que deben condenarse no es exhaustiva y que pueden incluirse otros en esta categoría, entre los que figura la edad. Esto significa que los derechos consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 deben ser igualmente aplicados a las personas mayores.

Los órganos encargados de la supervisión de los tratados han hecho una interpretación progresiva de los derechos de las personas mayores para contribuir a su comprensión. Es el caso del Comité de Derechos Humanos, que ha aplicado el principio de no discriminación por la edad en algunos casos examinados en el marco de su procedimiento contencioso (Rodríguez-Piñero, 2010). También es destacable la práctica del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, por medio de sus Observaciones generales: N° 6 sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores, de 1995; N° 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), de 2000; N° 19 sobre el derecho a la seguridad social (artículo 9), de 2008, y N° 20 sobre la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2), de 2009. Por su parte, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha realizado una importante labor en este sentido, principalmente con la Recomendación general N° 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos. Otra contribución relevante proviene del Comité contra la Tortura, por medio de su Observación general N° 2 sobre la aplicación del artículo 2 por los Estados Partes, de 2008 (Huenchuan, 2011).

A nivel interamericano, a fines de la década de 1980 se incorporaron medidas específicas en favor de las personas mayores en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador), que hasta el momento es el único instrumento vinculante que incorpora específicamente los derechos de las personas de edad.

## **B. La protección constitucional y las leyes específicas sobre los derechos de las personas mayores**

En la Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, el Paraguay, la República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de) se han constitucionalizado los derechos de las personas mayores. Algunos de estos países incluyen la protección frente a los actos de discriminación, y otros garantizan los derechos económicos, sociales y culturales principalmente. Aunque no hay un concepto compartido con respecto a los ámbitos de protección ni sobre la amplitud de los grupos a los que deben extenderse —al conjunto de las personas de edad o solo a las más vulnerables—, todos los países que han constitucionalizado los derechos comparten como principio el deber de brindar protección a las personas mayores.

De acuerdo con las Directrices de Maastricht sobre Violaciones a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la obligación de proteger exige a los Estados que se resguarde a las personas de edad, de manera individual o como grupo, de las violaciones de los derechos humanos por parte de terceros. Incluye, entre otras acciones, la de adoptar las medidas legislativas o de otra índole que sean necesarias y eficaces para impedir que terceras partes denieguen el acceso en condiciones de igualdad a los derechos constitucionales, sean administrados por el Estado o por otros, impongan condiciones injustificadas de admisibilidad, interfieran arbitraria o injustificadamente en el ejercicio de los derechos o impongan obstáculos que vayan en contra de la igualdad y la dignidad de las personas mayores.

En congruencia con ello, 13 países latinoamericanos cuentan con una norma específica en la materia (Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de)). En otros, el proceso de legislar está en marcha. Por ejemplo, en Bolivia (Estado Plurinacional de) existe un anteproyecto de ley de derechos de las personas mayores, y en Chile, la Cámara de Diputados solicitó al poder ejecutivo, por medio de un proyecto de acuerdo aprobado por unanimidad en julio de 2010, que envíe al Congreso un proyecto de ley integral sobre los derechos de las personas de edad. En la Argentina, se está trabajando en una ley de protección integral de los derechos de las personas mayores (Roqué, 2010), al igual que en Panamá (MIDES, 2010).

**Recuadro V.1**  
**LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES EN LAS**  
**CONSTITUCIONES DEL ECUADOR, BOLIVIA (ESTADO**  
**PLURINACIONAL DE) Y LA REPÚBLICA DOMINICANA**

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

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

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

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

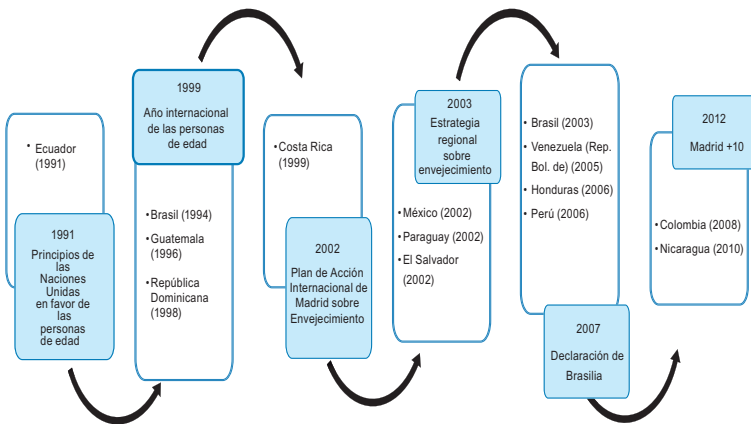
Asimismo, el Estado se obliga a garantizar a las personas de edad la atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas; el trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomarán en cuenta sus limitaciones; la jubilación universal, y el acceso a una vivienda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

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

**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de Asamblea Constituyente, *Constitución política de la República del Ecuador*, Quito, 2008; Asamblea Constituyente, *Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia*, 2009; Asamblea Nacional, *Constitución de la República Dominicana*, Gaceta Oficial N° 10561, del 26 de enero de 2010.

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

**Diagrama V.1**  
**AMÉRICA LATINA: CRONOLOGÍA DE APROBACIÓN DE LAS LEYES DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES**



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

### C. Esencia y estructura de los derechos de la vejez en el derecho interno

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

**Cuadro V.1**  
**AMÉRICA LATINA: DERECHOS PROTEGIDOS EN LAS NORMAS NACIONALES DEDICADAS A LAS PERSONAS MAYORES**

País y año de la norma	Derecho a la igualdad y a la no discriminación	Derecho a la vida y a una muerte digna	Derecho a la integridad física, psíquica y emocional y a un trato digno	Derecho a participar en la vida social, cultural y política de la comunidad	Derecho a un nivel de vida adecuado y a los servicios sociales	Derecho a la salud física y psíquica	Derecho a la educación y a la cultura	Derecho a la vivienda y a un entorno saludable	Derecho al trabajo y a la seguridad social	Derecho a la seguridad social	Derechos y libertades fundamentales de las personas que viven en instituciones de cuidado	Derechos de las personas mayores en situación de detención o prisión
Brasil (2003)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Colombia (2008)	x	x	x	x	x	x	x		x			
Costa Rica (1999)		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Ecuador (2001)			x		x	x	x	x				
El Salvador (2002)	x		x	x		x	x	x		x		
Guatemala (1996)				x	x	x	x		x			
Honduras (2007)	x		x	x		x		x	x			
México (2002)	x		x	x	x	x	x	x	x	x		
Nicaragua (2010)	x		x	x	x	x	x	x	x			
Paraguay (2002)	x				x	x	x	x	x			
Perú (2006)	x	x	x	x	x	x	x					x
República Dominicana (1998)	x		x	x	x	x	x	x	x		x	x
Venezuela (República Bolivariana de) (2005)	x			x	x	x	x	x	x		x	

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



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

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

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

#### **D. Las garantías para hacer efectivos los derechos de las personas de edad**

El hecho de que estén tutelados en las constituciones y en un marco legislativo específico no siempre es suficiente para que los derechos sean efectivos. Por ello es imprescindible contar con mecanismos especiales de protección (garantías), a fin de que sus destinatarios puedan satisfacer realmente la necesidad o el interés protegido (Wilhelmi y Pisarello, 2008).

Las formas de garantía pueden distinguirse de acuerdo con el sujeto o los sujetos que offician como actores principales del resguardo del derecho (Abramovich y Courtis, 2006). Por una parte, están las garantías institucionales, y por otra, las garantías ciudadanas. Las primeras son aquellos mecanismos de protección y tutela de los derechos encomendados a los órganos institucionales como el gobierno, el legislador, el administrador o los jueces y funcionarios. Para su análisis, se pueden dividir en garantías políticas y jurisdiccionales. Las primeras corresponden a las vías de tutela cuya implementación se asigna al poder legislativo —ordinario o constitucional—, al gobierno o a la administración, mientras que las segundas se confían a los tribunales ordinarios o especiales, como los tribunales constitucionales (Wilhelmi y Pisarello, 2008).

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

La revisión de las legislaciones existentes en la región a partir de este marco de análisis demuestra que no todas hacen explícitas las garantías institucionales —tanto de orden político como jurisdiccional— para el cumplimiento de los derechos. Varias normas carecen de mecanismos específicos de protección para que sus destinatarios puedan satisfacer realmente la necesidad o el interés protegido. La principal carencia de las garantías institucionales, con notables excepciones, es que la norma no establece de manera explícita las obligaciones ni los sujetos obligados para los derechos protegidos. De este modo, se enumeran prerrogativas a favor de las personas mayores, pero no está claro qué órgano de gobierno, legislativo o judicial, debe responder para hacer efectivo el derecho. Lo mismo ocurre con las sanciones, que generalmente son administrativas y concentran la responsabilidad de su ejecución en las instituciones creadas

por la misma norma, muchas de las cuales no cuentan con el personal calificado, la ubicuidad institucional, el presupuesto ni los procedimientos para hacerlas efectivas. Unido a lo anterior, y con excepción de algunos países, existen dificultades de acceso a la justicia para las personas mayores (Huenchuan, 2011b).

Teniendo en cuenta que la titularidad de derechos debe guiar las políticas de igualdad, es fundamental que, además de las leyes, existan organismos de Estado que garanticen la vigencia y aplicación de los mecanismos jurídicos y de política pública para que todos los integrantes de la sociedad puedan ejercerla. De este modo, el Estado actúa como una institución que produce y redistribuye el bienestar, es el garante de los derechos humanos y es quien debe ejercer su tutela, protegerlos y desarrollarlos. Por su parte, las políticas públicas deben concebirse como un instrumento de promoción y efectivo cumplimiento de los derechos de ciudadanía. En un contexto de envejecimiento, esta articulación de capacidades técnicas y económicas del Estado y sus instrumentos jurídicos y de política se transforma en un elemento esencial para garantizar una vejez con igualdad, puesto que fortalece la capacidad de las personas mayores para superar la indefensión y las inseguridades que las afectan.

## **E. El fortalecimiento de las garantías y la necesidad de un tratado internacional**

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

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

cooperación internacional, ha tenido también un efecto impulsor en el desarrollo de las legislaciones.

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

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

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

## VI . INSTITUCIONALIDAD PÚBLICA, ENVEJECIMIENTO Y PROTECCIÓN

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

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

### **A. La institucionalidad pública: El aspecto soslayado de las políticas públicas**

La evolución de la ciencia política moderna y de las políticas públicas tiende a dejar de lado el hecho de que ellas existen en el contexto de las instituciones, las que aportan importantes parámetros para el planteamiento de los problemas, la toma de decisiones y su solución, sea esta positiva (acción) o negativa (latencia o inactividad). Por ello, con frecuencia sucede

que quienes proponen e implementan políticas no prestan suficiente atención a este aspecto, haciendo caso omiso a que 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).

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 los medios y los 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 los que el individuo puede identificarse (March y Olsen, 1984). Sin embargo, no son sino reflejo de las sociedades.

## **B. 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 profundamente segmentadas en términos económicos, regionales y étnicos, 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 dirigida a quebrar la desigualdad debe considerarla en toda su dimensión.

La desigualdad y la debilidad institucional son fenómenos interdependientes y en la práctica favorecen el statu quo. Si las instituciones no cuentan con claras reglas de juego que sean 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 juego político (Adelantado y Scherer, 2008). De este modo, las instituciones terminan plasmando los intereses de determinados sectores, que son precisamente 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 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 dirigida a 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 una consecuente institucionalidad y autoridad pública, en especial, una autoridad social (Machinea, 2005).

Por consiguiente, 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 con respecto al poder y la riqueza (CEPAL, 2010).

El acento en las instituciones radica, por lo tanto, en dos aspectos. Primero, conlleva una carga de significado y de deber moral y ético que afecta a su vez la forma de concebir el problema o la necesidad que le da principio (Székely y Pardo, 2006; Repetto y Chudnovsky, 2008); y segundo, afecta el grado de poder de los actores que toman las decisiones sobre el asunto en cuestión. En razón de ambos, la creación y la consolidación de las instituciones cobran una especial relevancia para afirmar la posición de ciertos temas en la agenda de gobierno, como ocurre con los asuntos de las personas mayores. De otro modo, su devenir se asocia a aquellas instancias que han conservado el statu quo. En otras palabras, los temas adquieren fuerza cuando encuentran medios institucionales de expresión, y la posibilidad de ampliar el ámbito de influencia de los grupos o asuntos marginados se incrementa cuando los adopta o asume una instancia gubernamental específica.

### **C. La institucionalización del tema del envejecimiento**

El proceso de creación y posterior consolidación de una institución no es fácil ni rápido. Se trata de un desarrollo tanto técnico como político que demanda cambios en los niveles de acción y decisión, en el que intervienen

distintos actores, que responden a lógicas diferentes, así como otras instituciones, todos ellos ansiosos por cumplir una función en la definición de los problemas, la elaboración de las agendas y la toma de decisiones (CEPAL, 2000).

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

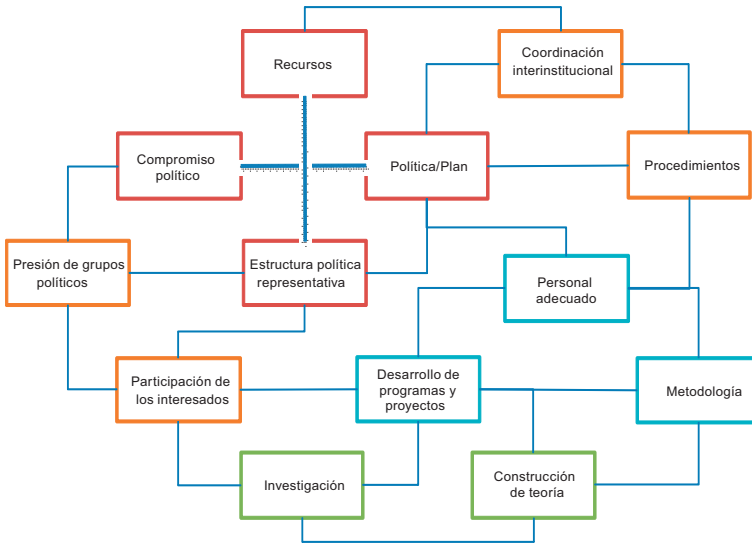
Esto significa que para lograr una institucionalidad pública para un asunto determinado, se requieren cambios profundos en las estructuras organizacionales. Así, aunque depende del contexto, la institucionalización de un asunto no debe ser entendida únicamente como un proceso de adhesión a las estructuras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

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, 2011a).

De acuerdo con la jerarquización realizada por los consultados, el compromiso político, la estructura política representativa, la existencia de un plan y la disponibilidad de recursos constituirían un punto de partida ineludible de todo el proceso e impulsarían la marcha del resto de los elementos (véase el diagrama VI.1).



**Diagrama VI.1**  
**RED DE INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS ASUNTOS**  
**DE LAS PERSONAS MAYORES**



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

En opinión de los especialistas, 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. Este mandato legal debe ir acompañado de una asignación presupuestaria suficiente para poner en funcionamiento la institución y cumplir con sus obligaciones. A su vez, es indispensable contar con una política o plan que articule el quehacer institucional. Esta herramienta debe construirse como una respuesta operativa para hacer efectivas las garantías contenidas en la ley que da origen a la institución. Estos aspectos son fundamentales para ampliar el ámbito de influencia de las instituciones encargadas de los asuntos de las personas mayores y así avanzar en su consolidación y sostenibilidad a lo largo del tiempo.

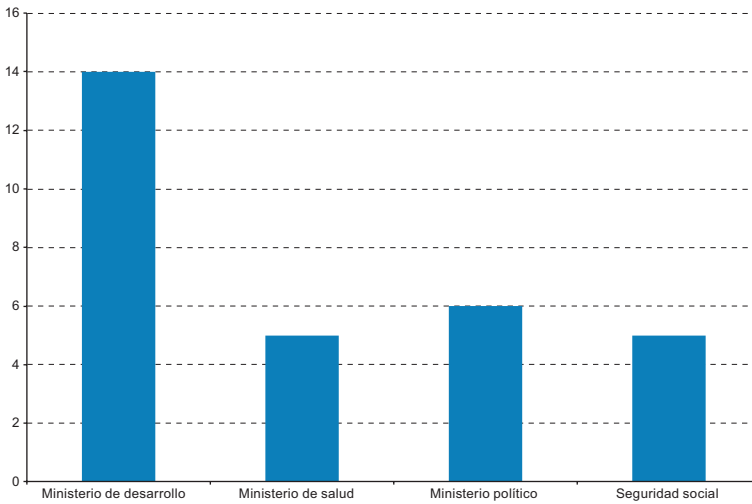
## **D. Cartografía de las instituciones públicas orientadas a las personas mayores**

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

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

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

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



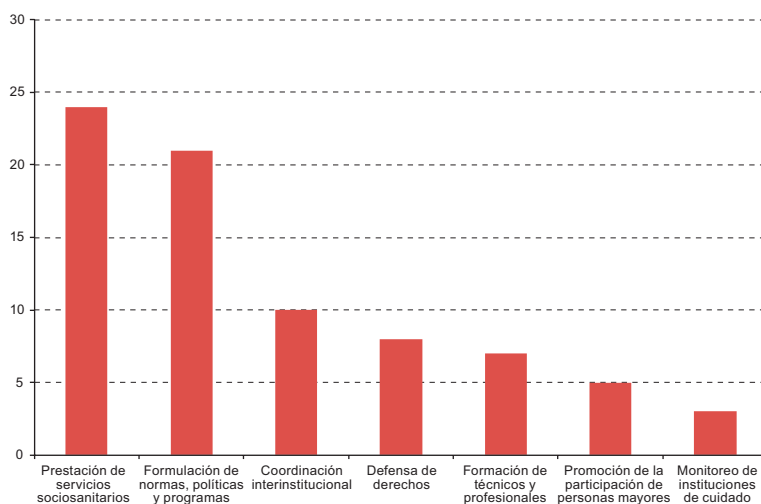
**Fuente:** Sandra Huenchuan, "Desafíos de la institucionalidad pública y el abordaje del envejecimiento", presentación en el Encuentro internacional para el seguimiento de la Declaración de Brasilia y la promoción de los derechos de las personas mayores, 9 y 10 de noviembre de 2011.

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

Más de la mitad de los países analizados se dedica directamente a prestar servicios sociosanitarios a las personas mayores (véase el gráfico VI.2). En la Argentina, Belice, el Brasil, Cuba, Chile y el Uruguay, entre otros, estos

organismos destinan una parte importante de su actividad a este propósito. En un elevado número de países, las instituciones tienen a su cargo la formulación de normas, políticas y programas dirigidos a las personas mayores. Algunas de ellas incorporan también el monitoreo como parte relevante de su quehacer, por ejemplo, las de Colombia, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Haití, México, Panamá, Suriname y Trinidad y Tabago. La defensa de derechos es un ámbito en el que varias instituciones están incursionando, sobre todo en los países de habla hispana. Lo mismo ocurre con la protección de las personas mayores frente a situaciones de violencia. Anguila, Belice, el Ecuador, Guatemala y otros países se ocupan de estas tareas.

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



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

Respecto de la labor de rectoría que ejercen las instituciones dirigidas a las personas de edad, el 83% de las estudiadas mantienen relaciones de colaboración y cooperación con otras entidades de gobierno, el 78% con organizaciones de la sociedad civil y el 54% con instituciones

académicas. Entre estas últimas se ubican varios organismos del Caribe de habla inglesa, aunque en su mayoría corresponden a instituciones de Centroamérica y América del Sur.

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

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

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

Por último, algunas instituciones cuentan con programas de apoyo a las víctimas de abuso y maltrato (la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Puerto Rico y Venezuela (República Bolivariana de)), entre otros) y programas de acceso a la vivienda, sea mediante la entrega de subsidios o viviendas en comodato, o la reparación de viviendas (Anguila, Bahamas, Chile, Costa Rica, Cuba, Haití y República Dominicana). La provisión de facilidades de transporte también es un área de trabajo de

estas instituciones en Costa Rica, Cuba, las Islas Vírgenes Británicas, Puerto Rico y la República Dominicana, entre otros; en tanto que en la Argentina, Costa Rica, Cuba, Guyana, las Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Panamá, Puerto Rico, la República Dominicana y Trinidad y Tabago existen programas de cuidado a domicilio, que difieren en la amplitud y la cobertura.

### **E. La igualdad como fundamento de la institucionalidad dirigida a las personas mayores**

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

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

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

Lo anterior es producto de que, aún en los países más desarrollados económicamente, el envejecimiento siempre ha sido tratado como un

tema asistencial y, a menudo, como un obstáculo para el crecimiento y el desarrollo (Sidorenko, 2003). De cara a los cambios que se avecinan, se debe revertir esta tendencia y promover la igualdad por edad en todas las áreas de gobierno y las organizaciones.

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





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

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

### A. Las personas de edad y el desarrollo

#### 1. El trabajo y la fuerza laboral diversificada

El trabajo en la vejez es un tema que irá adquiriendo cada vez mayor importancia en el futuro, y hasta ahora ha sido abordado fundamentalmente por medio de normas específicas para personas mayores y algunos programas sociales. Uno de los avances más importantes desde 2002 es la ampliación del número de países que intentan eliminar la discriminación por edad en el trabajo, expresado en medidas de acción positiva o en la prohibición taxativa de segregar

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

a cualquier trabajador por razones de edad (Brasil, El Salvador, México, Paraguay, Perú y Uruguay). En algunos casos, se ofrece capacitación para el empleo (Chile, Colombia, El Salvador, Honduras, México, Panamá, Puerto Rico y Uruguay). En otros, existen bancos de datos e información sobre empleos para personas mayores (El Salvador, México y Puerto Rico). También hay países que han propiciado el acceso a créditos para emprendimientos (Brasil, Costa Rica, El Salvador, Honduras y Perú). Las contribuciones económicas para apoyar iniciativas productivas también adquieren distintas modalidades, sea por medio de la entrega directa de subsidios (Belice) o por fondos concursables (Chile, Honduras, México y Paraguay).

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

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

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

carecen de pensión y jubilación. En el mismo año, El Salvador creó la pensión básica dirigida a las personas de 70 años o más que no cuentan con ninguna clase de pensión ni reciben remesas.

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

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

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

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

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

Con frecuencia se considera que la entrega de subsidios monetarios es una forma eficaz de aliviar la pobreza en la vejez, flagelo que a partir

de la última crisis ha puesto en evidencia la vulnerabilidad de las personas mayores frente a la pérdida de ingresos. En cuanto a este aspecto, en junio de 2010 el Comité Internacional de la Cruz Roja Internacional (CICR), en su informe anual, indicó que a raíz de la crisis, la situación de muchas personas mayores empeoró en todo el mundo, a pesar de los ingresos por pensiones, puesto que varias se han visto obligadas a convertirse en el sostén de sus hijos y sus familias debido al desempleo (CICR, 2010). Lo mismo advirtió el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MINDES) del Perú en 2009, por medio de un estudio específico en la materia en el que demostró que las personas mayores aportan más del 50% del ingreso económico familiar en los hogares de extrema pobreza y que este aumenta en tiempos de crisis (Ramos, Vera-Tudela y Cárdenas, 2009).

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

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

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

## **B. Salud y bienestar**

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

En los últimos años, las instituciones de salud dirigidas a las personas mayores han ido convirtiéndose en actores cada vez más activos.

Prueba de ello es la incorporación de las personas de edad a los planes y programas de salud. Además, se han creado nuevas formas de aseguramiento o se ha mejorado el funcionamiento de los seguros existentes.

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

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

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

### **Recuadro VII.1**

#### **GRUPOS ESPECIALES DE PERSONAS MAYORES**

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

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

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

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

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

Recuadro VII.1 (conclusión)

**iii) Mujeres de edad**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



embargo, en la mayor parte de los casos, la reglamentación es débil e incluso suele tratarse solo con medidas administrativas. Un examen detallado muestra que la mayoría de las reglamentaciones no garantizan en plenitud los derechos y libertades fundamentales de las personas mayores, siendo recurrentes las denuncias por violaciones de las garantías de los residentes.

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

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

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

Todo ello ocurre en un escenario en el que la mitad de los recursos humanos que atenderán a los pacientes mayores en los próximos 20 años fueron formados en los últimos 10 años (Fernández, 2010). Por lo tanto, los sistemas de salud se enfrentan a la escasez de profesionales médicos especializados. A ello se suma la emigración del personal sanitario en el Caribe de habla inglesa. Para paliar estas deficiencias, algunos países cuentan con una especialización en geriatría a nivel universitario (Chile,

Costa Rica, México, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de)). Una modalidad interesante en este sentido es la que implementa el hospital Raúl Blanco Cervantes en Costa Rica, que, además de formar a los profesionales, coordina un programa de extensión de los servicios geriátricos a todo el país. Otra modalidad bastante recurrente es la formación en geriatría y gerontología de otros profesionales de la salud, la que en general alcanza una cobertura más amplia (antiguas Antillas Neerlandesas, Argentina, Belice, Brasil, Chile, Cuba y El Salvador).

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

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

## **C. Entornos propicios y favorables**

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

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

Uruguay, que junto con el inicio de funciones del Instituto Nacional del Adulto Mayor (Inmayores), creó un Consejo Consultivo que representa a las organizaciones de personas mayores.

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

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

## **2. Cuidado, economía y empleo**

En el ámbito del cuidado y apoyo a los cuidadores informales, el informe de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (Colombo y otros, 2011) advierte que en un escenario donde se prevé que el gasto en atención de largo plazo se triplicará en 2050, a causa del envejecimiento poblacional, se hace cada vez más relevante el mayor apoyo a los cuidadores familiares y profesionales. En los países miembros de esa organización, alrededor del 70% de los usuarios de atención de largo plazo

reciben los servicios en casa. No obstante, el gasto en atención institucional representa el 62% del gasto total. El cuidado de relevo, el fomento del trabajo de medio tiempo y el pago de prestaciones a los cuidadores familiares podrían, por lo tanto, ser políticas rentables que reducen la demanda de costosa atención institucional (Colombo y otros, 2011).

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

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

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

---

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

o centros diurnos. Se espera que para 2014 la red tenga una cobertura de 2.500 beneficiarios.

### 3. Integridad y malos tratos

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

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

Una experiencia destacada en este ámbito es la que lleva adelante el gobierno de la Ciudad de México, que cuenta con: i) una red de prevención, detección y atención de la violencia contra las personas

mayores que trabaja en estrecha colaboración con las organizaciones sociales; ii) un grupo interinstitucional de prevención, detección y atención de la violencia contra las personas mayores, inaugurado en 2005, y compuesto por diez instituciones que están en la actualidad elaborando un protocolo de atención, y iii) la Agencia Especializada para la Atención de Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia Familiar, creada en abril de 2010.

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

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

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

En materia de transporte, solo algunos países y territorios ofrecen gratuidad y otros únicamente rebajas (Argentina, Aruba, Belice, Brasil, Chile, Guatemala, Islas Vírgenes Británicas, Puerto Rico y Venezuela (República Bolivariana de)). Sin embargo, en muchos casos los servicios

presentan dificultades de fiscalización o conllevan complicados trámites que las personas mayores no siempre están dispuestas a emprender. En cuanto a la accesibilidad del espacio público, las intervenciones más interesantes tienen que ver con estrategias de inclusión en la ciudad, aunque en general están circunscritas a algunos países (Argentina, Aruba, Colombia, Honduras, México, Paraguay y Perú). En varios de ellos, las iniciativas orientadas a la accesibilidad están estrechamente ligadas a la movilidad de las personas con discapacidad, por lo que benefician también a las personas mayores. Con todo, la falta de adecuación de los sistemas de transporte al cambio demográfico es evidente, lo que deriva en la profundización de las barreras urbanísticas que afectan a las personas de edad, a las que se suman otras relacionadas con la falta de adecuación de los espacios públicos urbanos a las necesidades de desplazamiento seguro de las personas mayores (Roqué y otros, 2010).

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





## Bibliografía

- Abramovich, Víctor y Christian Courtis (2006), *El umbral de la ciudadanía: el significado de los derechos sociales en el Estado social constitucional*, Buenos Aires, Editores del Puerto.
- Adelantado, José y Elenise Scherer (2008), “Desigualdad, democracia y políticas sociales focalizadas en América Latina, Estado, gobierno y gestión pública”, *Revista chilena de administración pública*, N° 11, junio.
- Bárcena Alicia (2010), Discurso en la ceremonia de inauguración del trigésimo tercer período de sesiones de la Comisión, Brasilia, 30 de mayo de 2010 [en línea] [www.cepal.org/pses33/noticias/paginas/3/39683/Discurso\\_inaugural\\_Alicia\\_Barcelona\\_29\\_mayo.pdf](http://www.cepal.org/pses33/noticias/paginas/3/39683/Discurso_inaugural_Alicia_Barcelona_29_mayo.pdf).
- Bertranou, Fabio (2006), *Envejecimiento, empleo y protección social en América Latina*, Santiago de Chile, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Bertranou, Fabio, Wouter Van Ginneken y Carmen Solorio (2004), “The impact of tax-financed pensions on poverty reduction in Latin America: evidence from Argentina, Brazil, Chile, Costa Rica and Uruguay”, *International Social Security Review*, vol. 57, N° 4, Oxford, Blackwell Publishing
- Bobbio, Norberto (1991), “Derechos del hombre y filosofía de la historia”, *El tiempo de los derechos*, Madrid, Sistema.
- Budlender, Debbie (2008), “The statistical evidence on care and non-care work across six countries”, *Gender and Development Programme Paper*, N° 4, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social.

- Castells, Manuel (1999), *La era de la información. Economía, sociedad y cultura. El poder de la identidad*, vol. II, México, D.F., Siglo XXI.
- CDESC (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) (2000), *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, Observación general N° 14* (E/C.12/2000/4), Nueva York, Consejo Económico y Social.
- \_\_\_\_ (1989), *Observación general N° 18, Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, No discriminación* (HRI/GEN/1/Rev.7), Nueva York.
- CEDAW (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer) (2009), *Nota conceptual relativa al proyecto de recomendación general sobre la mujer de edad y la protección de sus derechos humanos* (CEDAW/C/2009/II/WP.1/R), 12 de mayo.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – División de Población de la CEPAL) (2006) CELADE (2006), “Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez”, Documentos de proyecto, N° 113 (LC/W.113), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- \_\_\_\_ (2003), “La situación de las personas mayores”, documento presentado en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 a 21 de noviembre.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2011a), “Proceso de envejecimiento a largo plazo”, *Observatorio demográfico*, N° 12 (LC/G.2517-P), , Santiago de Chile, en prensa.
- \_\_\_\_ (2011b), “Proyección a largo plazo”, *Observatorio demográfico*, N° 11 (LC/G.2515-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.12.II.G.10.
- \_\_\_\_ (2011c), *Panorama social de América Latina 2011* (LC/G.2514-P), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_ (2010), *La hora de la igualdad: Brechas por cerrar, caminos por abrir* (LC/G.2432(SES.33/3)), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_ (2007), *Envejecimiento y desarrollo en una sociedad para todas las edades* (LC/L.2805-E), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_ (2006), *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294 (SES.31/3)), Santiago de Chile.

- \_\_\_\_ (2000), “El proceso de institucionalización del enfoque de género en el trabajo sustantivo de la CEPAL” (DDR/1), documento de referencia de la octava Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, 13 de enero.
- Cichon, Michael y otros (2004), *Financing Social Protection*, Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo/Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS).
- CICR (Comité Internacional de la Cruz Roja) (2010), *Annual Report* [en línea] <http://www.icrc.org/eng/assets/files/annual-report/icrc-annual-report-2010.zip>.
- Colombo, F. y otros (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).
- Comisión Europea (2009), *International Perspectives on Positive Action Measures: A Comparative Analysis in the European Union, Canada, the United States and South Africa*, Bruselas.
- Esplen, Emily (2009), *Gender and Care. Overview Report*, Brighton, Institute of Development Studies, University of Sussex, Bridge Publications.
- Fernández, Alberto (2010), “Formación de recursos humanos en materia de adulto mayor en Cuba”, presentación en la X Conferencia RIICOTEC sobre la necesidad a los derechos en políticas públicas de discapacidad y envejecimiento, Asunción, 22 y 24 de septiembre.
- Harwood, Rowan H., Avan Aihie Sayer y Miriam Hirschfeld (2004), “Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios”, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 82, N° 4, Génova, Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Huenchuan, Sandra (2011a), “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.
- \_\_\_\_ (2011b), “Legislación comparada sobre personas mayores en Centroamérica y la República Dominicana”, *Documentos de proyecto*, N° 432 (LC/W.432), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

- \_\_\_\_ (2011c), “La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos”, serie Población y desarrollo, N° 100 (LC/L.3308-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- \_\_\_\_ (ed.) (2009), “Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas”, *Libros de la CEPAL*, N° 100 (LC/G.2389-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.08.II.G.94.
- Huenchuan, Sandra y Luis Rodríguez-Piñero (2010), “Envejecimiento y derechos humanos: Situación y perspectivas de protección”, *Documentos de proyecto*, N° 353 (LC/W.353), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- HRW (Human Rights Watch) (2012), *Old Behind Bars. The aging prison population in the United States*, Nueva York.
- Jaspers, Dirk (2011), “La situación de los derechos humanos de las personas mayores y sus formas de protección” (OEA.Ser.G CAJP/GT/DHPM/INF. 3/11), presentación en la reunión del Grupo de Trabajo sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Comisión de Asuntos Jurídicos y Políticos, Consejo Permanente de la Organización de Estados Americanos (OEA), 4 de noviembre [en línea] <http://scm.oas.org/IDMS/Redirectpage.aspx?class=CAJP/GT/DHPM/INF&classNum=3&lang=t>.
- Jusidman, Clara (2007), “Ciudadanía social y derechos políticos”, *Documento de trabajo*, Proyecto de Protección de Programas Sociales, México, D.F., Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Lahera, Eugenio (2007), “Reforma del Estado: Un enfoque de políticas públicas”, *Revista Reforma y democracia*, N° 38, junio, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD).
- Le Mesurier, Nick (2011), *Supporting Older People in Prison: ideas for practice*, junio.
- Levy, Caren (1996), “The process of institutionalizing gender in policy and planning: the “web” of institutionalisation”, *Working Paper*, N° 74, Londres, University College.
- Mac Andrew, Steven (2006), *CARICOM, el MEUC y el Acuerdo de Seguridad Social de CARICOM* [en línea] [http://www.ciss.org.mx/caosa/pdf/es/2006/steven\\_macandrew\\_es.pdf](http://www.ciss.org.mx/caosa/pdf/es/2006/steven_macandrew_es.pdf).

- Machinea, José Luis (2005), “Institucionalización de la política social para la reducción de la pobreza”, *Cuadernos de desarrollo humano*, N° 23, México, D.F., Secretaría de Desarrollo Social.
- March James, Johan Olsen (1984), “The new institutionalism: organizational factors in political life”, *The American Political Science Review*, vol. 78, N° 3, septiembre.
- MIDES (Ministerio de Desarrollo Social de Panamá) (2010), Informe de Panamá en la sesión sobre protección jurídica en materia de envejecimiento: Momento actual y proyección futura, X Conferencia Riicotec “De la necesidad a los derechos en las políticas públicas de discapacidad y envejecimiento”, Asunción, 22 a 24 de septiembre.
- Naciones Unidas (2011a), “World Population Prospects: The 2010 Revision”, Nueva York [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>.
- \_\_\_\_\_ (2011b), *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), Nueva York.
- \_\_\_\_\_ (2010a), *World Population Ageing 2009* (ST/ESA/SER.A/295), Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.10.XIII.5.
- \_\_\_\_\_ (2010b), *Informe de la experta independiente encargada de los derechos humanos y la extrema pobreza*, Magdalena Sepúlveda Carmona (A/HRC/14/31), Consejo de Derechos Humanos, 14° período de sesiones, 31 de marzo.
- \_\_\_\_\_ (2007a), Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (A/RES/61/106), Nueva York.
- \_\_\_\_\_ (2007b), *Estudio económico y social mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece*, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- \_\_\_\_\_ (1995), *Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad*, Observación general, N° 6 (E/C.12/1995/16/Rev.1), Ginebra, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2011a), *Un piso de protección social para una globalización equitativa: Coherencia de las políticas y coordinación internacional* (GB.310/WP/SDG/1), Consejo de Administración 310ª reunión, Ginebra, marzo.

- \_\_\_\_ (2011b), *World Social Security Report 2010/2011. Providing coverage in times of crisis and beyond*, Ginebra, noviembre.
- Oliva Moreno, Juan (2011), “La Ley de la dependencia en los cuidadores de los ancianos dependientes”, documento presentado en el XII Congreso de la Sociedad Española de Rehabilitación Geriátrica, Madrid, 25 y 26 de febrero.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2009), *Estadísticas sanitarias mundiales 2009*, Ginebra.
- \_\_\_\_ (2002), *Current and future long-term care needs* (WHO/NMH/CCL/02.2), Ginebra.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2009), *Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2009*, Washington, D.C.
- Paddison, Oliver (2007), “La protección social en el Caribe de habla inglesa”, *Revista de la CEPAL*, N° 92 (LC/G.2339-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), agosto.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2007), *Informe sobre desarrollo humano 2006. Más allá de la escasez: Poder, pobreza y crisis mundial del agua*, Nueva York.
- Puga, María Dolores (2002), *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España: una previsión a 2010*, Madrid, Fundación Pfizer.
- Ramos, Miguel Angel, David Vera-Tudela y María Kathia Cárdenas (2009), *Las personas adultas mayores y su contribución a la lucha contra la pobreza*, Lima, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), noviembre.
- Repetto, Fabian y Mariana Chudnovsky (2008), “La incidencia de la institucionalidad social en la gestión, pertinencia y alcance de los planes y programas sociales en la Argentina [en línea] <http://siteresources.worldbank.org/INTARGENTINAINSPANISH/Resources/MarianaChudnovsky40608.ppt>.
- Rodríguez-Piñero, Luis (2010), “Los desafíos de la protección internacional de los derechos humanos de las personas de edad”, *Documentos de proyecto*, N° 305 (LC/W.305), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Roqué, Mónica (2010), Informe de Argentina en la sesión sobre protección jurídica en materia de envejecimiento: Momento actual y proyección futura, X Conferencia Riicotec “De la necesidad a los derechos en las políticas públicas de discapacidad y envejecimiento”, Asunción, 22 a 24 de septiembre.

- Roqué, Mónica y otros (2010), *Accesibilidad al medio físico para adultos mayores*, Buenos Aires, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.
- Sanderson, Warren y Sergei Scherbov (2008), “Rethinking Age and Aging”, *Population Bulletin*, vol. 63, N° 4, Population Reference Bureau.
- Serrano, Claudia (2005), “La política social en la globalización. Programas de protección en América Latina”, *serie Mujer y desarrollo*, N° 70 (LC/L.2364-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Sidorenko, Alexandre (2003), “Progress in implementing the the Madrid International Plan of Action on Ageing at the global level [en línea] [http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/ASidorenko1\\_p.pdf](http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/ASidorenko1_p.pdf).
- Sunkel, Guillermo (2006), “El papel de la familia en la protección social en América Latina”, *serie Políticas sociales*, N° 120 (LC/L.2530-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.57.
- Székely, Miguel (2006), “Midiendo el nivel de institucionalidad de la política social en América Latina”, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) [en línea] <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=785693>.
- Vásquez, Felipe (2010), “Ruralidad y vejez”, *Envejecimiento y salud. Una visión transdisciplinaria*, México, D.F., Instituto de Geriátria. .
- Villa, Miguel (2004), “La transición demográfica y algunos retos sobre población y desarrollo en América Latina”, *Población y desarrollo en México y el mundo CIPD +10*, México D.F., Consejo Nacional de Población (CONAPO).
- Wilhelmi, Marco Aparicio y Gerardo Pisarello (2008), “Los derechos humanos y sus garantías: Nociones básicas”, *Los derechos humanos en el siglo XXI. Continuidad y cambios*, Jordi Bonet Pérez y Víctor M. Sánchez (comps.), Barcelona, Huygens Editorial.
- Zapata, Ricardo (coord.) (2010), “Desastres y desarrollo: El impacto en 2010 (cifras preliminares)”, *Boletín*, N° 2, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] [http://www.eclac.cl/desastres/noticias/noticias/2/42102/Desastres2010\\_WEB.pdf](http://www.eclac.cl/desastres/noticias/noticias/2/42102/Desastres2010_WEB.pdf).





## **ANEXO**

**Cuadro A.1**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: INDICADORES SELECCIONADOS DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO, 2010-2015**  
**POR PAÍS Y ETAPA EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL, 2010-2015**

Etapa de envejecimiento	País o territorio	Índice de envejecimiento <sup>a</sup>	Tasa global de fecundidad <sup>b</sup>	Población de 60 años o más <sup>c</sup> (en porcentajes)	Población de 80 años o más <sup>d</sup> (en porcentajes)	Relación de dependencia total <sup>e</sup>	Relación de dependencia a los 60 años <sup>f</sup> o más <sup>g</sup>	Esperanza de vida a los 60 años <sup>h</sup>	Relación de apoyo de potencial <sup>h</sup>	Relación de apoyo a los padres <sup>i</sup>	
Envejecimiento incipiente	Belice	16,1	2,7	5,7	0,9	68,6	9,5	22,1	10,5	11,7	
	Bolivia (Estado Plurinacional de)	19,8	3,1	7,1	0,7	75,9	12,5	19,3	8,0	7,6	
	Guatemala	15,6	3,7	6,5	0,9	91,9	12,4	21,7	8,1	12,2	
	Guyana	19,2	2,2	6,4	0,7	66,7	10,8	19,0	9,3	6,9	
	Guayana Francesa	20,7	3,1	6,9	0,7	67,5	11,6	20,7	8,6	6,2	
	Haití	18,1	3,1	6,5	0,6	74,3	11,4	17,6	8,8	6,8	
	Honduras	16,9	2,9	6,2	0,9	75,4	10,9	22,1	9,2	12,1	
	Nicaragua	18,0	2,5	6,2	1,0	68,5	10,5	21,5	9,6	11,8	
	Paraguay	22,9	2,7	7,7	1,1	70,0	13,0	21,2	7,7	11,0	
	Envejecimiento moderado	Brasil	39,9	1,8	10,2	1,5	55,3	15,8	21,7	6,3	11,3
		Colombia	29,9	2,4	8,6	1,1	59,6	13,7	21,4	7,3	9,4
		Costa Rica	38,0	1,7	9,5	1,5	52,4	14,4	23,4	6,9	11,7
Ecuador		29,7	2,4	9,0	1,4	64,8	14,9	23,6	6,7	13,5	
El Salvador		29,2	2,1	9,4	1,6	70,7	16,0	22,0	6,2	17,1	
Granada		34,7	2,2	9,5	1,9	59,0	15,2	20,3	6,6	19,2	
Jamaica		36,4	2,3	10,6	1,9	65,6	17,5	21,1	5,7	17,1	
México		33,1	2,1	9,2	1,4	59,1	14,7	22,7	6,8	12,7	
Panamá		33,7	2,5	9,8	1,4	64,1	16,2	23,3	6,2	11,6	
Perú		29,3	2,4	8,8	1,1	63,2	14,3	21,6	7,0	10,6	
República Dominicana		27,5	2,5	8,6	1,3	65,8	14,2	21,8	7,0	12,4	
San Vicente y las Granadinas		36,2	2,0	9,6	1,4	56,5	15,0	18,5	6,7	11,7	
Santa Lucía	36,4	1,9	9,4	1,6	54,5	14,6	20,6	6,9	14,9		
Suriname	32,6	2,3	9,3	1,1	60,9	15,0	18,7	6,7	9,3		
Venezuela (República Bolivariana de)	29,3	2,4	8,6	1,1	61,6	14,0	21,4	7,2	9,3		

Cuadro A.1 (conclusión)

Etapa de envejecimiento	País o territorio	Índice de envejecimiento <sup>a</sup>	Tasa global de fecundidad <sup>b</sup>	Población de 60 años o más <sup>c</sup> (en porcentajes)	Población de 80 años o más <sup>d</sup> (en porcentajes)	Relación de dependencia total <sup>e</sup>	Relación de dependencia a los 60 años o más <sup>f</sup>	Esperanza de vida a los 60 años <sup>g</sup>	Relación de apoyo potencial <sup>h</sup>	Relación de apoyo a los padres <sup>i</sup>
Envejecimiento avanzado	Argentina	58,9	2,2	14,6	2,6	65,3	24,2	21,6	4,1	18,7
	Bahamas	46,2	1,9	10,4	1,1	49,1	15,5	21,0	6,4	7,6
	Chile	59,1	1,8	13,1	2,1	54,4	20,2	23,2	4,9	13,7
Envejecimiento muy avanzado	Trinidad y Tabago	51,6	1,6	10,6	1,3	45,4	15,5	18,6	6,5	8,7
	Antillas Neerlandesas	74,2	1,9	15,4	2,3	56,7	24,1	22,0	4,1	12,2
	Aruba	74,7	1,7	14,3	1,4	50,3	21,5	19,9	4,6	6,9
	Barbados	94,1	1,6	16,4	3,0	51,0	24,7	21,0	4,0	15,7
	Cuba	98,8	1,5	17,1	3,0	52,3	26,0	23,2	3,8	18,6
	Guadalupe	76,3	2,1	17,1	3,4	65,6	28,4	24,2	3,5	19,8
	Islas Vírgenes de los Estados Unidos	104,7	1,9	21,2	2,6	70,7	36,2	22,9	2,8	12,7
	Martinica	102,6	1,8	19,9	4,0	64,7	32,8	24,4	3,1	21,5
	Puerto Rico	85,4	1,8	18,0	3,3	63,9	29,4	23,4	3,4	20,1
	Uruguay	82,0	2,0	18,5	3,9	69,3	31,2	22,3	3,2	25,1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

