



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



NACIONES UNIDAS

CEPAL

LC/L.2749(CRE-2/3)
Diciembre de 2007

Este documento fue elaborado bajo la dirección de Dirk Jaspers-Faijer, Director del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL y la coordinación de Sandra Huenchuan, y contó con la colaboración de José Miguel Guzmán, Susana Schkolnik y Miguel Villa. Participaron además, Daniela González, Maria Chiara di Cesare, Jorge Rodríguez, Fabiana del Popolo, Mauricio Holz, Guiomar Bay, Alejandro Morlachetti, Jonathan Linares, Laura García y Ernesto Espinoza, pertenecientes a la División.

Contribuyeron también a este informe, Ernesto Espíndola y Fabiola Fernández, de la División de Desarrollo Social de la CEPAL; Karoline Schmid, de la sede subregional de la CEPAL en Trinidad y Tabago; Fabio Bertranou, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), y Enrique Vega, Javier Vásquez y John Silvi, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Asimismo, se contó con la colaboración de los puntos focales de envejecimiento de los países de la región mediante la aplicación de la Encuesta sobre programas dirigidos a las personas mayores en América Latina y el Caribe; de las Oficinas de País del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y de las Oficinas de representantes en los países de la Organización Panamericana de la Salud.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Introducción	1
Capítulo I	
EL HETEROGÉNEO ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE LA REGIÓN	5
A. Transición demográfica y proceso de envejecimiento en América Latina y el Caribe	5
1. Evolución de la mortalidad y fecundidad: un descenso generalizado y sostenido	7
2. Los cambios en la estructura por edades de la población	12
B. El envejecimiento de la población: un proceso paulatino e inexorable	16
C. La población adulta mayor y su diferenciación interna	21
1. El envejecimiento en la población adulta mayor	21
2. Las diferencias de género en la composición de la población adulta mayor	23
3. La urbanización del envejecimiento y el envejecimiento del campo	24
D. Relación de dependencia y bono demográfico en América Latina y el Caribe: una oportunidad y un desafío	29
Capítulo II	
ENVEJECIMIENTO EN EL MARCO DE UN DESARROLLO BASADO EN DERECHOS .	33
A. El enfoque de derechos, el desarrollo y el desafío de una sociedad para todas las edades	33
B. El consenso en torno a los derechos, la protección social y las modalidades de inclusión de las personas mayores	34
1. Dimensión normativa	35
2. Dimensión procesal	37
3. Dimensión de contenidos	37
C. La protección constitucional de los derechos en la vejez en América Latina y el Caribe	38
D. Leyes especiales de protección de los derechos en la vejez: avances y desafíos	40
1. Los objetivos y contenidos de la cobertura legal en las leyes especiales	40
2. La institucionalidad creada por las leyes especiales	42
3. Las garantías establecidas en la legislación especial	43
Capítulo III	
PROTECCIÓN DE INGRESOS Y ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	45
A. Los ingresos y la pobreza en la edad avanzada: tendencias regionales	46
1. La composición de ingresos y las estrategias económicas en la vejez	46
2. La pobreza en hogares con personas mayores y la protección frente a los riesgos	48
B. La protección de ingresos y los sistemas de pensiones y jubilaciones	51
1. La cobertura previsional de largo plazo y la paradoja de la protección	55
2. La limitada y desigual protección en la vejez de los sistemas de pensiones y jubilaciones	57

	<i>Página</i>
C. El empleo en la vejez: tendencias y modalidades de participación económica	60
1. Factores que influyen en la participación económica en la vejez.....	60
2. La participación económica de las personas mayores tiende a crecer independiente de la fase de envejecimiento demográfico	62
3. El empleo informal y las diferencias de edad y de género	64
D. Pensiones no contributivas y protección del riesgo de pérdida de ingresos en la vejez	67
E. Avances en la implementación de la estrategia regional sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: seguridad social, empleo y emprendimientos.....	69
1. La seguridad social	70
2. El empleo.....	71
3. Los emprendimientos	72
Capítulo IV	
PROTECCIÓN DE LA SALUD Y ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	75
A. Transición epidemiológica, envejecimiento y condiciones de salud de la población.....	77
B. Perfil epidemiológico, necesidades sanitarias y envejecimiento	78
C. Carga de enfermedad: el impacto de la mortalidad y discapacidad en la vejez.....	82
1. Mortalidad	82
2. Discapacidad	83
D. Gasto en salud, envejecimiento y el efecto de factores no demográficos.....	86
E. Cobertura de seguros de salud en la vejez y desigualdades de acceso a la atención sanitaria.....	89
F. Garantías explícitas y alternativas para disminuir las brechas de equidad sanitaria en la vejez	92
G. Avances en la implementación de la estrategia regional sobre el envejecimiento en América Latina y el Caribe: prestaciones sanitarias, formación profesional y cuidados de largo plazo	94
1. Prestaciones sanitarias	96
2. Formación de personal	98
3. Cuidados de largo plazo	99
Capítulo V	
ENTORNOS FAVORABLES Y ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	101
A. Arreglos residenciales y envejecimiento	101
1. Hogares con personas mayores: arreglos multigeneracionales y residencia independiente en la vejez	102
2. Corresidencia y posibilidades de apoyo mutuo entre generaciones	105
B. Envejecimiento y sistemas de cuidados.....	106
1. El efecto del envejecimiento en los sistemas de cuidado	107
2. El papel de la familia y las mujeres en las tareas de cuidado	108
C. Vivienda, entorno y envejecimiento	113
1. Seguridad de la tenencia de vivienda en la vejez	114
2. Panorama habitacional: déficit, calidad de las viviendas y envejecimiento.....	116

	<i>Página</i>
3. Acceso a servicios básicos en la vejez y desigualdades por zona de residencia	117
4. Adecuación de las viviendas y del entorno para la inclusión social en todas las edades.....	120
D. Avances en la implementación de la estrategia regional sobre el envejecimiento en América Latina y el Caribe: entornos sociales y físicos favorables	123
1. Entornos sociales: apoyo social, maltrato, participación y educación.....	125
2. Entornos físicos: vivienda, transporte y accesibilidad.....	127
 Capítulo VI	
DESAFÍOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA REGIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	131
A. Los principales retos	131
B. Las respuestas de los estados	132
C. El envejecimiento y una sociedad para todos	134
 Anexo	 137
Bibliografía	145

INTRODUCCIÓN

Este documento fue preparado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, en cumplimiento de la resolución 616(XXXI) de la CEPAL de 2006, en que se le solicita preparar la documentación sustantiva de la segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento, que se llevará a cabo en Brasilia, Brasil, del 4 al 6 de diciembre de 2007.

El objeto de este documento es presentar y analizar la información disponible sobre el proceso de envejecimiento demográfico, la situación de la población adulta mayor y los avances alcanzados por los países en la aplicación de la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento.

La Estrategia regional contiene metas, objetivos y recomendaciones de acción en favor de las personas mayores en tres áreas prioritarias, a saber: personas de edad y desarrollo, fomento de la salud y bienestar en la vejez y creación de un entorno propicio y favorable. Fue adoptada en la Primera Conferencia Regional sobre Envejecimiento en noviembre del año 2003 y ratificada por la CEPAL en la resolución 604(XXX) de 2004.

En América Latina y el Caribe, se está produciendo un paulatino pero inexorable envejecimiento de la población y constituye un proceso generalizado, pues todos los países de la región se van convirtiendo, a distinto ritmo, en sociedades más envejecidas. Como es de prever, una transformación demográfica de este carácter tendrá profundas repercusiones en la sociedad y en ámbitos específicos de las políticas públicas como la cohesión social, los derechos humanos y el papel del Estado.

Dos características de este fenómeno despiertan gran preocupación: en primer lugar, el envejecimiento ha sido más rápido que el registrado históricamente en los países hoy desarrollados. En segundo lugar, se da en un contexto caracterizado por una alta incidencia de pobreza, una persistente desigualdad, un escaso desarrollo institucional, una baja cobertura y calidad de los sistemas de protección social y una sobrecargada institución familiar que, junto con hacerse cargo de atender las necesidades de las personas de edad avanzada, se está haciendo responsable de los vacíos derivados de la exigua presencia de otras instituciones sociales como dispositivos de protección y de cohesión.

Para afrontar los desafíos del envejecimiento, los países están avanzando en la creación y desarrollo de legislaciones, políticas y programas para mejorar las condiciones de vida de la población adulta mayor. En comparación con el año 2003, hay nuevos nichos de política pública y más intervenciones en este ámbito, aunque persisten las diferencias de situaciones y logros entre países y subregiones que, en algunos casos, responden a la heterogeneidad interna de las sociedades y a las características de sus procesos de desarrollo. Así, mientras en los países con una población más envejecida los niveles de protección suelen ser más extendidos, en los que se encuentran en plena transición, los desafíos que impone la población adulta mayor coexisten con rezagos derivados de la pobreza y exclusión de otros grupos sociales.

Los derechos de las personas mayores han ido cobrando importancia para los gobiernos y desde hace algunos años esta preocupación se ha traducido en la creación de marcos legales de protección. Sin embargo, existe una amplia brecha entre la situación de jure y de facto, porque persisten insuficiencias en el ejercicio efectivo de estos derechos y, hoy en día, una parte importante de la población adulta mayor carece de acceso a prestaciones de seguridad social, servicios de salud o servicios básicos. En la mayoría

de los casos, esta vulnerabilidad no radica en la edad, sino en una generalizada precariedad de los dispositivos de protección establecidos por los Estados. En otros casos, son expresión de una abierta desigualdad en función de los ingresos o bien de una escasa consideración de las necesidades de este grupo social como un asunto de política pública, producto de la arraigada concepción de que los problemas de la vejez son de orden privado y no objeto de solidaridad colectiva.

En América Latina y el Caribe los países más pobres y con menor desarrollo institucional son los que presentan un envejecimiento demográfico menos avanzado. El cambio de la estructura etaria puede entrañar beneficios tangibles para estos países, por el hecho de crear oportunidades derivadas de una relación cada vez más favorable entre la población de edades dependientes y la población en edad de trabajar. Para estos países los desafíos se centran, por una parte, en desarrollar una visión a largo plazo que permita prestar atención en la agenda actual al proceso de envejecimiento poblacional, sin dejar de atender la apremiante demanda de solución de problemas coyunturales y, por otra, elevar la calificación de los recursos humanos y ampliar la capacidad de los sectores productivos para asegurar su utilización efectiva, de tal modo que esas oportunidades no sean un mero espejismo.

En los países donde el envejecimiento está ad portas —por lo que el tiempo para actuar es limitado—, no se pueden replicar las alternativas aplicadas en los países desarrollados, porque las realidades económicas, institucionales e históricas son distintas. Por lo tanto, enfrentan el reto de trazar alternativas propias para abordar este fenómeno, sin perder de vista asuntos básicos relacionados con la convivencia y solidaridad entre generaciones.

Es indispensable que el envejecimiento de la población no sea un asunto circunscrito únicamente a la actual generación de personas mayores. Como se describe en detalle en este documento, la consideración del tema en todas las áreas de la agenda pública, las leyes y políticas que se formulen sobre la materia, así como los recursos presupuestarios que se les asignen, tendrá un efecto en toda la sociedad. Lo esencial, desde esta perspectiva, es determinar cómo avanzar hacia la construcción de sociedades más cohesionadas, democráticas e incluyentes.

Como en cualquier otra esfera de la política pública, la forma de enfrentar los desafíos que plantea el envejecimiento depende de decisiones sobre los mecanismos y las posibilidades de cohesión social en la sociedad. Se trata de afianzar la relación recíproca entre las generaciones actuales y avanzar sin comprometer el futuro de las venideras. En este contexto, es fundamental evaluar la situación presente, enfrentar los rezagos que persisten y avanzar gradualmente en la expansión de la protección social, de tal modo que llegue a cubrir a toda la población.

La CEPAL ha dado especial importancia a este tema y ha insistido en la ampliación de la cobertura y el perfeccionamiento de la calidad de los sistemas de protección social para defender a las personas frente a los riesgos derivados de la enfermedad, la vejez, la invalidez y la muerte, entre otras situaciones de vulnerabilidad. Por consiguiente, la titularidad de derechos sociales encarna la efectiva pertenencia a la sociedad, pues implica que todos los ciudadanos están incluidos en la dinámica de desarrollo y pueden disfrutar del bienestar que este propicia (CEPAL/SEGIB, 2007). En la vejez, en particular, ello pone un freno a las desigualdades acumuladas durante la vida y, a la vez, disminuye la probabilidad de la transmisión intergeneracional de las desventajas.

En el primer capítulo de esta publicación, “El heterogéneo envejecimiento de la población de la región”, se presenta un panorama general de la transición demográfica y del envejecimiento en la región y los factores determinantes del proceso y se examinan algunas características de las diferencias internas de la población adulta mayor.

En el segundo, titulado “Envejecimiento en el marco de un desarrollo basado en derechos”, se presenta el marco de políticas de protección social propuesto por la CEPAL en su último período de sesiones y su aplicación a la situación específica de la población de edad avanzada. Asimismo, se analizan los progresos en términos de la constitucionalización y protección mediante la promulgación de leyes especiales sobre los derechos de las personas mayores en la región y se identifican los obstáculos que dificultan los avances en términos de protección y de ejercicio efectivo de derechos en la vejez.

En el tercer capítulo, “Protección de ingresos y envejecimiento en América Latina y el Caribe”, se analizan las fuentes de seguridad económica, incluida la participación económica de las personas mayores, y los sistemas de seguridad social en términos de cobertura de la vejez y de largo plazo. Se finaliza con una sección sobre avances en la implementación de la Estrategia regional en los temas de seguridad social, empleo y emprendimientos.

En el cuarto capítulo, “Protección de la salud y envejecimiento en América Latina y el Caribe”, se aborda la relación entre transición demográfica y epidemiológica, así como sus efectos en términos de necesidades sanitarias y cobertura del sistema de salud. Se finaliza con una sección que da cuenta de los logros en la implementación de la Estrategia regional en los temas de prestaciones sanitarias, formación de personal y cuidados de largo plazo.

En el quinto capítulo, “Entornos favorables y envejecimiento en América Latina y el Caribe”, se analiza la situación de los entornos sociales, específicamente, los arreglos residenciales y sistemas de cuidado, y de los entornos físicos, en particular, vivienda, acceso a servicios básicos y espacio público. Se finaliza con una sección sobre los avances en la implementación de la Estrategia regional en los temas relacionados con maltrato, participación, redes de apoyo, educación, vivienda, transporte y accesibilidad.

Por último, en el sexto capítulo, “Desafíos de implementación de la Estrategia regional sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe”, se sintetizan los principales avances logrados en la región y los retos que deberán abordarse en el futuro, poniendo acento en la diversidad de situaciones, así como en la necesidad de ampliar las perspectivas de trabajo en este tema, para adecuar las respuestas públicas al cambio demográfico en el marco de una sociedad para todos.

Capítulo I

EL HETEROGÉNEO ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE LA REGIÓN**A. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y PROCESO DE ENVEJECIMIENTO
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

El esquema de la transición demográfica, utilizado con el fin de describir las características básicas del cambio demográfico de los países, comprende varias etapas. La primera se caracteriza por presentar tasas igualmente altas de natalidad y de mortalidad, lo que produce una dinámica de bajo crecimiento poblacional. En la segunda etapa —propriadamente transicional—, la mortalidad comienza a descender y la natalidad se mantiene elevada, provocando un aumento del crecimiento demográfico. En la tercera fase, conocida como “transición avanzada”, la mortalidad ya ha descendido y se observa una declinación de la natalidad, por lo que las tasas de crecimiento de la población son cada vez más bajas. Una fase postransición se observa cuando las tasas de natalidad disminuyen por debajo de la mortalidad, lo que se traduce en tasas muy reducidas y hasta negativas de crecimiento natural de la población (Chackiel, 2004; Schkolnik, 2007; Villa y González, 2004).

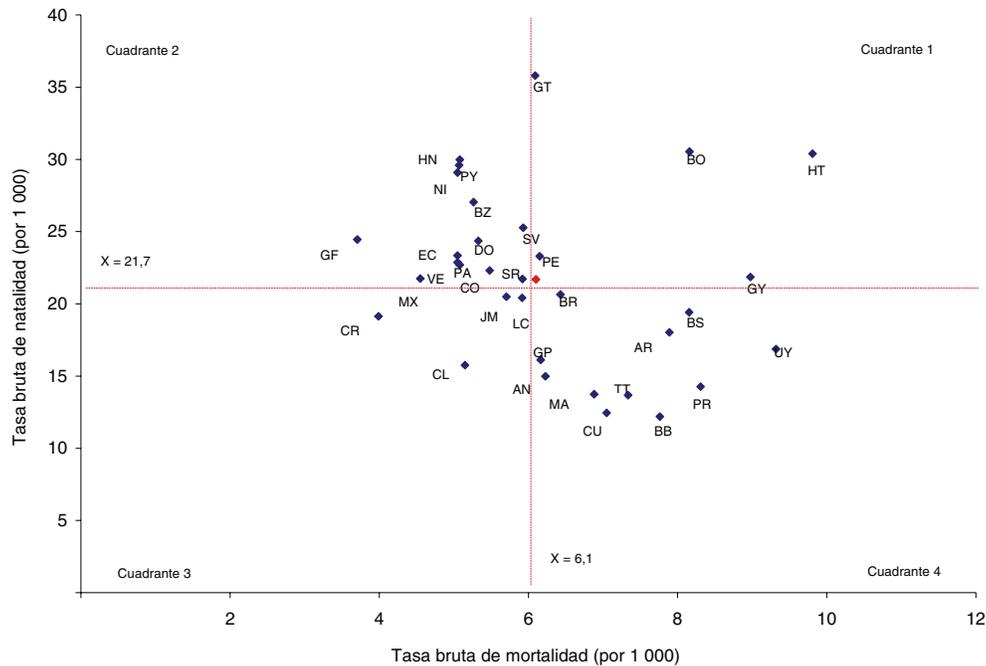
La transición demográfica es un proceso que, en un primer momento, se caracteriza por la transición de altos a bajos niveles de mortalidad y, con posterioridad, por el descenso sostenido de la fecundidad, para llegar finalmente a niveles bajos en ambas variables (Chackiel, 2004; Schkolnik, 2007; Villa, 2005). Si bien este esquema ordenador se concibió para interpretar la transformación sociodemográfica de los países europeos entre mediados de los siglos XVIII y XX (Villa y González, 2004), en la región se ha advertido un proceso similar, aunque con ciertas diferencias. En el caso de los países europeos el proceso de transición duró más de un siglo, mientras en la región no se prolongó por más de 50 años.

Los países de la región se han encaminado hacia etapas más avanzadas de la transición demográfica y en la actualidad se observa una consolidación de este proceso, pues las tasas de natalidad y mortalidad son en general muy inferiores a las observadas en décadas pasadas, la natalidad no supera, en promedio, el 22 por mil y la mortalidad el 6,1 por mil. Aun así, persisten heterogeneidades dentro y entre los países, como se observa claramente en el gráfico I.1, que ilustra la ubicación en el plano cartesiano de cada país según el valor de las tasas de natalidad y mortalidad en el período 2000-2005. Los países ubicados en el primer cuadrante del gráfico, se encuentran más rezagados en la transición, puesto que mantienen elevadas tasas de mortalidad y natalidad en comparación con la media regional, aunque entre ellos se registran diferencias en el ritmo del crecimiento natural. En Bolivia y Haití, se observa una elevada mortalidad que influye en un menor crecimiento de la población (alrededor del 2,2%), mientras la elevada fecundidad en Guatemala se refleja en un mayor ritmo de crecimiento (3%).

En los países ubicados en el segundo cuadrante, la mortalidad se ha reducido de manera notoria, aunque la natalidad aún es relativamente elevada o muy cercana al promedio regional, lo que se traduce en tasas de crecimiento que se ubican entre el 1,8% y el 2,5%. Estos países, por lo tanto, se encuentran en una fase de plena transición. El descenso sostenido de la mortalidad infantil en Belice, Honduras, Nicaragua y Paraguay se manifiesta en un tasa bruta de mortalidad inferior a la media regional, aun cuando la tasa de natalidad continúa elevada. El Salvador, Perú, República Dominicana, Panamá, Colombia, República Bolivariana de Venezuela y Suriname se ubican muy próximos al promedio de la

región. En el tercer cuadrante, se encuentran los países en que las tasas de natalidad y mortalidad se han reducido notoriamente en comparación con la media regional, por lo que el ritmo de crecimiento ha disminuido y, en algunos casos, de forma bastante abrupta y reciente como en Costa Rica y Chile.

Gráfico I.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: UBICACIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN LA SITUACIÓN DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA, 2000-2005



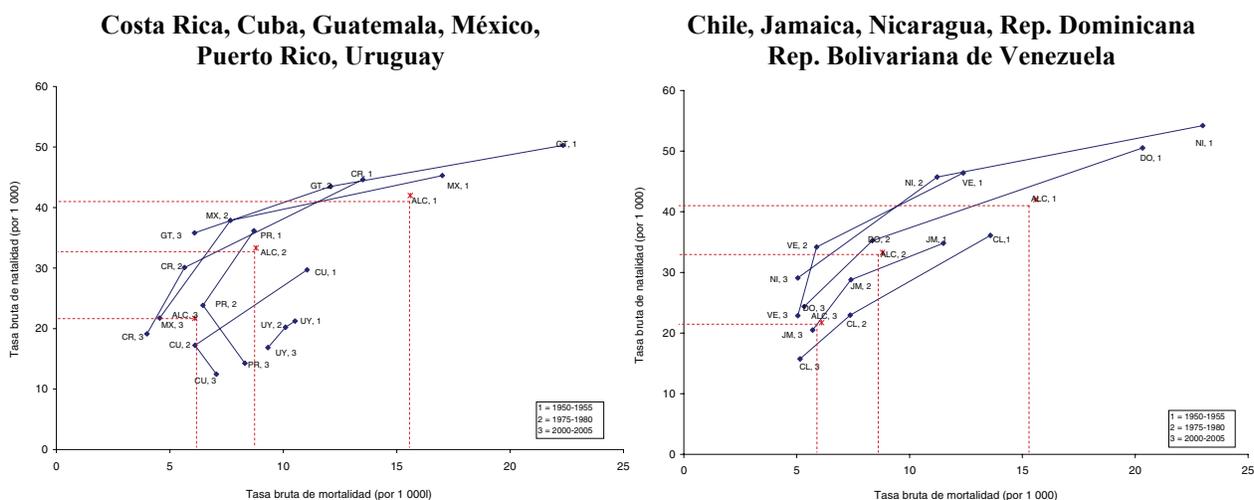
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, “Estimaciones y proyecciones de población” [en línea] www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.

En el último cuadrante, se sitúan los países que se encuentran en una etapa muy avanzada de transición o, incluso, en una etapa postransicional, que se caracterizan por presentar un bajo nivel de natalidad y tasas de mortalidad en ascenso, rasgo propio de una población envejecida. Cuba y otros países del Caribe dan muestra de un estado de postransición, mientras Argentina y, en mayor medida, Uruguay revelan efectos de una transición más prolongada. Las tasas de crecimiento de estos países fluctúan entre el 0,4% (Cuba y Barbados) y el 1% (Guadalupe y Argentina).

La ubicación actual de los países de la región, según la etapa del proceso de transición demográfica, responde a diversas experiencias a lo largo de estos últimos 50 años y en este transitar han influido múltiples factores. Con el objetivo de mostrar estas trayectorias se seleccionaron 11 países que se encuentran en distintas etapas de las ya descritas y se utilizó el promedio regional como elemento de referencia (véase el gráfico I.2). Existe una clara heterogeneidad en la evolución demográfica de los países que, en algunos casos, entre 1950 y 1955, ya tenían tasas vitales muy inferiores al promedio regional. En Uruguay, precursor de este proceso, la tasa de mortalidad en los años cincuenta coincide con los valores que tuvo la región 25 años después y solo en el año 2000 la región alcanzó la tasa de natalidad uruguaya del mismo período. Sin embargo, en las décadas siguientes este país registró una atenuación en la declinación de las tasas, lo que se explica principalmente por el paulatino envejecimiento de la estructura de edades. Cuba también presenta índices muy inferiores al promedio regional, aunque ha

seguido una evolución distinta a la de Uruguay. A inicios de la década de 1950, presentaba valores moderados en las tasas vitales; entre 1950 y 1980, se produjo una fuerte reducción de la mortalidad, mientras la natalidad comenzó a descender de forma abrupta en los años setenta. Esta dinámica de cambio —muy rápida en las últimas décadas— implicó una desaceleración del ritmo de crecimiento poblacional, un rápido envejecimiento de su población y, por ende, una fase muy avanzada de transición demográfica.

Gráfico I.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): TRAYECTORIA DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA, 1950-2005



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.

En Chile y Costa Rica, se observan evoluciones bastante similares, aunque este último país en 1950 presentaba tasas brutas de mortalidad y natalidad mayores que Chile y que la región. En ambos países, las tasas vitales decrecieron de manera considerable durante el primer período (1950-1980) y en 1980 y 2005 permanecieron por debajo del promedio regional. El ritmo de cambio fue más acentuado que el de Argentina y Uruguay, que alcanzaron tasas de crecimiento natural muy cercanas al 1%.

México y República Bolivariana de Venezuela se encuentran en una situación intermedia, similar a la que ha seguido la región en su conjunto. En Guatemala y Nicaragua, se inicia más tarde la transición demográfica, pues recién entre los años 1975 y 1980 las tasas vitales se equipararon con las regionales a principios del período. Esta situación de rezago se modificó con lentitud y durante el segundo período (1980-2005) las tasas de mortalidad se redujeron a niveles moderados, y las de natalidad comenzaron a decrecer.

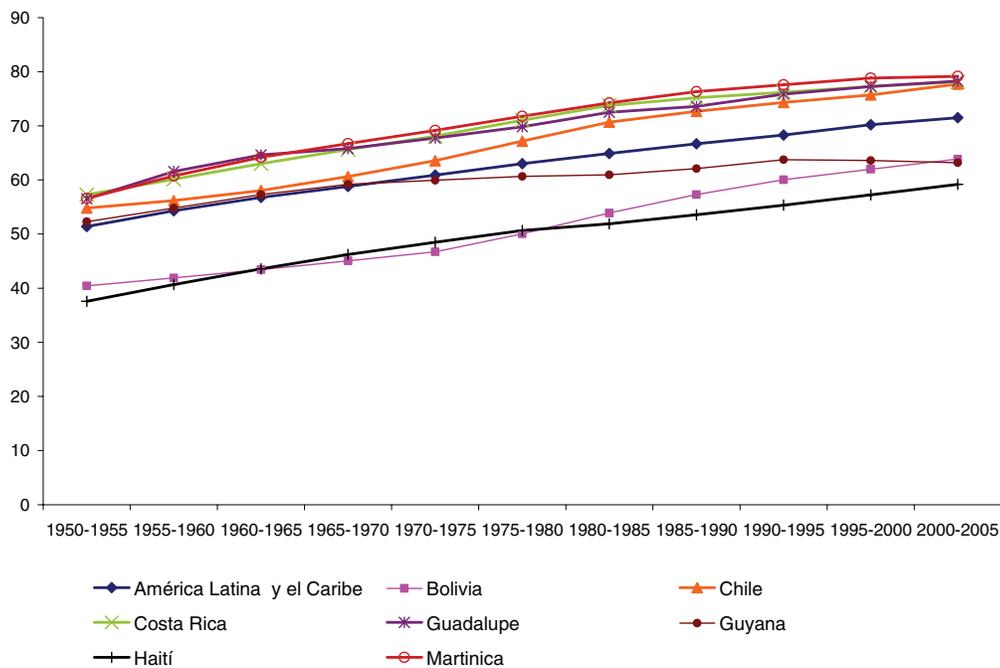
1. Evolución de la mortalidad y fecundidad: un descenso generalizado y sostenido

Los cambios en la fecundidad y la mortalidad que se han registrado en los países de la región —independiente de la intensidad y del tiempo que ha tomado— conllevaron profundas transformaciones demográficas, que han derivado en la disminución del crecimiento de la población y un progresivo envejecimiento de la estructura por edad (CEPAL, 2004).

Por cierto, la reducción de la mortalidad es un factor que influye en el envejecimiento de la población, pero incide de manera diferente según la etapa transicional en que se encuentre el país. El descenso de la mortalidad, sobre todo en edades tempranas, inicia el proceso de transición demográfica y redundando en una mayor esperanza de vida de la población latinoamericana y caribeña.

En los últimos 50 años, la mortalidad regional descendió 10 puntos, lo que se tradujo en una tasa bruta de mortalidad de 6,1 muertes por mil habitantes en el lapso 2000-2005. Haití registra la tasa bruta de mortalidad más elevada (9,8 por mil) y Guayana Francesa, la más baja (3,7 por mil). En virtud del descenso de la mortalidad, la población latinoamericana y caribeña ha elevado su expectativa de vida al nacer, alcanzando 71,5 años en el quinquenio 2000-2005. El aumento de la esperanza de vida al nacer ha sido generalizado en la región: en cuatro países este indicador se acerca a los 80 años para ambos sexos (Martinica, Guadalupe, Costa Rica y Chile). Aun así, persisten las diferencias entre países (véase el gráfico I.3).¹ En el quinquenio 1950-1955, la diferencia máxima estaba dada por la esperanza de vida en Uruguay (66,3 años) y de Haití (37,6 años); en el del período 2000-2005 la diferencia máxima corresponde a Martinica (79,1 años) y Haití (59,2 años).

Gráfico I.3
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): ESPERANZA DE VIDA AL NACER DE AMBOS SEXOS, 1950-2005
(En porcentajes)



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.

¹ La esperanza de vida al nacer es el indicador más eficiente para conocer el nivel de mortalidad de una población, ya que está libre del efecto de distorsión asociado a las diferencias entre las estructuras por edad, pero es sensible a los niveles de la mortalidad en la infancia y la niñez.

La mortalidad femenina es menor que la masculina en toda la región, lo que se traduce en una mayor esperanza de vida entre las mujeres en comparación con los hombres. Esto se debe, entre otras razones, a la reducción de las muertes relacionadas con el embarazo y el parto, que suelen controlarse con mayor éxito que las que suelen afectar más comúnmente a los hombres, como las asociadas a enfermedades cardiovasculares, causas externas, violencia y ciertos tipos de tumores malignos (CEPAL, 2004; CELADE, 2006a).

En el proceso de reducción de la mortalidad, Chesnais (1990) distingue nítidamente tres fases. La primera se caracteriza por el descenso de la mortalidad general y el aumento de la esperanza de vida al nacer debido, sobre todo, al descenso de la mortalidad en la infancia, lo que contribuye al incremento del número de sobrevivientes en la base piramidal de edades. Si bien se produce un crecimiento de la población en todos los grupos etarios, es proporcionalmente mayor en las edades más tempranas, ya que la reducción de los riesgos de muerte en la infancia y la niñez promueve, en un inicio, el rejuvenecimiento de la población. La tasa de mortalidad infantil en América Latina y el Caribe se ha reducido de un promedio de 126 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos entre 1950 y 1955 a un valor de 26 defunciones en el lapso 2000-2005. A pesar de las mejoras implementadas en muchos países, los éxitos son desiguales: 10 países (Nicaragua, Belice, Honduras, Perú, República Dominicana, Paraguay, Guatemala, Guyana, Bolivia y Haití) continúan con una tasa de mortalidad infantil superior al promedio regional, mientras al otro extremo se ubican cuatro países y territorios (Cuba, Martinica, Guadalupe y Chile) con valores inferiores a 10 defunciones por mil nacidos vivos. La persistencia de la alta mortalidad infantil es una de las evidencias empíricas de los riesgos que entraña el rezago de la transición demográfica, que no solo se manifiesta entre los países, sino también dentro de ellos (CEPAL, 2005).

La segunda etapa del proceso que identifica Chesnais se caracteriza por un descenso más equilibrado de la mortalidad, que se expresa en forma más o menos parecida en todos los grupos etarios. Así, la estructura de la población se ha reconfigurado: adquieren un mayor peso relativo las edades jóvenes y adultas, que son fruto de cohortes numerosas que nacieron en el pasado y que estuvieron sujetos a tasas más elevadas de supervivencia. Este es el caso de países que se ubican en una etapa avanzada de la transición demográfica (véase el gráfico I.1), donde la tasa bruta de mortalidad para el período 2000-2005 no supera el 10 por mil y la tasa de mortalidad infantil se ha reducido de manera notable.

La tercera y última etapa comienza cuando disminuye del todo la alta mortalidad de los más jóvenes y se reduce la causada por enfermedades degenerativas que afectan, en especial, a las personas mayores de 50 años, lo que aumenta la probabilidad de sobrevivir entre las personas mayores y, por ende, intensifica el envejecimiento de la población. En esta etapa, al ser mayor el promedio de vida, se incrementa sustancialmente el peso relativo de las personas de edades muy avanzadas, que por lo general presentan una mayor necesidad de apoyo médico, institucional y familiar. En la actualidad, casi ningún país de la región se encuentra en esta etapa, sin embargo, en algunos se advierte un aumento en la mortalidad producto del envejecimiento de la población como Cuba, Puerto Rico, Bahamas, Guyana y Trinidad y Tabago, que en el período 2000-2005 tuvieron una leve alza de la tasa bruta de mortalidad y se espera que para el año 2025 esta sea aún más elevada (véase el cuadro I.1). Se proyecta que, para 2050, varios países de la región registrarán tasas de mortalidad más altas que en la actualidad principalmente por el efecto del envejecimiento. Esta situación se explica por el aumento en la proporción de personas mayores en la población total, es decir, se observa un incremento en el peso relativo de los grupos etarios expuestos a mayores riesgos de muerte.

Cuadro I.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): DIFERENCIA EN AÑOS DE SOBREVIVENCIA ENTRE HOMBRES Y MUJERES A LOS 60 AÑOS, 1950-2050

Países	Diferencias en años de sobrevivencia entre hombres y mujeres a los 60 años				
	1950-1955	1975-1980	2000-2005	2025-2030	2045-2050
Argentina	2,9	4,1	5,0	5,4	5,5
Bolivia	1,1	1,2	1,9	2,8	3,6
Brasil	0,6	0,8	3,0	3,7	4,3
Chile	2,3	3,0	3,7	4,3	4,7
Colombia	1,1	1,6	2,2	3,1	3,4
Costa Rica	1,0	2,3	2,7	3,4	3,8
Cuba	0,7	2,0	2,3	3,1	3,4
Ecuador	1,3	1,3	2,1	3,1	3,7
El Salvador	1,1	2,9	3,1	3,9	4,4
Guatemala	0,4	1,0	0,0	2,8	3,8
Haití	0,3	0,6	1,1	2,3	3,2
Honduras	0,9	1,6	2,6	3,2	3,7
México	1,0	1,9	1,8	2,8	3,2
Nicaragua	1,4	2,2	1,7	3,3	3,7
Panamá	1,1	1,9	2,0	3,2	3,9
Paraguay	1,9	1,9	1,9	2,7	3,0
Perú	0,9	1,7	2,6	3,2	3,8
República Dominicana	1,1	1,8	2,4	3,3	3,7
Uruguay	3,6	4,1	5,3	5,0	4,9
Venezuela (Rep. Bol. de)	1,2	2,6	2,1	3,2	3,9

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, estimaciones y proyecciones.

Una de las transformaciones demográficas más significativas en la región es el descenso intenso y sostenido de la fecundidad (Rodríguez, 2003). Esta modificación profunda de la conducta reproductiva trasunta cambios sociodemográficos y culturales (Villa y Rivadeneira, 2000). Todos los países han entrado con mayor o menor intensidad en este proceso, pese a que las experiencias han sido muy heterogéneas (Schkolnik y Chackiel, 2003) y a medida que descende la fecundidad, se asiste a un paulatino envejecimiento de la población (Chackiel, 2003). De esta forma, las diferencias en la estructura por edad se hacen mayores cuando se consolida la baja fecundidad, fenómeno que configura un componente decisivo del proceso de envejecimiento.

Cuando la tasa global de fecundidad comienza a descender de manera sostenida, se observa un estrechamiento de la base de la pirámide por edades. Este cambio en la conformación piramidal se produce durante el proceso de transición demográfica, denominándolo “envejecimiento de la pirámide por la base”. La relación directa que tiene la baja fecundidad con el envejecimiento es que, con la pérdida del peso relativo del grupo etario de 0 a 4 años, aumenta la incidencia del resto de los grupos; por ende, la proporción de personas mayores tiende a incrementarse, lo que se expresa en la contracción del escalón inferior de la pirámide de edades. El descenso sostenido en un tiempo prolongado se traduce en que el envejecimiento se origina en el medio de la pirámide, puesto que el peso de los grupos de las edades centrales es mayor que el de las edades menores, con lo que la pirámide va adquiriendo una forma rectangular. Posteriormente y en tanto el efecto de la baja fecundidad se combina con el de la disminución de la mortalidad en las edades avanzadas, se producen estructuras etarias con una cúspide amplia y una

base estrecha (Villa y Rivadeneira, 2000). En general, como puede apreciarse, el efecto del descenso de la fecundidad es más importante que el de los cambios en la mortalidad, ya que esta última incide de forma más directa solamente en las etapas más avanzadas del envejecimiento (Chesnais, 1990).

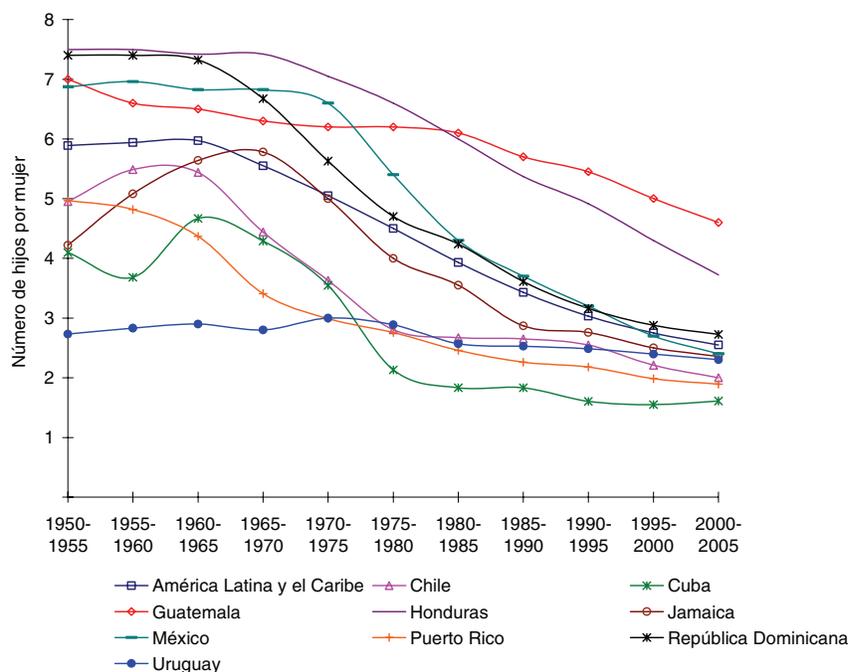
En todos los países de la región se ha registrado un descenso de la fecundidad, fenómeno que responde a una constelación de factores determinantes. En las últimas cuatro décadas del siglo pasado, las parejas latinoamericanas y caribeñas modificaron sus pautas reproductivas, desde un patrón generalizado de familias numerosas a un nuevo modelo de fecundidad baja, en que el número de hijos se aproxima a dos por mujer. Los cambios de las estructuras económicas y sociales condujeron a una serie de transformaciones culturales, que contribuyeron a la adopción de pautas de comportamiento reproductivo compatibles con un ideal de familia de tamaño más reducido, lo que fue facilitado por la disponibilidad de procedimientos anticonceptivos.

A pesar de lo anterior, en la región se advierten grandes diferencias respecto del momento en que comenzó la reducción de la fecundidad y de la intensidad del proceso. La tasa global de fecundidad — número medio de hijos que tendrían las mujeres al final de su ciclo fértil en ausencia de mortalidad si estuvieran sujetas a las tasas específicas por edad de un determinado período— varía desde niveles inferiores al nivel de reemplazo —2,1 hijos por mujer— en Cuba, Barbados, Puerto Rico y Trinidad y Tabago, hasta valores sobre los cuatro hijos por mujer en Guatemala y Haití (CEPAL, 2004; Villa y González, 2004; Chackiel, 2004).

La fecundidad comenzó a disminuir primero en Argentina y Uruguay. Este temprano avance se debió principalmente a un desarrollo económico y social significativo durante la primera mitad del siglo XX y a la influencia sociocultural de la inmigración europea. Ya en 1950, registraban una tasa global de fecundidad en torno a tres hijos por mujer. Sin embargo, fueron los países que presentaron el menor descenso de la fecundidad entre 1950 y 2005 (menos del 25%). El resto de los países de la región comenzó a mostrar un descenso de la tasa global de fecundidad más tardíamente. En todos ellos el descenso de dicha tasa, que era superior a cuatro hijos por mujer en 1950 —llegando en ciertos casos a niveles superiores a siete— ha sido superior al 30% en los últimos 50 años y en algunos casos del orden del 70%. Notable ha sido el caso cubano, donde la fecundidad aumentó con fuerza a comienzos del decenio de 1960, para luego reducirse de manera drástica hasta llegar, en 1980, a un nivel inferior al de reemplazo; en el quinquenio 2000-2005 el promedio de hijos por mujer alcanzó apenas al 1,6. Guatemala, Haití, Bolivia y Paraguay —los países con mayores niveles de fecundidad en la actualidad— se destacan porque, luego de tener una fecundidad alta o muy alta en 1950, la han reducido a menos del 45% de su valor inicial en los últimos 50 años (véase el gráfico I.4).

Las características de la fecundidad en los próximos 50 años en la región son un tanto inciertas, lo que ha motivado diversas hipótesis e interrogantes (Villa, 2005; Chackiel y Schkolnik, 2004; CELADE, 2004). No hay duda de que en todos los países de la región es posible que el ritmo reproductivo siga bajando y sea acelerado por ciertos factores que lo hagan descender por debajo del nivel de reemplazo, aun cuando no hay certeza acerca del tiempo que tardará y hasta qué nivel llegará. En diversos estudios (Villa 2004; Chackiel y Schkolnik, 2004; CELADE, 2004; Schkolnik, 2004) se plantean las posibles tendencias que adoptaría la fecundidad de los países latinoamericanos y caribeños: primero, podría seguir la tendencia que ha experimentado la fecundidad en Cuba y alcanzar un nivel similar al de los países del sur de Europa o, bien, ocurrir un fenómeno similar al de Argentina y Uruguay, donde la tasa global de fecundidad se ha ido frenando gradualmente, sin ubicarse bajo el nivel de reemplazo.

Gráfico I.4
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD, 1950-2005



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.

2. Los cambios en la estructura por edades de la población

La evolución de los componentes del cambio demográfico (fecundidad y mortalidad) inciden tanto en el crecimiento de la población como en su composición por edades. En la medida que avanza la transición demográfica y que se producen descensos de la mortalidad y, principalmente, de la fecundidad, se asiste a un proceso paulatino de envejecimiento de la población (Chackiel, 2004; Villa y González 2004; CEPAL, 2004), que se define como el aumento progresivo de la proporción de personas de 60 años y más respecto de la población total. Tal fenómeno redundo en una gradual alteración del perfil de la estructura por edades, cuyos rasgos clásicos —una pirámide con base amplia y cúspide angosta— se van desdibujando para darle una fisonomía rectangular y tender, con posterioridad, a la inversión de su forma inicial —una cúspide más ancha que su base— (Chesnais, 1990).

Los cambios observados en las estructuras etarias en los últimos 50 años confirman los efectos del comportamiento de la mortalidad y la fecundidad (véase el gráfico I.5). En los países más adelantados en la transición (cuadrantes 3 y 4 del gráfico I.1), la estructura piramidal se modificó más tempranamente, mientras los más rezagados, recién en el año 2000, comenzaron a mostrar transformaciones. De esta forma, en la mayoría de los países se observó un leve rejuvenecimiento de la población en el período 1950-1975, puesto que la proporción de menores de 15 años superó el 41% de la población regional en 1975, debido a la disminución de la mortalidad infantil (Villa y Rivadeneira, 2000).

Asimismo, el peso demográfico de las personas de 60 años y más aumentó de manera leve —llegando al 6,5% de la población— y se redujo el peso de la población en edades activas (15 a 59 años). Por cierto, estos cambios en la estructura varían según la etapa de transición en que se ubican los países: en los más adelantados ya existía un 7,4% de personas de 60 años y más en la década de 1950, mientras en los países menos avanzados el promedio era de un 5,1%. Veinticinco años más tarde, en los países que se ubican en el cuadrante 4, los mayores de 60 años representaban el 11,2% y la proporción de menores de 15 años se mantenía constante. Al otro extremo, en los países rezagados de la transición (cuadrante 1), los menores de 15 años seguían constituyendo más del 40% de la población y la proporción de personas mayores apenas había aumentado.

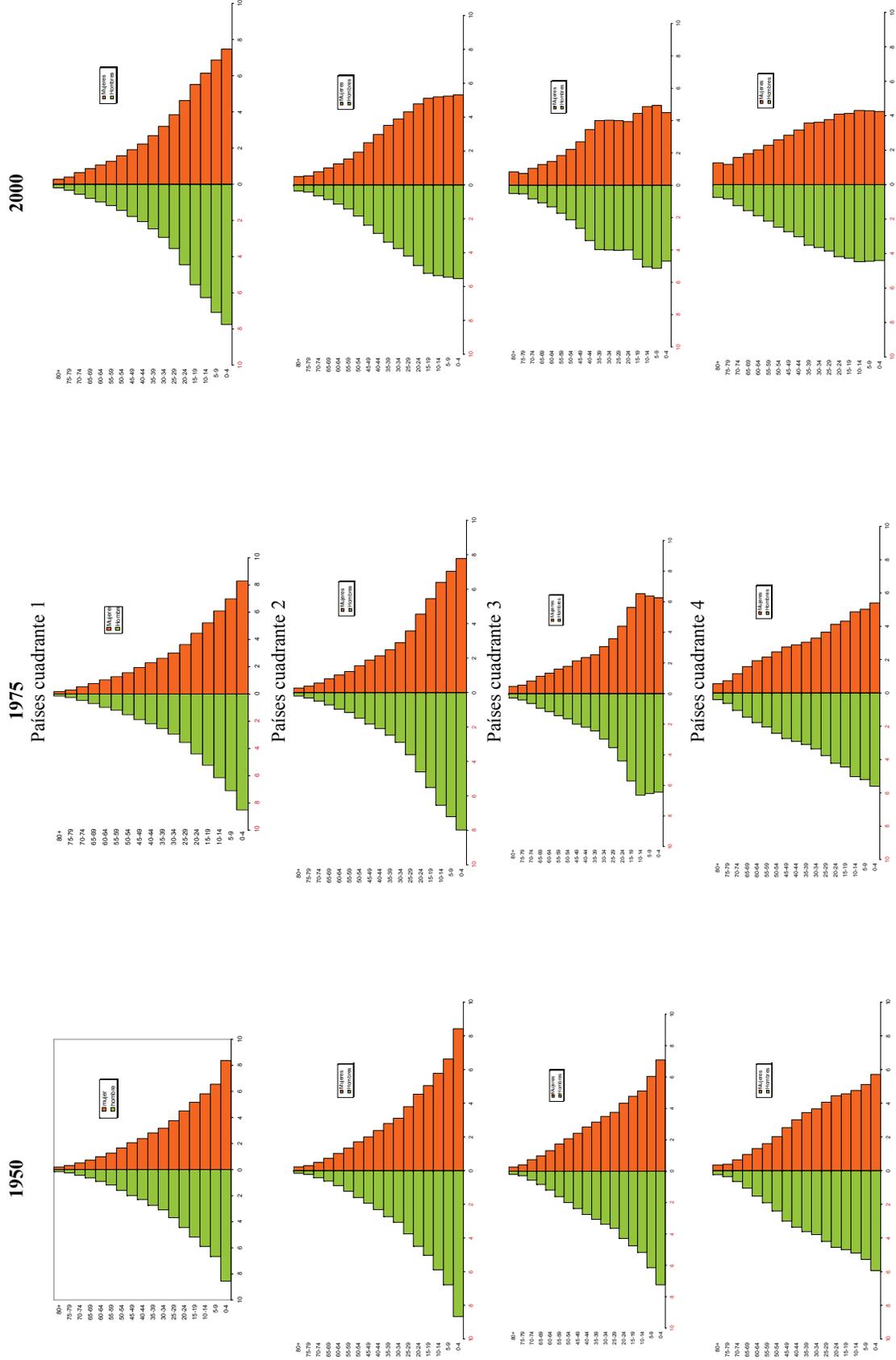
En el año 2000, la típica forma piramidal comienza a desdibujarse: la proporción de menores de 15 años se reduce en todos los países —alcanzando un promedio del 31% de la población regional—, por efecto del descenso sostenido de la fecundidad. Solo en los países más rezagados esta proporción se ubicaba por encima del 40%, mientras en los más adelantados, no superaba el 27%. Por consiguiente, se está en presencia de un envejecimiento en la base de la pirámide, ya que al reducirse el número de niños entre 0 y 14 años, el peso del resto de los grupos etarios aumenta; es decir, se hace evidente el ensanchamiento de las barras centrales y superiores, al tiempo que los menores de 5 años continúan en descenso (véase el gráfico I.5). De este modo, la proporción de personas mayores aumenta en casi todos los países; en el año 2000 la región cuenta con un 8,3% de personas de 60 años y más, porcentaje que se eleva al 14% en los países de transición avanzada y se reduce al 6,1% en los más rezagados. Además, la población de 15 a 59 años de la región se incrementó al 60% en el año 2000, fruto de la reducción de la fecundidad y por la inercia del crecimiento en los decenios previos.

Según la revisión reciente de las proyecciones de población del CELADE – División de Población de la CEPAL, en el año 2025 el cambio en la estructura piramidal se intensificará aún más, solo el 23% de la población corresponderá a niños menores de 15 años y las personas mayores bordearán el 15% de la población latinoamericana y caribeña. Asimismo, las cohortes nacidas en décadas anteriores — que han sido más numerosas— se incorporarán de manera progresiva a las edades adultas, ensanchando las barras centrales de la pirámide y dando lugar a una “era de retiro”, que —como fruto de la pasada “era de expansión”— se prolongará en los decenios siguientes. El nuevo perfil etario va configurando una pirámide más constrictiva en la base y expansiva en las edades centrales, lo que se expresa en una estructura más envejecida de la población (véase el gráfico I.6). Alrededor del 19% de la población de los países más avanzados de la transición demográfica serán personas mayores de 60 años, mientras el porcentaje de niños menores de 15 años caerá al 20%. Aun así, los países más atrasados en el proceso tendrán una proporción menor de personas mayores (8%), que se incrementará con lentitud a medida que se observe una reducción de la población entre 0 y 14 años (31,7%).

Para el año 2050, la estructura piramidal clásica se desdibujará por completo adquiriendo una fisonomía rectangular donde cada grupo de edad tendrá prácticamente la misma proporción de población. Los menores de 15 años corresponderán al 18% de la población total de la región y las personas mayores representarán el 24,3%. Los países que en 2000 ya presentaban un envejecimiento de sus poblaciones, tendrán el más alto porcentaje de personas mayores (27%) y los más rezagados en la transición incrementarán con celeridad el porcentaje de población de 60 años y más, que constituirá el 14,7% del total (véase el gráfico I.6).

Gráfico I.5

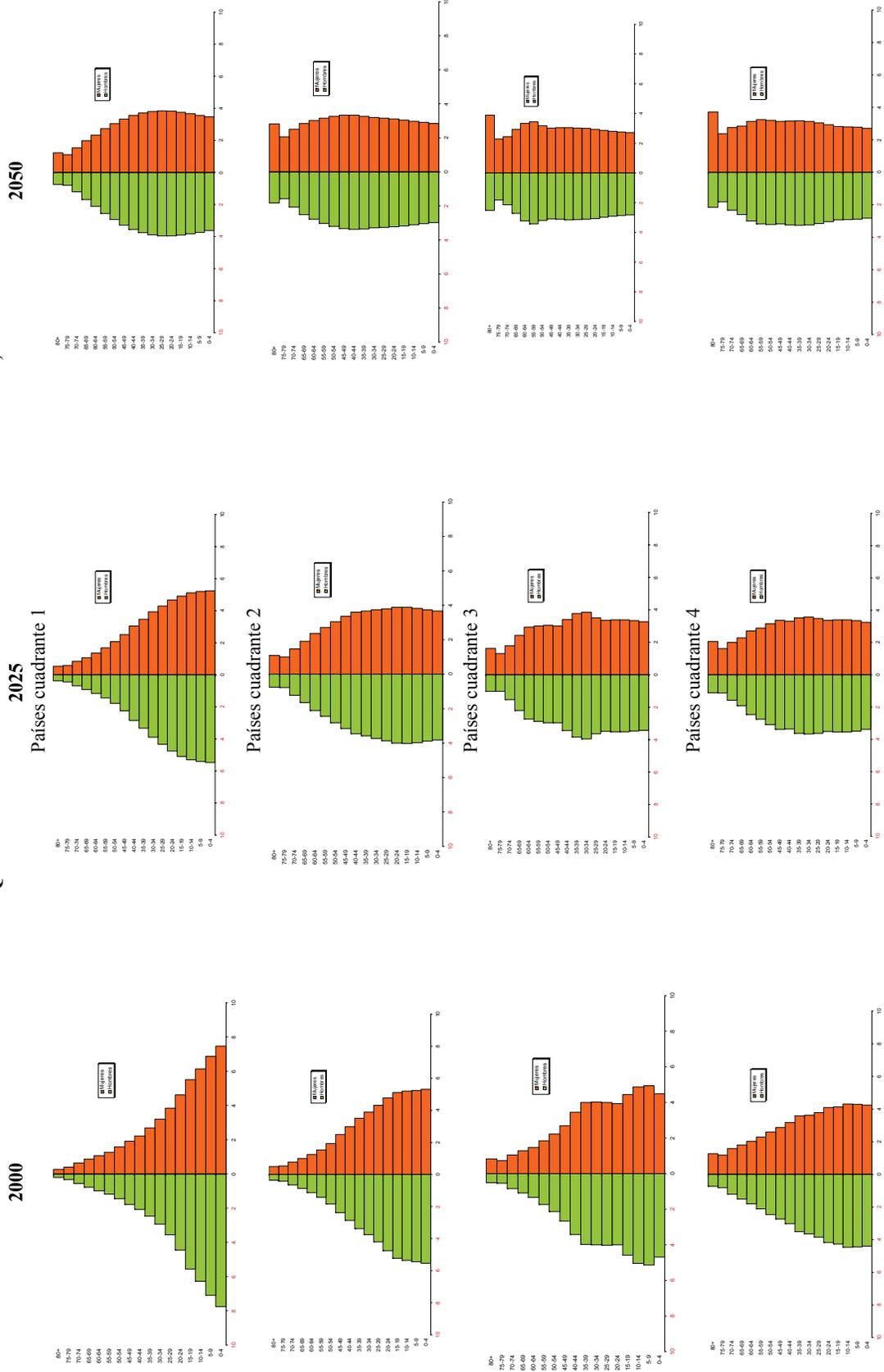
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ESTRUCTURA POR EDAD Y SEXO PROMEDIO DE LA POBLACIÓN, SEGÚN LA ETAPA DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN QUE SE ENCUENTRAN LOS PAÍSES DE LA REGIÓN, 1950-2000



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, “Estimaciones y proyecciones de población” [en línea] www.eclac.cl/ceclade/proyecciones/basedatos_BD.htm.

Gráfico I.6

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ESTRUCTURA POR EDAD Y SEXO PROMEDIO DE LA POBLACIÓN, SEGÚN LA ETAPA DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN QUE SE ENCUENTRAN LOS PAÍSES DE LA REGIÓN, 2000-2050

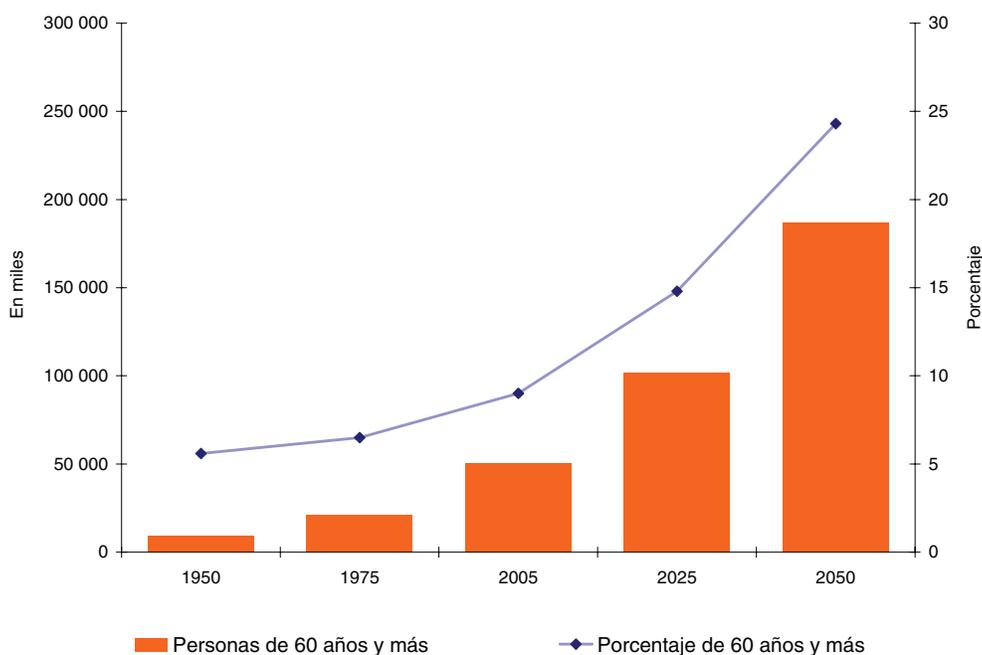


Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, “Estimaciones y proyecciones de población” [en línea] www.eclac.cl/ceclade/proyecciones/basedatos_BD.htm.

B. EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN: UN PROCESO PAULATINO E INEXORABLE

A raíz del avance de la transición demográfica, la población de América Latina y el Caribe está envejeciendo paulatina, pero inexorablemente; la proporción y el número absoluto de personas de 60 años y más se incrementarán de manera sostenida en los próximos decenios (véase el cuadro A.1 del anexo). En términos absolutos, entre los años 2000 y 2025, 57 millones de personas mayores de 60 años se sumarán a los 41 millones existentes, y entre 2025 y 2050 ese aumento será de 86 millones. Se trata de una población que crece con rapidez (a un ritmo medio anual del 3,5%) y con un ímpetu mayor que la población de edades más jóvenes. La velocidad de cambio de este grupo etario será entre tres y cinco veces mayor que la de la población total en los períodos 2000-2025 y 2025-2050. De acuerdo a esta dinámica, la proporción de personas mayores de 60 años dentro de la población total se triplicará entre el año 2000 y 2050, de modo que uno de cada cuatro latinoamericanos y caribeños será una persona mayor en el año 2050 (véase el gráfico I.7).

Gráfico I.7
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS DE EDAD, 1950-2050
(En miles y porcentajes)

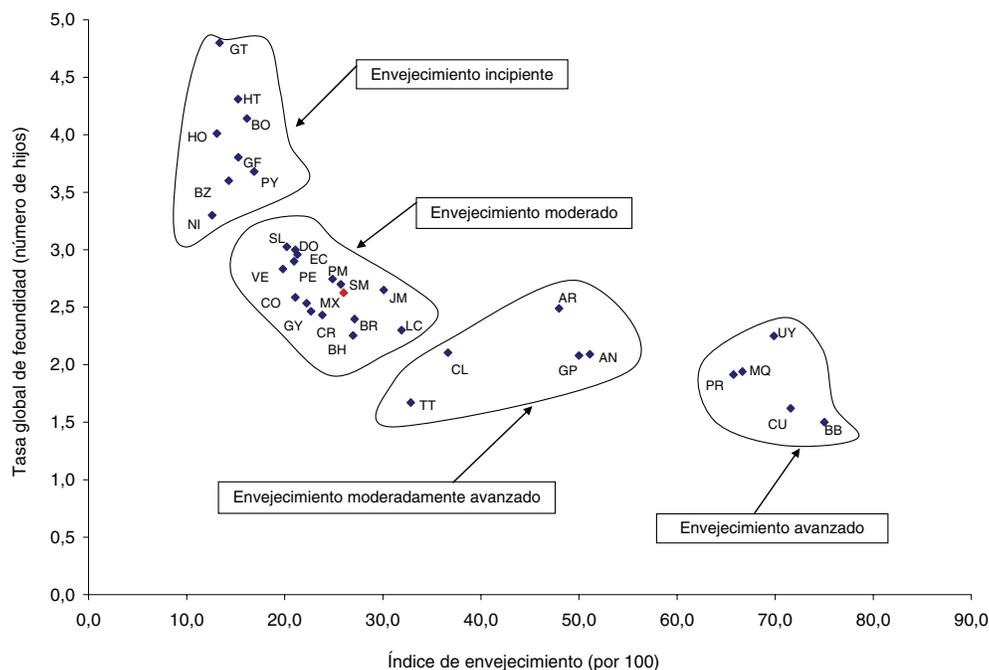


Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, “Estimaciones y proyecciones de población” [en línea] www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.

Diferencias en la proporción y el ritmo de incremento de la población adulta mayor entre países

Debido a las diferencias en el avance de la transición demográfica, los países presentan procesos de envejecimiento muy distintos. Para clasificar los países de la región según la etapa del envejecimiento demográfico en que se encuentran, se combinaron los valores de la tasa global de fecundidad y del índice de envejecimiento —cociente entre la población de 60 años y más y la población menor de 15 años— observados en los países de la región en el año 2000 (véase el gráfico I.8). Se utiliza la tasa global de fecundidad ya que, como se expuso en el primer apartado, cumple un papel clave en el proceso de envejecimiento: a medida que desciende la fecundidad en el corto plazo se produce un envejecimiento en la base piramidal, puesto que disminuye la proporción de niños respecto de la población total. A su vez, el índice de envejecimiento es un indicador de la estructura demográfica por edad, cuyo aumento puede significar tanto que las personas están viviendo más años cuanto que están teniendo menos hijos.

Gráfico I.8
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: UBICACIÓN DE LOS PAÍSES, SEGÚN LA ETAPA DE ENVEJECIMIENTO EN QUE SE ENCUENTRAN, 2000



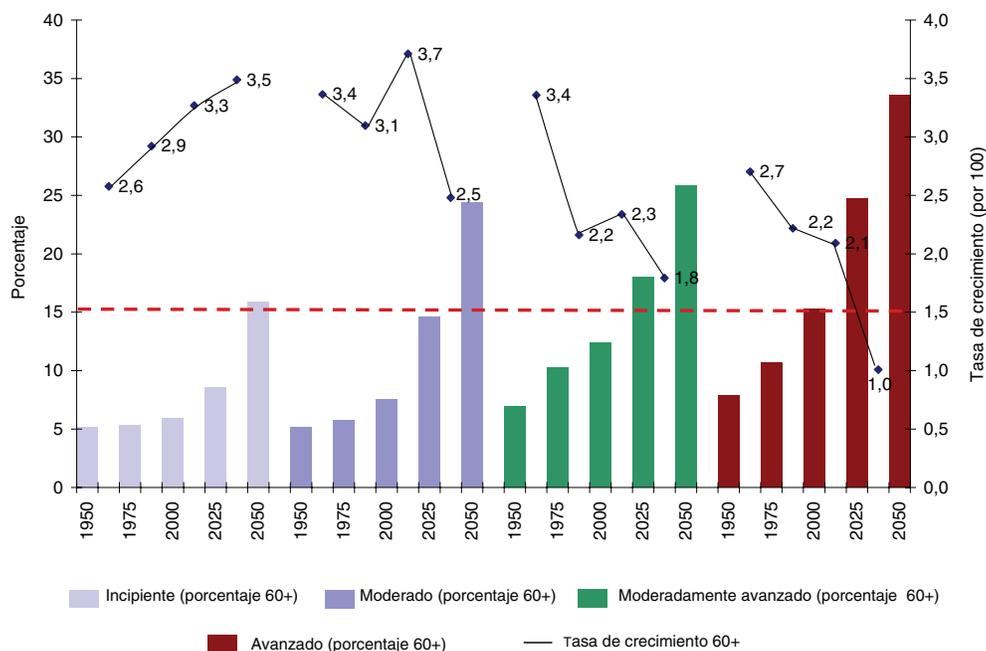
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, “Estimaciones y proyecciones de población” [en línea] www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.

En el gráfico I.8 se observa con nitidez cuatro grupos de países. En el primero de ellos persisten niveles relativamente altos de fecundidad —más de 3,3 hijos por mujer— y un índice de envejecimiento inferior a 17 personas mayores por 100 menores de 15 años; este grupo se encuentra en una etapa incipiente del proceso de transición demográfica (ocho países). En el segundo grupo se ubican 15 países que presentan tasas de fecundidad más bajas (entre 3 y 2,3 hijos por mujer) y un índice de envejecimiento que oscila entre el 19,8% y el 31,9%, que los ubica en una etapa moderada del envejecimiento. Los países que se encuentran en el tercer grupo se caracterizan por un envejecimiento moderadamente avanzado, ya

que se distinguen por tasas de fecundidad que fluctúan entre 2,5 y 1,7 hijos por mujer y cuyos índices de envejecimiento se mueven entre 51 y 32,8 personas mayores por 100 menores de 15 años; en esta categoría se ubican cinco países. En el último grupo se sitúan los países con menores niveles de fecundidad (por debajo del nivel de reemplazo) e índices de envejecimiento que superan el 65%; en esta categoría hay cinco países (véanse el gráfico I.8 y el cuadro A.2 del anexo).

Las agrupaciones que se observan en el gráfico I.8 están en directa relación con la ubicación de los países en el proceso de transición demográfica (véase el gráfico I.1), es decir, a medida que se avanza en la transición demográfica se acentúa el proceso de envejecimiento. La intensidad de este proceso, por otra parte, no ha sido homogénea en la región, dado que algunos países han tardado muy poco tiempo en alcanzar porcentajes de personas de 60 años y más superiores al 10%, mientras a otros les ha tomado más tiempo incrementar ese mismo porcentaje (véase el gráfico I.9).

Gráfico I.9
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE Y TASA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS, SEGÚN ETAPAS DEL ENVEJECIMIENTO, 1950-2050



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.

En el año 2000, los países con envejecimiento incipiente tenían en promedio un 6% de personas mayores, mientras los países con envejecimiento moderado contaban con un 7,6%. Las otras dos categorías ya habían superado el 10% de población mayor: los de envejecimiento moderadamente avanzado tenían un 12,4% y los países más avanzados ya contaban con un 15% de personas de 60 años y más. Los países que en 1950 ya habían comenzado el descenso de las tasas de mortalidad y fecundidad incrementaron la población de 60 años y más a un ritmo medio anual del 2,7% en el período 1950-1975, de tal manera que en 1975 una de cada 10 personas tenía 60 años o más; 25 años más tarde contaban con

más del 15% de la población en este grupo etario, aunque el ritmo de incremento descendió al 2,2% (véase el gráfico I.9).

Durante los primeros 25 años del período 1950-2000, los países de envejecimiento moderadamente avanzado lograron un porcentaje similar de personas mayores (10,3% en 1975), sin embargo, el ritmo de incremento medio anual fue más acelerado (3,4%) que el de los países de envejecimiento avanzado, porque en 1950 contaban con una menor proporción de personas mayores (7%). Entre 1975 y 2000, en este grupo de países aumentó la población de mayor edad con la misma celeridad que el grupo de envejecimiento avanzado (2,2%), a pesar de ello, el porcentaje de personas mayores aumentó solo al 12,4%.

Los países de envejecimiento incipiente y moderado comenzaron el período 1950-2000 con la misma proporción de personas mayores (5,1%), sin embargo, el ritmo con que se incrementó la población adulta mayor no fue igual (véase el gráfico I.9), debido, principalmente, a que el descenso de la fecundidad se hizo más evidente en los países de envejecimiento moderado, lo que contribuyó a que la tasa de personas mayores se incrementara a una media anual del 3,4% y lograra representar en 1975 el 5,8% de la población.

Por el contrario, en los países donde la fecundidad tardó más en descender, el porcentaje de población adulta mayor aumentó solo en un 0,2%, a un ritmo medio anual del 2,6%, e, incluso, en algunos países la población con 60 años y más de edad descendió por efecto del rejuvenecimiento que se registró en la población a causa del descenso de la mortalidad, en especial, la infantil y la persistencia de una fecundidad todavía elevada. Durante el período 1975-2000, en los países de envejecimiento incipiente y moderado aumentó el número de personas mayores prácticamente con la misma celeridad, pero la proporción con que cuenta cada categoría no es la misma que existía en 1950, pues los países de envejecimiento incipiente tienen en promedio un 6% de población adulta mayor, mientras en los países de envejecimiento moderado la cifra es del 7,6% (véase el gráfico I.9).

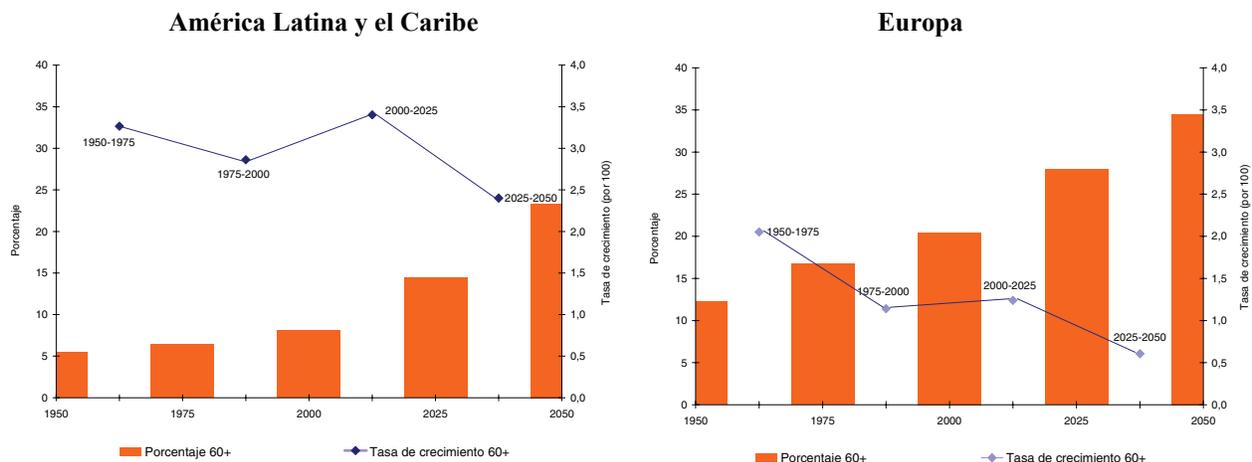
Según las estimaciones y proyecciones de población, el número de personas mayores continuará incrementándose en la región, a pesar de que persistirán las divergencias entre países. En el año 2025, las personas mayores en los países de envejecimiento avanzado representarán el 25% de la población total; 25 años después, 34 de cada 100 personas tendrá 60 años y más. Aun así, la velocidad de incremento será mucho menor, puesto que la población mayor crecerá a una tasa media anual del 2,1% durante el período 2000-2025; dicho incremento tendrá una fuerte caída en los siguientes 25 años (2025-2050) llegando a la tasa pertinente solo al 1%.

Los países de envejecimiento moderadamente avanzado mantendrán, en el período 2000 y 2025, el ritmo de incremento de las personas mayores (2,3%), de tal manera que para el año 2025 representarán el 18% de la población total. Si bien durante los siguientes 25 años descenderá la tasa de crecimiento al 1,8%, en el año 2050 el grupo de 60 años y más llegará al 26% de la población total. En cambio, las tasas de crecimiento de la población de 60 años y más en los países de envejecimiento moderado continuarán en alza y superarán inclusive los valores que registraron en algún momento del período los países más avanzados en el proceso, por lo que se espera que en estos países aumenten a una tasa del 3,7% durante los años 2000 a 2025 y descendan al 2,5% en el período 2025-2050. En los países con envejecimiento incipiente, las tasas de crecimiento del grupo de edad avanzada siempre irán en alza, llegando al 3,5% en el período 2025-2050, aunque su número absoluto solo llegará al 15% de la población en 2050 (véase el gráfico I.9).

Uno de los rasgos sobresalientes del proceso de envejecimiento en la región respecto de la experiencia europea es que su evolución ha tenido un ritmo más acelerado y, por lo tanto, el período de tiempo ha sido considerablemente más corto. De esto se desprende que en los países europeos se produjo con bastante anterioridad el proceso de transición demográfica y que el tránsito de altos a bajos niveles de mortalidad y fecundidad fue mucho más lento que el de los países latinoamericanos y caribeños, es decir, el envejecimiento de la población se fue dando de manera más paulatina.

A mediados del siglo XX, alrededor del 12,3% de la población europea tenía 60 años y más, mientras en América Latina y el Caribe, la población adulta mayor representaba el 5,5% de la población total. Veinticinco años después, las personas mayores en Europa superaron el 15% de la población total y su tasa de crecimiento medio anual durante el período 1950-1975 fue del 2,2%. En América Latina y el Caribe, entre los años 1950 y 1975, el descenso de la fecundidad ya se hacía evidente y traía consigo el gradual angostamiento de la base de la pirámide de edades, por lo que la proporción de personas mayores se incrementó a una tasa media anual del 3,3%. En el año 2000, el porcentaje de población adulta mayor europea era 2,5 veces mayor que el de la latinoamericana y caribeña, aunque este había crecido con mayor celeridad (2,9% versus un 1,1% durante el período 1975-2000). Si bien para el año 2025 la proporción de personas mayores en Europa duplicará a la de América Latina y el Caribe, la población adulta mayor de la región tendrá la tasa de crecimiento más alta de su historia —3,4% para el período 2000-2025— (véase el gráfico I.10).

Gráfico I.10
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y EUROPA: PORCENTAJE Y TASA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS, 1950-2050



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.

El proceso de envejecimiento latinoamericano y caribeño tiene una especificidad que desborda el ámbito estrictamente demográfico. En este sentido, diversos autores concuerdan en que la transición demográfica europea estuvo asociada a un cambio socioeconómico estructural que redundó en un aumento a largo plazo del nivel de vida y de la actividad económica, en consecuencia, ambos procesos

interactuaron de manera positiva, es decir, se reforzaron.² Las estructuras e instituciones de estos países contaron con bastante tiempo para adecuarse a los escenarios demográficos emergentes, produciendo los recursos para enfrentar los nuevos desafíos que surgen en estos escenarios (Villa y Rodríguez, 2002). La situación de los países de la región, en cambio, ha sido muy diferente respecto de la rapidez de la transición demográfica y del proceso de envejecimiento. En este contexto, también hay que tener en cuenta la falta de tiempo que aquello implica para realizar los ajustes socioeconómicos e institucionales coherentes con el escenario demográfico emergente. Esta asimetría se manifiesta al comparar el rápido proceso de transformación demográfica y el más lento y volátil desarrollo económico y social.

C. LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR Y SU DIFERENCIACIÓN INTERNA

La población de 60 años y más no es un grupo homogéneo, por lo que cuando se analizan algunas de sus características sociodemográficas se observan diferencias según la edad (60-74 y 75 años y más), el sexo y el lugar de residencia, factores que influyen en el acceso a la seguridad económica, la salud, los entornos y en la pobreza.

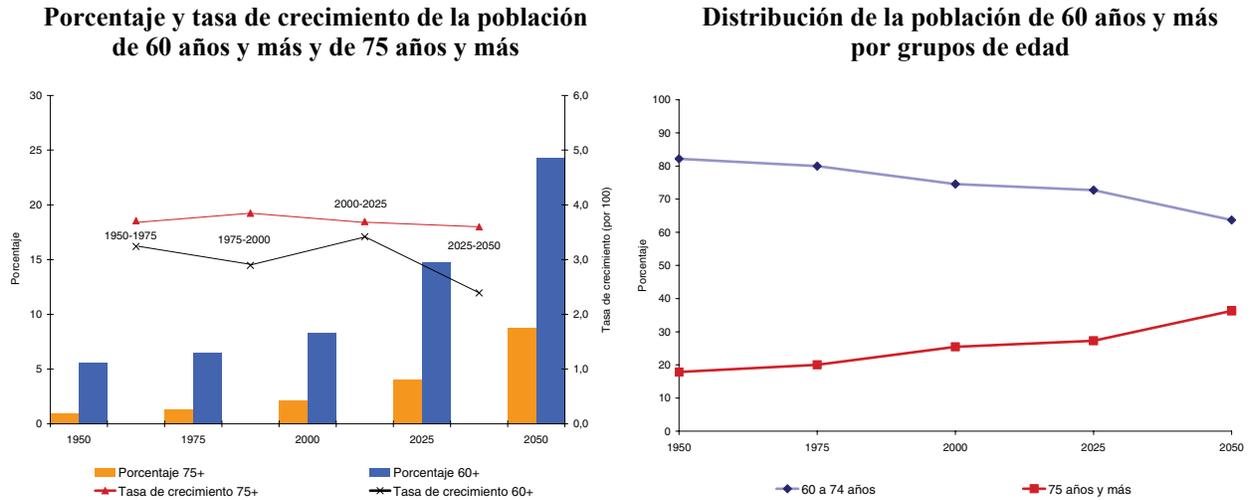
1. El envejecimiento en la población adulta mayor

Además de proyectarse que las personas mayores como un todo en la región seguirán incrementándose en las próximas décadas, debido al aumento de la esperanza de vida, el peso de las personas más viejas entre la población adulta mayor también aumentará. En los próximos 50 años este proceso estará marcado por un rápido envejecimiento del propio grupo de personas mayores, dado que la población de 75 años y más es el segmento de edad que crecerá más vertiginosamente (véase el gráfico I.11). Por ejemplo, se espera que la tasa de crecimiento del grupo de 75 años y más se mantenga por encima del grupo de 60 años y más durante todo el período 1950-2000 (véase el gráfico I.11). En el año 2025, se espera que este grupo etario se duplique y alcance el 4% de la población, para en 2050 bordear el 9% del total.

En los datos de las dos últimas rondas censales de algunos países de la región no se observa una tendencia clara en la intensidad del envejecimiento de la población adulta mayor. Aun así, 10 de los 12 países analizados han aumentado la proporción de personas de 75 años y más respecto de los de 60 a 74 años. En la ronda de los censos de la década de 1990, el país con menor proporción de personas de 75 años y más era Brasil (22,3%), mientras México tenía la tasa más elevada (33,9%). En la primera década del siglo XXI, Brasil continúa con la menor proporción (24,6%) y Ecuador presenta el mayor porcentaje (33,9%) (véase el gráfico I.12). Todo parece indicar que la poca nitidez en el envejecimiento de la población adulta mayor se explica porque durante el período intercensal considerado (1990-2000) se integraron a esta población cohortes más numerosas que en el pasado. Esta circunstancia influye en el dinamismo demográfico interior de dicha población e, incluso, puede ocasionar situaciones de rejuvenecimiento relativo, como se advierte en el caso mexicano.

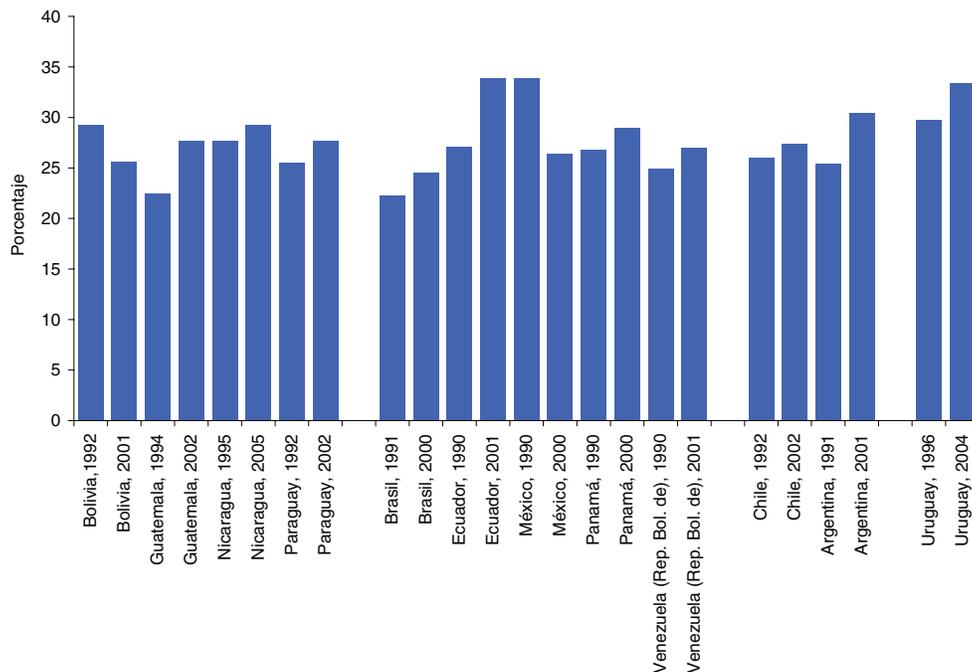
² Para mayor información respecto de este tema, consúltese los documentos de Hill, Morelos y Wong (1999), Kirk (1996), Livi-Bacci (1994), Vallin (1994) y Rodríguez (2001).

Gráfico I.11
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE Y TASA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS Y DE 75 AÑOS Y MÁS, Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR GRANDES GRUPOS DE EDAD, 1950-2050



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.

Gráfico I.12
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE 75 AÑOS Y MÁS RESPECTO DEL TOTAL DE PERSONAS MAYORES, CENSOS DE 1990 Y 2000



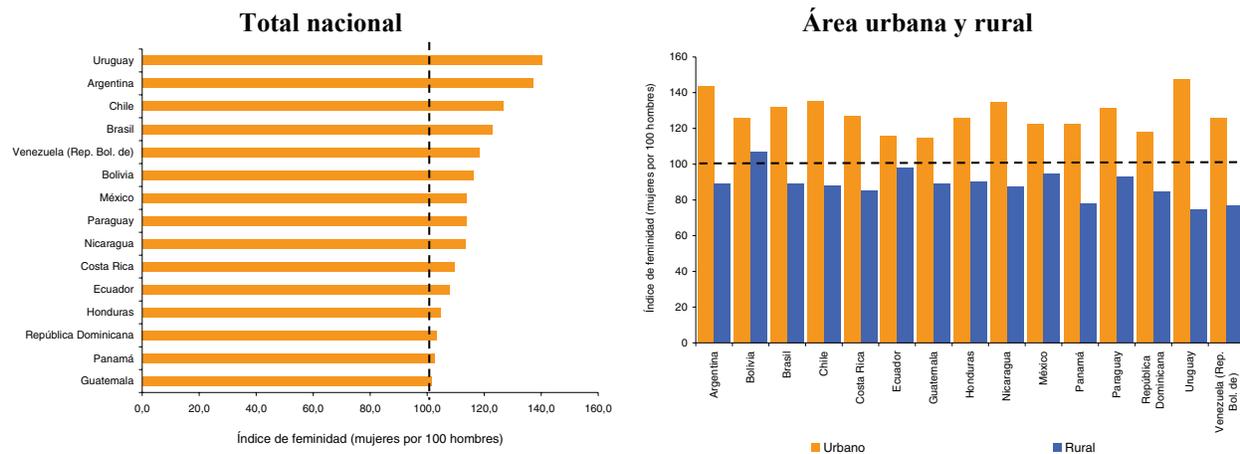
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, sobre la base de microdatos censales de los países de la región.

El envejecimiento interno de la población de 60 años y más puede incrementar las necesidades de apoyo médico, institucional y familiar. Por lo tanto, es necesario que, al momento de diseñar políticas para este grupo etario, se tenga en cuenta el cambio en la estructura por edad al interior de la población adulta mayor.

2. Las diferencias de género en la composición de la población adulta mayor

En la actualidad, en América Latina y el Caribe, por cada 100 hombres hay 116 mujeres de 60 años y más. Este predominio femenino suele acentuarse en los países con una esperanza de vida a los 60 años más elevada, a lo que se suma que la brecha entre mujeres y hombres se ensancha a medida que la población envejece. Según los censos de la ronda del año 2000, Uruguay, Argentina y Chile tienen los índices más altos de feminidad en este grupo etario (entre 130 y 140 mujeres por 100 hombres). Panamá y Guatemala, en cambio, presentan los valores más bajos, aunque superiores a 100 (véase el gráfico I.13). También se verifican diferencias de género según el área de residencia de las personas mayores: en las áreas urbanas hay un predominio femenino y en las rurales el índice es favorable a los hombres —casi en todos los países analizados el índice de feminidad en las áreas rurales es inferior a 100— (véase el gráfico I.13). La diferencia urbano-rural está relacionada con las actividades económicas que se desarrollan en el ámbito rural, que son realizadas, en su mayoría, por hombres. Desde hace tiempo, las ciudades han sido más atractivas para las mujeres, por lo que la migración rural-urbana del pasado tuvo un importante componente femenino, que aumentó la proporción de mujeres en las ciudades.

Gráfico I.13
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): ÍNDICE DE FEMINIDAD DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS, TOTAL URBANO Y RURAL, CENSOS DE 2000



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, sobre la base de microdatos censales de los países de la región.

El predominio femenino está en directa relación con las diferencias en la expectativa de vida a los 60 años, que, por lo general, es mayor para las mujeres. En el pasado, los años que les restaba por vivir a las personas de 60 años eran muy similares entre hombres y mujeres; sin embargo, a medida que fue descendiendo la mortalidad (en particular, la materna) y aumentó la esperanza de vida de la población, la

brecha entre hombres y mujeres se fue acentuando. Esta diferencia no es igual para todos los países de la región, según las estimaciones y proyecciones para el período 2000-2005, Uruguay y Argentina exhiben la brecha más amplia, pues las mujeres de más de 60 años vivirían, en promedio, cinco años más que los hombres, alcanzando los 83 años de vida. Guatemala, en cambio, no presenta diferencias entre hombres y mujeres (ambos vivirán 19,8 años más) y en Haití las mujeres mayores vivirán en promedio solo un año más que los hombres. Si bien esta diferencia seguirá vigente en las próximas décadas, no existe una tendencia única en la región, ya que en algunos países se continuará ampliando aún más, mientras en otros esta discrepancia podría hacerse menos ostensible (véase el cuadro I.1).

La consideración explícita de la dimensión de género en el envejecimiento de la población es muy importante, ya que las mujeres mayores en los países en desarrollo sufren de manera especial los efectos de este proceso. La vejez en las mujeres se ve agudizada, sobre todo, por una vida previa de desigualdad y de exclusión social. Su mayor longevidad implica que un alto porcentaje de ellas se encuentre en situación de viudez, lo que conlleva muchas veces soledad y abandono. Las mujeres mayores, por lo general, tienen menos años de estudio, reciben menores ingresos que los hombres durante su vida laboral y llegan a la vejez con desventajas económicas y sociales. Aun así, muchas mujeres mayores continúan desempeñando un papel importante en la familia —como jefas de hogar o encargadas de la crianza de sus nietos— e, incluso, en edades avanzadas, constituyen la única fuente de provisión de cuidados ante las situaciones de enfermedad y discapacidad en la mayoría de los países.

3. La urbanización del envejecimiento y el envejecimiento del campo

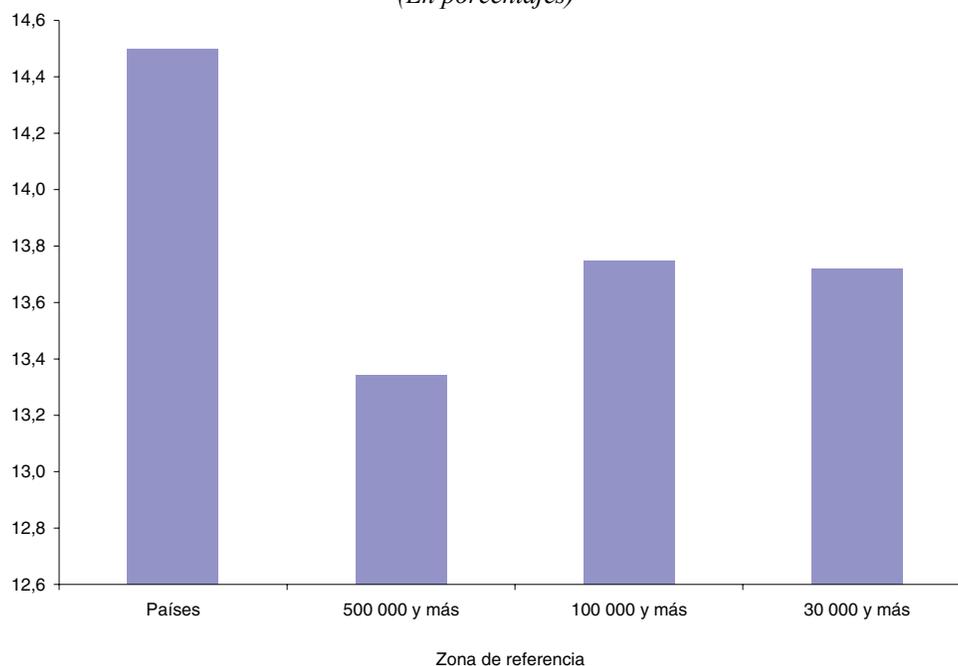
El envejecimiento demográfico tiene diferentes expresiones territoriales. Los países presentan procesos de envejecimiento muy distintos debido a la heterogeneidad en el avance de la transición demográfica. Estas distinciones tienden a ser estilizadas, porque el prematuro proceso en los países actualmente industrializados se tradujo en un envejecimiento más avanzado. Por cierto, los patrones de migración internacional también influyen en la disparidad del proceso de envejecimiento entre países, en especial, cuando el envejecimiento en los países industrializados es atenuado por las oleadas de inmigrantes jóvenes provenientes de países en vías de desarrollo. No obstante, el efecto de la migración internacional sobre el envejecimiento ha sido secundario en comparación con el que ejerce la transición demográfica y, sobre todo, puede tratarse de un efecto coyuntural, pues tarde o temprano los migrantes también envejecen.

Es frecuente que se considere que al interior de los países se debe verificar una fisonomía similar a la descrita para el caso de las disparidades del proceso de envejecimiento; vale decir, las zonas de mayor desarrollo socioeconómico y de transición demográfica más temprana debieran estar más envejecidas. Teniendo en cuenta los conocidos contrastes entre zonas urbanas y rurales en materia socioeconómica y demográfica, se piensa que las áreas urbanas tienen siempre una proporción de población de 60 años y más superior a las rurales, lo que dista de ser seguro debido al poderoso efecto de la migración interna, en particular, la migración campo-ciudad.

En los países industrializados, esta migración tiene una selectividad muy marcada y diferente según el ciclo de vida. Las ciudades —que se han convertido en áreas de emigración neta por la salida hacia los suburbios y el campo— ganan población joven que busca oportunidades de educación, trabajo y pasatiempos, mientras el campo atrae a ciertos tipos de familia y, sobre todo, a personas mayores, por lo que

el efecto neto de estos patrones es que el envejecimiento es más marcado en las zonas rurales.³ Así, de acuerdo a las estadísticas de EUROSTAT cerca del 15% de la población de los 25 países de la Comunidad Europea tenía 65 años y más a principios del siglo XXI; sin embargo, este porcentaje era del orden del 14% en las ciudades y más cercano al 13% al tratarse de ciudades de 500.000 o más habitantes en promedio (véase el gráfico I.14). Sin embargo, hay países europeos donde las ciudades de mayor tamaño registran los índices de envejecimiento más altos (España e Italia, véase el cuadro A.3 del anexo). En definitiva, lo que predomina es el efecto de tres países de gran peso en Europa: Alemania, el Reino Unido y Francia, donde el patrón antes descrito de menor envejecimiento en las ciudades es predominante (véase el cuadro A.3 del anexo).

Gráfico I.14
**COMUNIDAD EUROPEA: PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS,
 TOTAL NACIONAL Y TRES CATEGORÍAS DE CIUDADES**
(En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, sobre la base de información de la Oficina de Estadística de las Comunidades Europeas (EUROSTAT) [en línea] <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

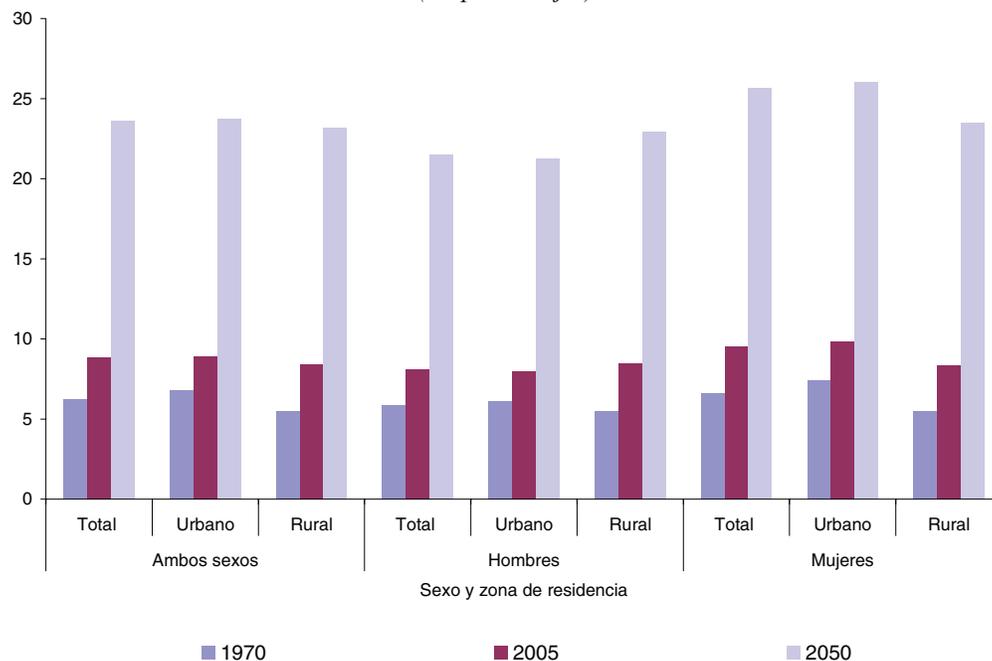
En América Latina y el Caribe, la notable desigualdad en materia de transición demográfica entre zonas urbanas y rurales se tradujo en un envejecimiento particularmente acentuado en las primeras. Sin embargo, este resultado no se verifica con mayor nitidez debido al efecto de la migración interna, en particular, de la corriente del campo a la ciudad, que, sin ser la más cuantiosa en la mayoría de los países de la región (la corriente entre ciudades es la principal en la actualidad), sigue siendo más numerosa que la corriente en sentido inverso y, por ende, implica una transferencia neta de población del campo a la ciudad.

³ Presentación del profesor Paul Gans, en el seminario internacional Migración y desarrollo: el caso de América Latina, Santiago de Chile, 7 y 8 de agosto de 2007.

Como esta última población es en su mayoría femenina y en edad laboral, el resultado es un envejecimiento prematuro del campo (en rigor, se aprecia una relación de dependencia mucho más elevada que la que tendría en ausencia de la migración campo-ciudad) y un engrosamiento extraordinario de las edades intermedias en las ciudades junto con una sobrerrepresentación femenina (CELADE, 2003). Esto no significa, en todo caso, que el ámbito urbano esté menos envejecido que el rural, de hecho, el gráfico I.15 muestra que en la actualidad el envejecimiento en el ámbito urbano casi coincide con el total nacional y se estima que tal similitud se mantendrá en el año 2050. El hecho es que a raíz de la transición demográfica mucho más avanzada en la zona urbana, su porcentaje de personas mayores debiera ser más elevado y no lo es por la salida de jóvenes del campo a la ciudad.

La selectividad según sexo de la migración interna en América Latina y el Caribe —con mayor movimiento entre las mujeres (Rodríguez, 2004)— se manifiesta en las diferencias entre el envejecimiento urbano y el rural de hombres y mujeres. Mientras entre los hombres el índice de envejecimiento ha sido sistemáticamente más alto en el ámbito rural —estimándose que para el año 2050 el 23% de la población rural masculina tendría 60 años y más y en tal situación se encontraría el 21% de la población urbana—, entre las mujeres se ha verificado lo contrario, y al año 2050 el índice llegaría a un 26% en las ciudades y a un 23% en el campo (véase el gráfico I.15).

Gráfico I.15
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS,
SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y SEXO
(En porcentajes)



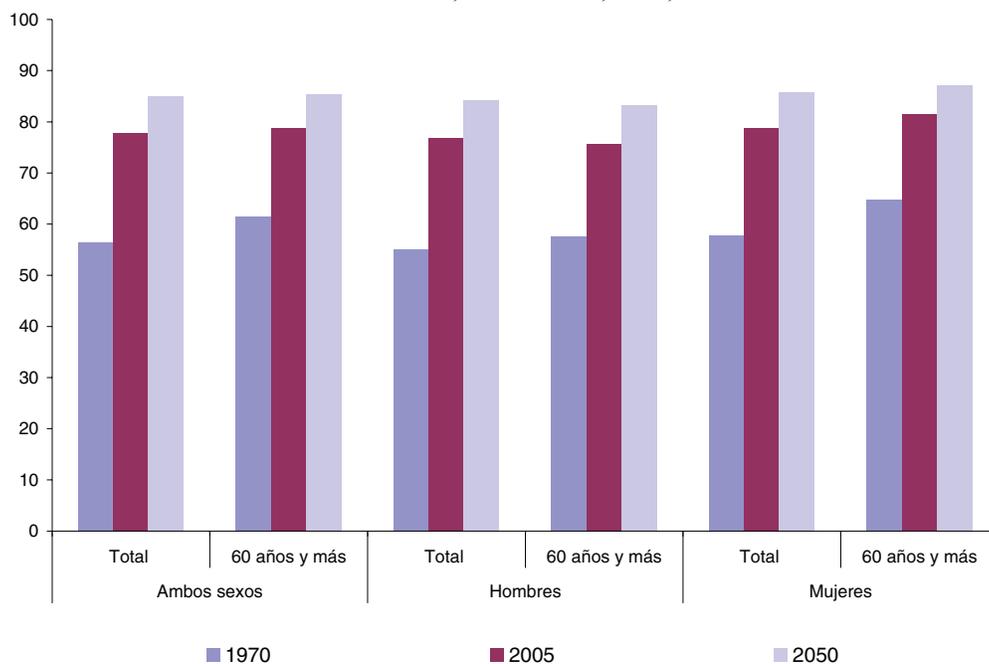
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, estimaciones y proyecciones [en línea] www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.

El envejecimiento anticipado del campo latinoamericano resulta de factores muy diferentes a los que operan en la Comunidad Europea. En los países europeos deriva de una migración al campo de personas mayores que prefieren vivir allí —en particular, jubilados con ingresos medio y alto que buscan

una mejor calidad de vida en ámbitos rurales, en general, bien servidos y conectados—, en cambio, en América Latina resulta de persistentes fuerzas que expulsan población joven del campo (Guzmán y otros, 2006 y 2007; CELADE, 2003). Es decir, el envejecimiento rural latinoamericano es fruto del abandono y no necesariamente de una opción.

Ahora bien, el envejecimiento anticipado del campo no modifica la tendencia a largo plazo, válida para todos los grupos etarios, a la urbanización. De acuerdo al gráfico I.16, el porcentaje de personas mayores de la región aumentó significativamente su localización urbana entre 1970 y 2005, pasando de un 60% a un 80% (77% en el caso de los hombres y 81% en el de las mujeres), y se espera que llegue al 85% en el año 2050 (83% en el caso de los hombres y 86% en el de las mujeres).

Gráfico I.16
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE URBANO DE LA POBLACIÓN TOTAL
Y DE 60 AÑOS Y MÁS, POR SEXO, 1970, 2005 Y 2050



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, estimaciones y proyecciones [en línea] www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.

De esta manera, la región convivirá con dos rasgos territoriales de envejecimiento: un amplio predominio de la localización urbana entre las personas mayores, que influirá en sus requerimientos y condiciones de vida, y un envejecimiento prematuro del campo, que influirá en el desarrollo y el perfil de demandas del ámbito rural. Por cierto, esta realidad regional varía entre países, ya que en algunos la población del campo está más envejecida que la urbana (Bolivia, Chile, Ecuador, México y Panamá), mientras en otros la población rural y urbana tienen un grado similar de envejecimiento (Honduras, Paraguay y República Bolivariana de Venezuela) o, bien, la población urbana es más envejecida que la rural (Argentina, Brasil, Costa Rica y Guatemala) (véase el cuadro A.4 del anexo). Esta heterogeneidad se verifica también en las ciudades, ya que algunas presentan niveles de envejecimiento superiores al

promedio de su país (Gran Buenos Aires, Río de Janeiro, San José y Ciudad de Guatemala), mientras otras registran índices menores que el nacional (São Paulo, Quito y Ciudad de Panamá).

Recuadro I.1
EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y POBLACIONES INDÍGENAS

En general, con excepción de Chile, los perfiles demográficos de los pueblos indígenas, se distinguen por sus rasgos juveniles, con altos niveles de fecundidad y mortalidad (CEPAL, 2007b). Esta situación incluso se da en contextos nacionales donde el proceso de envejecimiento de la población total se manifiesta, con diferentes grados, de manera avanzada. Dentro de la relativa “juventud” de los patrones etarios indígenas se pueden distinguir cuatro tipos de estructuras, desde las más “jóvenes” hasta las más “maduras” o “envejecidas”:

i) Grupo 1. Estructura “muy joven”, con una base “muy expandida”: Panamá, Paraguay, Guatemala y Honduras. Coexisten con poblaciones no indígenas menos jóvenes, pero en el caso de Panamá la población no indígena puede considerarse francamente “madura”.

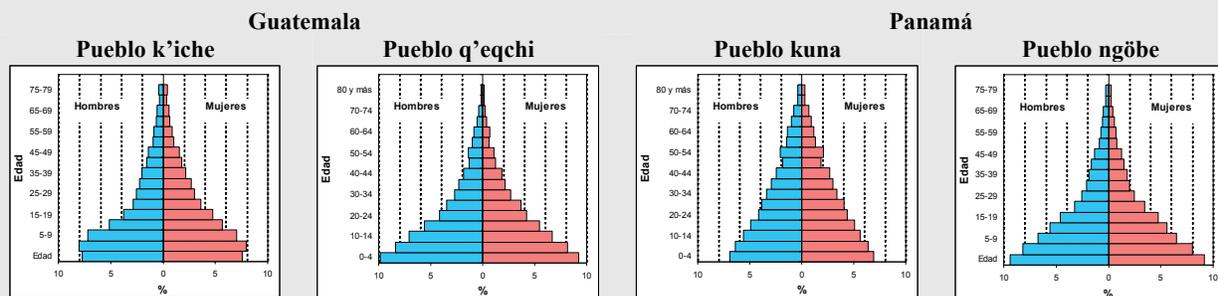
ii) Grupo 2. Estructura “joven”, con una base “expandida”: Bolivia, Costa Rica, Ecuador y México. En estos tres últimos países se combinan con poblaciones no indígenas “maduras”, propias de una fase avanzada de la transición demográfica, salvo en el caso de Bolivia, donde la población no indígena sigue siendo joven.

iii) Grupo 3. Estructura “madura”, con una base “estable”: Brasil. Se combina con una población no indígena también “madura”, pero con una base en franca disminución.

iv) Grupo 4. Estructura “envejecida”, con una base “en disminución”: Chile. La estructura de la población indígena es similar a la de la población no indígena, lo que resulta en una pirámide de edades que se aproxima a un rectángulo.

Cuando los patrones de la estructura por edades de las poblaciones indígenas se examinan en relación con los datos de algunos pueblos específicos, se advierte una diversidad de situaciones dentro de cada país. El gráfico adjunto ilustra que algunos pueblos siguen el patrón general de una estructura muy joven, como el ngöbe, en Panamá y el q’eqchi, en Guatemala; en estos países, se observan a la vez, pueblos con estructuras menos jóvenes, como el kuna y el k’iche, que reflejan una menor fecundidad.

PIRÁMIDES DE POBLACIÓN DE PUEBLOS INDÍGENAS SELECCIONADOS, CENSOS 2000



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama social de América Latina 2006* (LC/G.2326-P), Santiago de Chile, febrero de 2007. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.133.

El patrón etario de los pueblos indígenas se refleja también en otros dos indicadores de la estructura por edades de la población: el índice de envejecimiento y la relación de dependencia potencial.^a Mientras en Paraguay, Panamá, Guatemala, Honduras y Costa Rica se tiene alrededor de 10 personas indígenas de 60 años y más por 100 jóvenes indígenas menores de 15 años, entre los no indígenas este índice va de 14 a 30 personas mayores por 100 niños y jóvenes. En Bolivia, Ecuador, México y Brasil, el índice para la población indígena ronda el 20%, mientras en Chile —caso extremo— es del 37%, mostrando que tiene el mayor porcentaje de personas indígenas de edad avanzada (9,8%).

Recuadro I.1 (conclusión)

En las interpretaciones demográficas y sus consecuencias para las políticas, es relevante considerar que entre los pueblos indígenas la vejez no tiene una valoración “negativa”, sino más bien de continuidad cultural. En general, el estatus y el rol social crecen en la medida que se “envejece”, puesto que se adquiere sabiduría y memoria colectiva, que debe ser transmitida a los jóvenes para asegurar la reproducción cultural del grupo o pueblo (Ibacache y Painemal, 2001; Huenchuan, 2006). Sin embargo, estas concepciones parecen diferir según las realidades territoriales, culturales y demográficas de cada pueblo. Por ejemplo, un estudio de caso del pueblo zoque, en Chiapas (México), muestra cómo la fuerza de la modernidad, unida a las condiciones de pobreza y marginación, ha erosionado el estatus social y el respeto a los ancianos, produciendo una pérdida de roles tradicionales y de su valoración, lo que tendría efectos negativos en sus condiciones de vida (Reyes Gómez, 2002).

Desde una óptica económica, las interpretaciones de la relación de dependencia deben contextualizarse sociocultural y territorialmente, puesto que la economía de los pueblos indígenas se caracteriza, en mayor o en menor medida, por situaciones de subsistencia, donde todos los miembros del grupo familiar aportan con determinadas labores (Descola, 1986).

En suma, si bien el acelerado proceso de envejecimiento es el fenómeno demográfico más trascendente del presente siglo en la región, se advierte que para la población indígena los desafíos aún se centran en los grupos de niños y jóvenes. Esto implica que los Estados deben considerar prioridades diferenciadas en las políticas públicas, no solo en términos de la asignación de recursos para enfrentar la ampliación de la cobertura de la educación y el desarrollo de una atención de salud, sino también en términos de garantizar acciones cuyos contenidos, gestión y administración sean relevantes para los pueblos indígenas (CEPAL, 2007b).

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, sobre la base de *Panorama social de América Latina 2006* (LC/G.2326-P), Santiago de Chile, febrero de 2007. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.133.

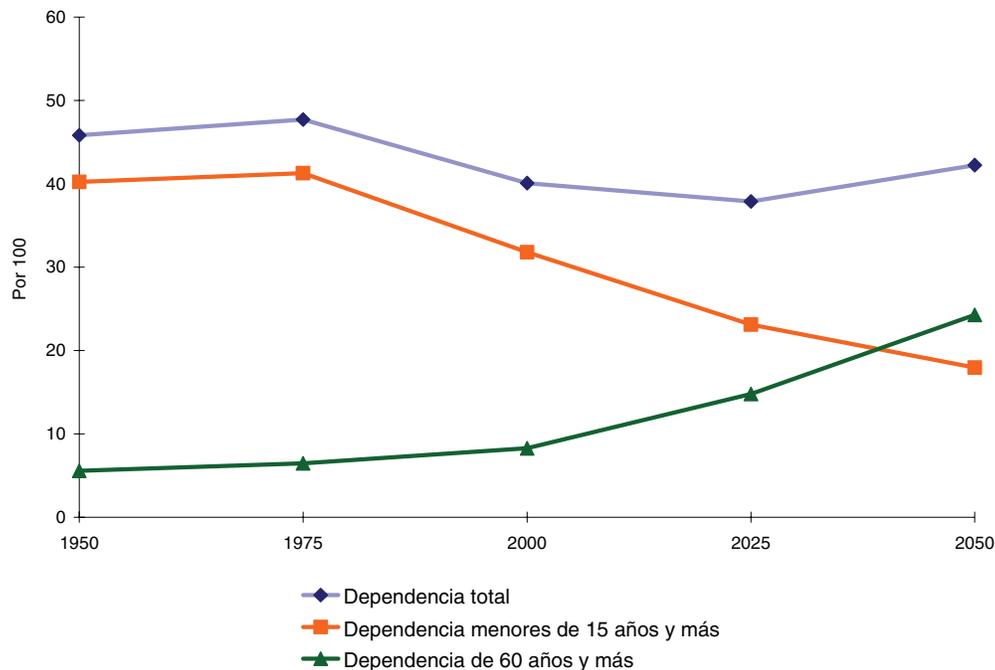
^a Se refiere al número de niños de 0 a 14 años y personas de 60 años y más por cada 100 adultos entre 15 y 59 años.

D. RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y BONO DEMOGRÁFICO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: UNA OPORTUNIDAD Y UN DESAFÍO

La relación de dependencia demográfica total es un índice sintético de la estructura por edad de la población (CELADE, 2006a), que permite analizar los efectos del envejecimiento sobre la estructura de las generaciones, considerando las relaciones entre las personas que tienen una alta probabilidad de ser dependientes —mayores y niños— y la población en edad de trabajar (véase el cuadro A.5 del anexo). Sin embargo, su análisis e interpretación debe ser cuidadoso, puesto que tanto las poblaciones jóvenes como las envejecidas presentan elevados índices de dependencia demográfica. Este índice disminuye, en una primera instancia, a raíz del descenso de la fecundidad, que merma el peso relativo de la población infantil antes de que se inicie un aumento sostenido de la población adulta mayor (véase el gráfico I.17).

En diferentes momentos, y según el grado de avance de la transición demográfica en cada país, el índice de dependencia aumenta nuevamente (véase el cuadro A.5 del anexo). Para diferenciar si la mayor carga económica la ocasionan los niños o los mayores, el índice puede desagregarse entre la relación de dependencia de niños —también llamada relación de juventud— y la relación de adultos —o de vejez. La relación de adultos se utiliza para medir la necesidad potencial de soporte social de la población adulta mayor por parte de la población en edades activas. Como se observa en el gráfico I.17, el incremento de la relación de dependencia en la región está cada vez más determinado por el peso de la población de 60 años y más, cuyas repercusiones en términos de costos económicos son más elevadas que las inherentes a la dependencia juvenil, debido, sobre todo, a las necesidades de atención de salud y de seguridad social.

Gráfico I.17
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: RELACIÓN DE DEPENDENCIA TOTAL DE NIÑOS Y DE VEJEZ, 1950-2050



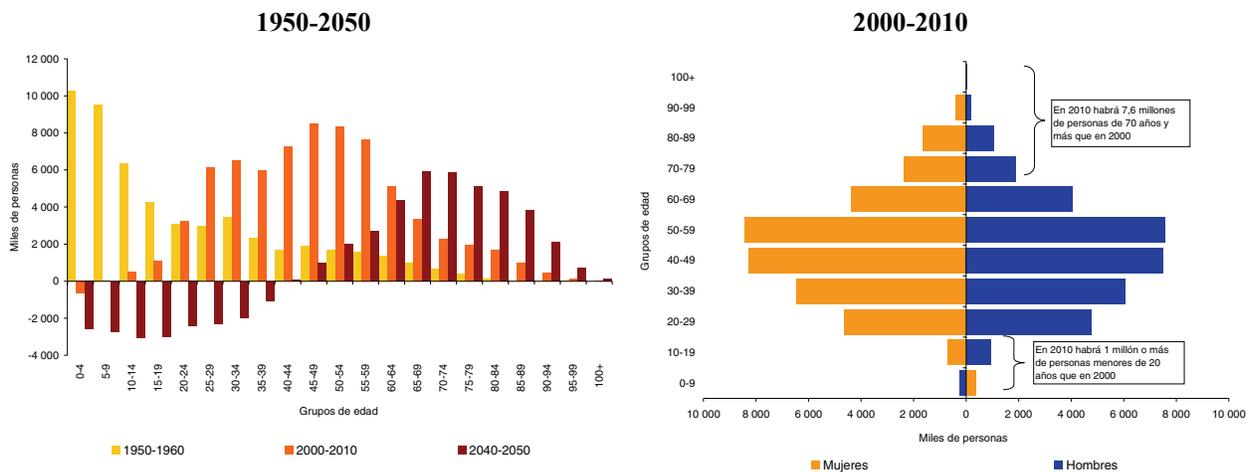
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2006 Revision*, Nueva York, 2006.

En los inicios de la transición demográfica, por efecto del elevado ritmo de crecimiento de los niños de 0 a 14 años, la región presentaba una relación de dependencia alta, lo que originó demandas a los sistemas de salud, especialmente en materia de atención materna e infantil, y de educación (véase el gráfico I.18). A medida que fue avanzando la transición, sumada a la baja fecundidad, se ha reducido la relación de dependencia total a valores inferiores a 60 personas menores de 15 años y mayores de 60 años por cada 100 de 15 a 59 años. El cambio ha sido notorio en países cuya transición estaba más avanzada (Uruguay, Cuba, Argentina y Chile). En la actualidad, el mayor crecimiento absoluto de la población se da en los grupos de 15 a 59 años, que conforman el conjunto demográfico que se encuentra en la etapa más productiva de sus vidas (véase el gráfico I.18). Dado que las relaciones de dependencia totales tenderán a disminuir durante un determinado lapso, la mayoría de los países de la región tendrá ante sí la posibilidad de aprovechar las oportunidades que ofrece este bono demográfico para ampliar su potencial productivo y prepararse para la fase final de la transición demográfica, caracterizada por el incremento relativo de la población de mayor edad.

La menor presión de las demandas de la población infantil —que en una primera etapa se produce sin que aumente con notoriedad el grupo de personas mayores— configura el sustento del bono demográfico y da pie a la posibilidad de realizar inversiones productivas, incrementar la inversión social en la lucha contra la pobreza, mejorar la calidad de la educación y promover una reforma de la salud. Ello ayudaría, además, a anticipar las medidas necesarias para hacer frente al incremento de la población adulta mayor, cuyas demandas serán más costosas. El concepto de “ventana de oportunidades” procura captar la transición del primer efecto de la caída de la fecundidad, que ocasiona, debido a la baja tasa de dependencia, condiciones potencialmente más favorables en la estructura etaria de la población: la

proporción de niños y adolescentes se reduce, sin que crezca de manera significativa la dependencia de las edades mayores (CEPAL, 2004).

Gráfico I.18
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO ABSOLUTO ESTIMADO Y PROYECTADO POR DECENIO Y GRUPOS DE EDAD, PERÍODOS SELECCIONADOS
 (En miles de personas)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2006 Revision*, Nueva York, 2006.

Sin embargo, para que este bono demográfico transitorio se traduzca en beneficios reales, es necesario aplicar medidas que eleven la calificación de los recursos humanos mediante el mejoramiento sistemático de la calidad de la educación y la capacitación laboral. También deberá ampliarse la capacidad de los sectores productivos de asegurar la utilización efectiva de estos recursos. Por lo tanto, una parte de los dividendos de dicho bono no está garantizada, pues depende de la capacidad de las economías de la región para crear empleo en el período en que se produzca. De lo contrario, el bono puede convertirse en una carga adicional para los países, expresada en una fuerte presión de la población que busca empleo en un contexto restrictivo del incremento de las posibilidades de trabajo (Villa, 2003).

Al aumentar la relación de dependencia, el bono demográfico llega a su fin, por lo que está acotado en el tiempo. La consolidación de una menor fecundidad y los incrementos de la esperanza de vida, acrecientan el peso de las personas mayores, en consecuencia, la relación de dependencia se eleva nuevamente, lo que da origen a más demandas de atención de salud y seguridad económica. Urge, entonces, aprovechar la holgura que representa el bono demográfico y prepararse para la gran cantidad de desafíos que impondrá el envejecimiento de la población tanto para los gobiernos de la región como para la sociedad civil, las familias y para las propias personas mayores —que tienen un rol protagónico en el proceso. Promover el financiamiento solidario de las pensiones, incorporar la atención de salud de las personas mayores —con personal especializado, adaptaciones de infraestructura y énfasis en la prevención— y diseñar mecanismos de apoyo familiar y comunitario son solo parte de las orientaciones que es urgente incorporar en las políticas públicas de la región (Jaspers, 2007).

Capítulo II

ENVEJECIMIENTO EN EL MARCO DE UN DESARROLLO BASADO EN DERECHOS

A. EL ENFOQUE DE DERECHOS, EL DESARROLLO Y EL DESAFÍO DE UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES

En su trigésimo primer período de sesiones (marzo de 2006), la CEPAL planteó que “El principio de la titularidad de derechos debe guiar las políticas públicas. Se trata de orientar el desarrollo conforme al marco normativo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales plasmados en acuerdos vinculantes tanto nacionales como internacionales”. Desde esta perspectiva, se modifica la lógica de elaboración de leyes, políticas y programas, ya que el punto de partida no es la existencia de personas con necesidades, que deben ser asistidas, sino sujetos con derechos que obligan al Estado y al resto de la sociedad (Abramovich y Curtis, 2006; OACDH, 2004; CEPAL, 2006). La persona, por lo tanto, es el sujeto central del desarrollo, y las garantías consagradas en el régimen universal de protección de los derechos humanos constituyen el marco conceptual, aceptado por la comunidad internacional, capaz de ofrecer un sistema coherente de principios y reglas para guiarlo (Abramovich, 2004; CEPAL 2006). Este enfoque también permite establecer las obligaciones de los Estados frente a los derechos (económicos, sociales, culturales, civiles y políticos) involucrados en una estrategia de largo plazo (véase el recuadro II.1).

Recuadro II.1

OBLIGACIONES CONTRAÍDAS POR LOS ESTADOS RESPECTO DE LOS DERECHOS HUMANOS

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

Fuente: Sandra Huenchuan y Alejandro Morlachetti, “Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina”, documento preparado para la Reunión de expertos sobre población, desigualdades y derechos humanos, Santiago de Chile, 26 y 27 de octubre de 2006.

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

La integración de los derechos humanos en el desarrollo contribuye a que las medidas puestas en práctica consideren la situación específica de los individuos y grupos vulnerables, marginales, desfavorecidos o socialmente excluidos (OACDH, 2004; CEPAL, 2006). Ello coadyuva a superar la lógica de los marcos conceptuales y normativos a partir de los que se han construido las políticas públicas y las instituciones de desarrollo que, tradicionalmente, se han erigido desde concepciones estandarizadas de la humanidad, donde algunos atributos —lo masculino, la adultez y determinado origen étnico— son los ejes que erigen la identidad, la constitución del sujeto y de la ciudadanía. En este contexto, las especificidades de mujeres, indígenas, personas con discapacidad o personas mayores, por ejemplo, no han sido contempladas de forma plena. El enfoque de desarrollo basado en derechos, en cambio, propicia la titularidad de derechos humanos de todos los grupos sociales y, de ese modo, contribuye a que aquellas y aquellos, que en el pasado fueron excluidos, en el presente sean tratados sobre la base de la igualdad y del respeto de la dignidad humana, para favorecer la integración social y, con ello, la construcción de una “sociedad para todos” (Naciones Unidas, 1995b).

El CELADE ha prestado especial importancia a grupos específicos como los migrantes, jóvenes y personas con VIH, entre otros, en sus trabajos sobre derechos humanos y población, reafirmando que la perspectiva de derechos humanos es adecuada para abordar ciertos fenómenos demográficos —migración internacional, distribución espacial de la población, fecundidad y envejecimiento— (Martínez y Ferrer, 2006). El proceso de envejecimiento de la población abre nuevas posibilidades para este enfoque y, como corolario, para la construcción de ciudadanía del siglo XXI. Primero, alienta a conciliar las necesidades e intereses de todos los grupos de la sociedad para avanzar hacia una plena integración social, donde cada persona, independiente de su edad, con sus propios derechos y responsabilidades, tenga una función activa que desempeñar (Naciones Unidas, 1995b). Segundo, irrumpe o se consolida un nuevo sujeto social que reclama un tratamiento particular en razón de su edad e introduce nuevas vindicaciones para expandir, especificar y profundizar los derechos humanos.

La legitimidad de ambos puntos de vista es evidente, ya que las personas mayores, al igual que otros grupos sociales, han disfrutado de un ejercicio limitado de igualdad y de libertad, producto de desigualdades explícitas —en cuanto a situación y a derecho— y a que las políticas públicas muchas veces no han tomado en cuenta sus necesidades (Naciones Unidas, 1995a).

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

B. EL CONSENSO EN TORNO A LOS DERECHOS, LA PROTECCIÓN SOCIAL Y LAS MODALIDADES DE INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

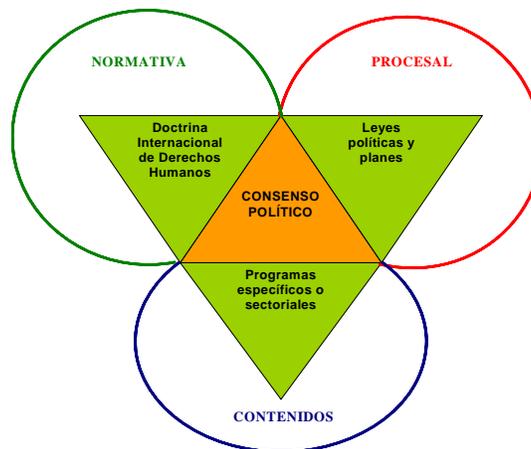
En su último período de sesiones, la CEPAL planteó la necesidad de alcanzar un nuevo consenso político en relación con la sociedad que se quiere construir, a fin de conjugar las conocidas restricciones económicas, las debilidades institucionales y las demandas de los grupos sociales titulares de derechos.

Esta propuesta fue acogida por los países miembros de la Comisión en la resolución 626(XXXI) de 2006, en que se reconoce que “la protección social en América Latina y el Caribe debe ser objeto de un cambio de enfoque en respuesta a los cambios que se dan a nivel global y [que] repercuten en nuestras

sociedades, y su mejora potencia las sinergias positivas entre equidad social, democracia participativa y crecimiento económico”.

Para armonizar una agenda de derechos humanos con las exigencias a las que se ven sometidos los países en el momento actual, la CEPAL propone avanzar hacia un nuevo pacto de protección social, que contenga tres dimensiones (normativa, procesal y de contenidos) para progresar hacia el ejercicio de derechos ciudadanos de todos los grupos sociales. Es necesario, entonces, realzar las demandas específicas de determinados sectores —hasta ahora invisibles para la agenda del desarrollo—, con el fin de que este nuevo pacto los incluya integralmente. En el caso de las personas mayores, la estrategia incluye el desarrollo y aplicación de conceptos y contenidos particulares en cada una de las dimensiones antes mencionadas (véase el diagrama II.1).

Diagrama II.1
DIMENSIONES DEL NUEVO PACTO DE PROTECCIÓN SOCIAL BASADO EN DERECHOS



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294(SES.31/3)), Santiago de Chile, 2006.

1. Dimensión normativa

Las acciones públicas y las instituciones encargadas de la atención de personas mayores, deben basarse explícitamente en las normas internacionales sobre derechos humanos, puesto que están protegidas por los instrumentos vinculantes de derechos humanos: Declaración Universal de Derechos Humanos; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; Convención Americana sobre Derechos Humanos y su Protocolo adicional en materia de derechos económicos, sociales y culturales (en adelante el Protocolo de San Salvador), entre otros.

En el Protocolo de San Salvador, se establece específicamente la protección de las personas mayores en su artículo 17, donde los Estados partes se comprometen a proporcionar de manera progresiva instalaciones adecuadas, alimentación y atención médica especializada a las personas mayores que carezcan de ellas, crear programas laborales destinados a concederles la posibilidad de realizar una actividad productiva y a estimular la formación de organizaciones sociales que mejoren su calidad de vida. A la fecha,

el Protocolo ha sido ratificado por 14 países de la región (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname y Uruguay).

Los derechos de las personas mayores, sin embargo, no han sido estandarizados en un instrumento vinculante como ocurre con otros grupos sociales —mujeres, niños y personas con discapacidad. En este sentido, la jurisprudencia y doctrina de los comités de los tratados tienen una importante función para avanzar en la comprensión de los derechos en la vejez.

Los comités por medio de sus comentarios generales o sus recomendaciones a los Estados, definen con mayor precisión las principales obligaciones en relación a los Pactos de derechos humanos, así como el contenido de los derechos protegidos por estos instrumentos. Así lo hizo el Comité del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1995 en su Observación General N° 6, donde aborda los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores (véase el cuadro II.1) orientando a los Estados partes para que comprendan mejor sus obligaciones hacia las personas de edad cuando apliquen diversas disposiciones de este instrumento (Naciones Unidas, 1999).

Cuadro II.1
**COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES:
CONTENIDOS DE LA OBSERVACIÓN GENERAL N° 6**

Artículo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)	Interpretación del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC)
Igualdad de derechos para hombres y mujeres (artículo 3)	Los Estados partes deberían prestar atención especial a las mujeres de edad avanzada y crear subsidios no contributivos u otro tipo de ayudas para todas las personas que, independiente de su género, carezcan de recursos para alcanzar una edad especificada en la legislación nacional
Derecho al trabajo (artículos 6, 7 y 8)	Los Estados partes deben adoptar medidas que eviten la discriminación por edad en el empleo y la profesión, garanticen condiciones seguras de trabajo hasta la jubilación, otorguen empleo a trabajadores de edad avanzada que les permita hacer mejor uso de su experiencia y conocimientos, además de poner en marcha programas de jubilación reparatorios
Derecho a la seguridad social (artículo 9)	Los Estados partes deben fijar regímenes generales para un seguro de vejez obligatorio, establecer una edad de jubilación flexible, proporcionar subsidios de vejez no contributivos y otras ayudas a todas las personas que, alcanzada la edad establecida en la legislación nacional, no hayan finalizado el período de calificación contributivo y no tengan derecho a una pensión de vejez u otro tipo de prestación de seguridad social o ayuda y carezcan de ingresos
Derechos de protección a la familia (artículo 10)	Los gobiernos y las ONG deben crear servicios sociales en apoyo de la familia cuando existan personas mayores en el hogar, y aplicar medidas especiales destinadas a las familias de bajos ingresos que deseen mantener en el hogar a las personas de edad avanzada
Derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 11)	Las personas mayores deberían lograr satisfacer necesidades básicas de alimentación, ingresos, cuidados, autosuficiencia y otras. También establece el desarrollo de políticas que favorezcan la vida en sus hogares por medio del mejoramiento y adaptación de sus viviendas
Derecho a la salud física y mental (artículo 12)	Supone efectuar intervenciones sanitarias dirigidas a mantener la salud en la vejez con una perspectiva del ciclo de vida
Derecho a la educación y cultura (artículo 13)	Debe ser abordado desde dos ángulos diferentes y a la vez complementarios: i) el derecho de la persona de edad a disfrutar de programas educativos; y ii) poner sus conocimientos y experiencias a disposición de las generaciones más jóvenes

Fuente: Naciones Unidas, 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.

2. Dimensión procesal

La legislación y las políticas sobre envejecimiento deben promover y proteger los derechos y libertades fundamentales en la vejez. Para que se concreten, se requiere que los poderes políticos establezcan los medios y los recursos con que se harán efectivos, como la constitucionalización de derechos, la creación de leyes especiales de protección y las políticas o planes de acción para garantizar los derechos de las personas mayores. Asimismo, es necesario asignar presupuestos que financien las disposiciones normativas y políticas a las que un país se compromete.

Existen tres criterios básicos fundamentales para que la dimensión instrumental sea efectiva: la no discriminación, la progresividad y la participación. De acuerdo a distintos instrumentos internacionales de derechos humanos, se entenderá por discriminación de las personas mayores, cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales (Vásquez, 2004).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha identificado a las personas mayores como uno de los grupos susceptible de sufrir discriminación en materia de derechos, recomendándoles a los Estados: i) revisar sus legislaciones y eliminar cualquier discriminación de jure o de facto; ii) sancionar normas que protejan a las personas mayores contra la discriminación, y iii) establecer medidas de discriminación positiva cuando se equiparen las oportunidades de las personas mayores con otros grupos sociales en el disfrute de determinados derechos (Abramovich y Courtis, 2006).

Si bien el criterio de progresividad reconoce que no se pueden realizar plenamente todos los derechos en un corto lapso de tiempo, no significa que el Estado pueda aplazar de forma indefinida su cumplimiento o que lo haga una vez alcanzado un determinado nivel de desarrollo económico. La progresividad también implica una obligación de resultados, por lo que el Estado debería demostrar avances cuantitativos y cualitativos en el proceso de alcanzar la plena realización de los derechos. Asimismo, entraña una limitación en cuanto a la adopción de medidas regresivas, por el principio de no retroceso aplicable a los derechos humanos.

En definitiva, los Estados deberían planificar las medidas necesarias para hacer efectivos los derechos de las personas mayores, ya que la realización progresiva requiere de metas, indicadores y puntos de referencia respecto de la realización de los mismos (OACDH, 2004). La opinión de las personas mayores debería ser considerada en el proceso de determinación de estos puntos de referencia, además de incorporar a este grupo etario en las instancias de rendición de cuentas en relación con los avances y promover su participación. Es necesario, entonces, informar, diseminar, divulgar los derechos y libertades de tal forma que sean conocidos y ejercidos por las personas mayores y las organizaciones que las representan (Vásquez, 2004), lo que requiere de mecanismos concretos para ejercer su derecho a la participación y el acceso a la información adecuada para mejorar su capacidad de incidencia.

3. Dimensión de contenidos

La dimensión de contenidos se expresa en acciones concretas de aplicación y de responsabilidad, que se ponen en práctica mediante programas sectoriales o específicos dirigidos a personas mayores (salud y vivienda, entre otros), considerando en especial que su orientación y sus prestaciones o servicios permitan avanzar en el cumplimiento de los derechos en la vejez. Como características básicas, estos programas deben ser universales y contar con mecanismos para hacer exigibles las prestaciones y servicios (CEPAL, 2006).

A esta dimensión se asocian la responsabilidad y exigibilidad, características propias del enfoque de derechos humanos, que se refieren a la creación y desarrollo de mecanismos de cumplimiento de las obligaciones por parte del Estado. Estos mecanismos pueden incluir desde dispositivos judiciales, cuasijudiciales, administrativos y de política (OACDH, 2004); por ejemplo, a nivel doméstico instituciones como las defensorías (el caso de Guatemala) y, a nivel internacional, el sistema interamericano (Comisión y Corte Interamericana de Derechos Humanos). Es fundamental que estos instrumentos sean accesibles y comprensibles para las personas mayores, por lo que es preciso que tengan acceso a la información para hacerlos efectivos en caso de necesidad.

La normativa internacional de derechos humanos es una herramienta esencial para promocionar y proteger positiva y ampliamente los derechos en la vejez. Para avanzar en un pacto de protección social, que incluya de forma plena a este grupo social, es imperioso reconocer a las personas mayores como titulares de derechos generales y específicos, en el marco de los principios de universalidad y solidaridad.

C. LA PROTECCIÓN CONSTITUCIONAL DE LOS DERECHOS EN LA VEJEZ EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

La titularidad de los derechos tiene como referente normativo los acuerdos y normas internacionales sobre derechos humanos, sin embargo, la Constitución de cada país es la que establece la jerarquía de dichos tratados dentro del ordenamiento jurídico interno (CEPAL, 2006). Desde el inicio de los procesos de instauración de la democracia en la región, existe la tendencia a integrar estos instrumentos internacionales al derecho interno.¹ En general, los derechos reconocidos en los tratados internacionales se traducen en los textos constitucionales mediante su interpretación o incorporación explícita.

Si bien todos los derechos y garantías reconocidos en los textos constitucionales son, por supuesto, aplicables a las personas mayores, existen casos en que los derechos de este grupo social se reconocen taxativamente, lo que es trascendental, puesto que la Constitución —en tanto norma legal— es la expresión suprema de todo el ordenamiento jurídico, social, económico, político, civil y cultural de un país. La Constitución Nacional, por ende, tiene una jerarquía superior sobre las Constituciones Provinciales, las leyes en general, los decretos, reglamentos y los actos administrativos. En los países federados (Argentina, Brasil y México), en cambio, los estados o provincias se han reservado en la Constitución y no han delegado ciertos poderes al gobierno nacional, por lo que para adoptar una ley de derechos de las personas mayores, se necesita la adhesión de cada una de las provincias o estados para que sean exigibles en todo el territorio.

Por otra parte y en estricto rigor, debería existir una correlación lógica entre los derechos constitucionales, la organización pública y las decisiones presupuestarias. Así, mientras las estructuras administrativas y la legislación presupuestaria son medios para efectivizar los derechos, la protección de los

¹ En algunas constituciones, los principales tratados de derechos humanos son enumerados en forma taxativa (Argentina, Nicaragua y República Bolivariana de Venezuela), estableciendo explícitamente que tienen jerarquía constitucional, lo que les otorga mayor exigibilidad en el derecho interno. En otras, los tratados de derechos humanos son considerados como una guía para la interpretación de los derechos consagrados (Colombia). Asimismo, en algunas constituciones se declara la prevalencia de lo dispuesto en los tratados internacionales por sobre el derecho interno, lo que, en principio, podría interpretarse como que se situarían por debajo de la Constitución, pero por encima de toda la legislación nacional (Brasil, Costa Rica, Honduras y Guatemala). En la Constitución chilena y ecuatoriana, en cambio, los tratados internacionales se asumen con un carácter más general, consignando el respeto y promoción de los derechos humanos.

derechos constitucionales son un fin en sí mismo. Buena parte de las constituciones de la región establecen disposiciones que le dan prioridad al respeto de los derechos de las personas mayores, que les protegen contra la violencia o que condenan la discriminación en razón de la edad.

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

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

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

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

En definitiva, la constitucionalización de los derechos de las personas mayores significa que el ordenamiento jurídico, las políticas públicas, su institucionalidad y los actos de las autoridades de gobierno deberían ajustarse y ser compatibles con esos derechos.

Cuadro II.2 (conclusión)

Países/ Derechos económicos, sociales y culturales	Educación y cultura	Trabajo	Seguridad social	Salud física y mental	Vivienda	Nivel de vida adecuado	Protección de la familia	Igualdad de derechos entre hombres y mujeres
México	●	●	●	●	●	●	●	●
Paraguay		●		●				
Perú	●	●		●		●	●	
Puerto Rico		●		●	●		●	
República Dominicana	●	●	●	●	●		●	
Uruguay	●		●	●	●		●	
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	●	●	●	●	●		●	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las legislaciones especiales de los países incluidos en el cuadro.

Cuadro II.3

**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DERECHOS CIVILES Y
POLÍTICOS GARANTIZADOS EN LAS LEYES DE PROTECCIÓN ESPECIAL DE
LAS PERSONAS MAYORES**

Países/ Derechos civiles y políticos	Derecho a la vida	Libertad y seguridad personales	Libertad de pensamiento, conciencia o religión	Asociación	No discriminación
Brasil	●	●	●	●	●
Costa Rica	●	●	●	●	●
Ecuador					
El Salvador				●	●
Guatemala					
México	●	●		●	●
Paraguay					●
Perú	●				
Puerto Rico		●			
República Dominicana				●	
Uruguay		●			
Venezuela (Rep. Bolivariana de)				●	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las legislaciones especiales de los países incluidos en el cuadro.

2. La institucionalidad creada por las leyes especiales

En varios países, las leyes establecen la creación de consejos que son entes rectores para la formulación y aplicación de políticas públicas: Chile (Servicio Nacional del Adulto Mayor), Costa Rica (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor), El Salvador (Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de los Adultos Mayores), Guatemala (Consejo Nacional para la Protección a las Personas de la Tercera Edad y el Comité Nacional de Protección a la Vejez, que actúa como asesor del primero), México (Consejo Ciudadano de Adultos Mayores) y República Dominicana (Consejo Nacional de la Persona Envejeciente), entre otros. Todas estas instituciones están compuestas o tienen una directiva formada por los demás ministerios o secretarías de Estado, así como por organizaciones académicas y organizaciones de la sociedad civil de personas mayores.

En Brasil, la ley 8.842 (4 de enero de 1994) establece la creación de un Consejo Nacional y de instituciones similares en los estados y municipios. El decreto 5.109 (2004) reglamenta y dispone sobre la composición, estructura, competencias y funcionamiento del Consejo Nacional, otorgándole el papel de elaborar las normas y prioridades de la política nacional y controlar su cumplimiento. Lo relevante de este Consejo es su composición bipartita: por una parte, el Estado y, por otra, las organizaciones de la sociedad civil, que participan con prerrogativas mucho más amplias que en el resto de los países, llegando incluso a dirigirlo durante un determinado período.

Existen legislaciones que crean instituciones específicas para la atención de las personas mayores, como en la República Bolivariana de Venezuela y México. En el primer país, la ley de servicios sociales crea un órgano rector, el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS), que debe ejecutar las políticas y planes, así como ejercer las funciones de control, seguimiento y evaluación, además de tomar las medidas necesarias para asegurar el ejercicio de los derechos de las personas mayores. Al igual que en Brasil, en la República Bolivariana de Venezuela la ley crea órganos estatales y municipales llamados Centros de Servicios Sociales —instancias de gestión de los estados y municipios— que actúan bajo la coordinación del INASS.

En México, por su parte, la ley crea el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), que es el organismo rector de la política nacional y que tiene por objeto coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella, de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidos en la ley.

Por último, la tercera modalidad institucional consiste en que un determinado ministerio asuma como órgano rector: en Ecuador, la ley establece que el Ministerio de Bienestar Social es el encargado de la protección de las personas mayores, que creó a su alero la Procuraduría General del Anciano, para la protección de los derechos económicos, sociales y reclamos legales. En Paraguay, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es el órgano estatal que tiene a su cargo la aplicación de la ley, por vía del Instituto de Bienestar Social, cuyas prerrogativas fueron recientemente establecidas en el decreto 10.068 (2007).

La mayoría de las leyes especiales otorgan algunas responsabilidades a diferentes ministerios o secretarías de Estado, respecto de los temas de salud, trabajo, educación y transporte, entre otros. La ley mexicana enumera las obligaciones de cada una de las secretarías, indicando sus deberes relativos y las personas mayores que deberían ser incluidas en sus políticas sectoriales.

3. Las garantías establecidas en la legislación especial

Es fundamental analizar si la legislación establece garantías que aseguren la vigencia de los derechos que declara, vale decir, si se instituyen mecanismos o técnicas de tutelaje, destinados a asegurar la efectividad de ellos (Abramovich y Courtis, 2006), lo que se puede hacer mediante la creación de dispositivos administrativos o constitucionales de control y monitoreo —como las defensorías de derechos humanos—, de acceso a la justicia, o de asignación de partidas presupuestarias que aseguren el cumplimiento de derechos (véase el recuadro II.2).

Recuadro II.2

EL PRESUPUESTO Y GARANTÍA DE DERECHOS EN LA VEJEZ

Otra modalidad de garantía está dada por la previsión y aseguramiento de partidas presupuestarias que permitan avanzar progresivamente en la cobertura real de los derechos. En la mayoría de las leyes especiales de protección de las personas mayores, no se menciona el presupuesto que se debería asignar para garantizar los derechos establecidos en las mismas. Solo algunas incorporan las normas usuales, que mencionan que el Estado determinará los fondos en la ley de presupuesto anual del ejercicio fiscal, o facultan a las instituciones a gestionar o utilizar los recursos que provengan de donaciones o recaudados por multas y loterías, entre otros.

En El Salvador, se establece que la institución rectora estará autorizada para gestionar fondos ante organizaciones públicas y privadas, nacionales e internacionales. Mientras en la reglamentación de la ley se señala que la institución rectora o miembros del Consejo, deberán incluir en sus presupuestos las partidas requeridas para cumplir las disposiciones de la ley. La normativa dominicana establece que será sustentada con una asignación anual no menor del 0,5% del presupuesto asignado a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Además indica que en las provincias donde funcionan hogares de ancianos y centros diurnos debidamente inscritos y reconocidos por el Consejo, al menos el 10% del presupuesto destinado por los respectivos ayuntamientos al área de salud, deberá ser distribuido con equidad entre dichos centros, los ayuntamientos, por lo tanto, deberán coordinar con el Consejo. Por último, la ley ecuatoriana (artículo 16) crea el Fondo Nacional del Anciano, que recibirá el 10% del presupuesto del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, de este monto un 10% se dedicará al funcionamiento del Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas.

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

El presupuesto es un asunto fundamental para avanzar en los derechos de las personas mayores, ya que los que están considerados en la legislación nacional requieren del financiamiento de servicios o prestaciones que no pueden funcionar sin partidas presupuestarias adecuadas. Los derechos de las personas mayores deberían ser incorporados en el presupuesto para financiar la protección social en el marco del nuevo pacto propuesto por la CEPAL. Esto conlleva, además, que deberían estudiarse e implementarse los mecanismos necesarios para asegurar que no exista un retroceso en los servicios y prestaciones para el ejercicio efectivo de los derechos en un marco de la solidaridad y universalidad.

Fuente: Elaboración propia.

En Brasil, se dispone de la mayor cantidad de dispositivos para garantizar los derechos de las personas mayores. El Estatuto de los Idosos establece que el Ministerio Público o el Poder Judicial tienen la facultad de ordenar medidas de protección, en caso de que los derechos de las personas mayores sean violados por acción u omisión del Estado o la familia. Asimismo, los Consejos y el Ministerio Público

tienen la facultad de fiscalizar las políticas y acciones de organismos gubernamentales y no gubernamentales, previéndose multas por su incumplimiento. El Ministerio Público tiene la competencia de iniciar acciones judiciales para la protección de los derechos individuales y colectivos de las personas mayores.

La ley de servicios sociales venezolana, por su parte, establece que el Ministerio Público debe contar con fiscales especializados que inicien las acciones para hacer efectiva la responsabilidad penal, civil o administrativa de los individuos que incurran en delitos contra las personas o de las instituciones que —por acción u omisión— violen o amenacen los derechos individuales, colectivos o difusos de las personas protegidas por esta ley.

En cuanto a la competencia del poder judicial o de defensorías ante la violación de derechos, la ley 7.935 de Costa Rica establece sanciones de carácter penal, civil y administrativo, en caso de agresiones físicas y psicológicas, acoso sexual, entre otros, inhabilitando a aquellos que desempeñan cargos en centros de atención de personas mayores. Incluso prevé diferentes sanciones —aplicadas por un juez civil— en caso de abandono, malos tratos y falta de cuidado por parte de la familia e instituciones privadas o públicas.

En la República Bolivariana de Venezuela, la Defensoría del Pueblo tiene funcionarios especializados —con competencia en las acciones para la defensa y tutela de los derechos de las personas mayores— para inspeccionar las entidades de atención pública o privada y denunciar ante las autoridades pertinentes las violaciones de los derechos e intereses de las personas protegidas por la ley, con el fin de determinar la responsabilidad civil, penal, administrativa y disciplinaria.

En Guatemala existe una Defensoría del Adulto Mayor, creada por el Procurador de los Derechos Humanos, mediante el acuerdo de la Secretaría General N° 15/98. Esta defensoría ha tenido un papel activo en la defensa de los derechos de las personas mayores, así como en la promoción de los mismos con la realización de actividades educativas y de sensibilización de la comunidad (CELADE, 2006a).

Por último, en México se prevé la posibilidad de denuncia ante todo hecho, acto u omisión que produzca o pueda producir daño o afectación a los derechos y garantías que establece la ley; la queja podrá ser presentada ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos si se tramita en contra de una autoridad federal o ante las Comisiones Estatales de Derechos Humanos en el caso de autoridades estatales o municipales.

En resumen, en los países donde se constitucionalizaron los derechos de las personas mayores o se adoptaron leyes de protección especial se ha dado un paso fundamental en el avance hacia un nuevo pacto de protección social. Primero, se ha adecuado el marco legal interno para incluir los derechos en la vejez. Y segundo, se han identificado las obligaciones del Estado y del resto de la sociedad para progresar en el ejercicio efectivo de los derechos de las personas mayores. Se constituyó, de esta forma, un estándar mínimo al interior de los países, en el que los Estados se comprometen a trabajar. Sin embargo, y como se verá mas adelante, los desafíos de dicho estándar mínimo son enormes, ya que, en la práctica, la mayoría de los países no ha adaptado sus políticas públicas al nuevo panorama demográfico, a lo que se suman los rezagos de protección social para otros sectores de la población y las inequidades que derivan del tipo de desarrollo de los países de la región. El envejecimiento de la población irá imponiendo nuevos y mayores retos, por lo que el ámbito de protección legal, en este escenario, será efectivo solo cuando los derechos establecidos en la ley tengan cobertura y protejan realmente a sus titulares.

Capítulo III

PROTECCIÓN DE INGRESOS Y ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Aunque ha habido avances, en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, la titularidad y garantía de derechos respecto de la seguridad de ingresos durante toda la vida sigue siendo un asunto pendiente en la agenda social. Una parte importante de la población continúa viviendo la incertidumbre económica como uno de los aspectos más preocupantes de su vida diaria. La protección social debería desempeñar una función clave para revertir esta situación. Sin embargo, en las últimas décadas se han incrementado los desajustes entre los sistemas de protección social y la realidad a la que debe dar respuesta. Como consecuencia, la protección es desigual y los riesgos de enfermedad, desempleo, discapacidad o vejez se traducen en la reducción o en la pérdida de recursos económicos para satisfacer las necesidades básicas, que toda sociedad debería garantizar como un derecho fundamental.

Las bases demográficas, sociales y económicas con las que se diseñaron los dispositivos de protección social se han modificado. Como corolario, y con excepción de un número limitado de países, el principal dilema es la baja cobertura de las prestaciones. En el caso específico de las transferencias del sistema de seguridad social, más de la mitad de la población adulta mayor no accede a jubilaciones y pensiones para enfrentar los riesgos derivados de la pérdida de ingresos en la vejez. Esto se debe a que los esquemas de seguridad social han tenido una fuerte orientación de tipo contributivo, lo que deja fuera a un importante segmento de la población, compuesto por mujeres, campesinos, trabajadores informales y migrantes, entre otros, quienes a pesar de la contribución social que hayan realizado a la sociedad durante su vida, no cuentan con una garantía suficiente de recursos económicos en la vejez, lo que refuerza la necesidad de obtener un ingreso por medio de su participación en el mercado laboral. Aun así, la pobreza sigue siendo menor en los hogares con personas mayores que en otro tipo de arreglos residenciales, ya que los sistemas de pensiones y jubilaciones, a pesar de su escasa extensión, continúan siendo los instrumentos de política más importantes para hacer frente a la pobreza y a la vulnerabilidad en la vejez, además de contribuir al bienestar de otras generaciones.

En condiciones ideales, los dispositivos de protección social deberían garantizar ingresos para todos, y ofrecer prestaciones que sitúen a sus beneficiarios por encima del nivel de vida considerado por la sociedad como mínimo aceptable (Naciones Unidas, 2007b). Sin embargo y tal como están funcionando hoy, los sistemas de protección social, solo tendrán la oportunidad de evitar la pobreza a futuro cuando sean mayores aquellos que empiezan a cotizar desde las primeras etapas de su carrera profesional (OIT, 2002b).

Los cambios demográficos sin precedentes a los que se enfrentan los países de la región exigen, en este sentido, una nueva forma de pensar la formulación y puesta en práctica de políticas de protección de ingresos, para ello es imprescindible considerar el envejecimiento como un fenómeno que incumbe a toda la sociedad y no solo a las personas de edad avanzada.

Con el objeto de construir un sistema de protección social más solidario, la CEPAL ha propuesto, por una parte, mejorar la capacidad de las economías nacionales para crear trabajo decente para toda la población económicamente activa y que los mercados laborales se constituyan en una puerta de entrada a los dispositivos de protección social. Y, por otra, complementar la protección originada en la vida laboral con mecanismos solidarios no contributivos (CEPAL, 2006). El desafío, entonces, tiene que ver con el

desarrollo de una idea de derechos sociales que comprenda y trascienda el mercado del trabajo (Abramovich y Courtis, 2006).

En este capítulo, se examina la información disponible en la región respecto de la generación de ingresos en la vejez y se analiza la influencia de los factores biográficos, generacionales y de los sistemas de protección. También se presentan las intervenciones que los países de América Latina y el Caribe están llevando a cabo para mejorar las condiciones económicas de la población adulta mayor, considerando las recomendaciones de la Estrategia regional sobre envejecimiento. Una de las principales conclusiones de esta revisión es que la situación económica en la edad avanzada se está empezando a instalar en las agendas de los gobiernos. Sin embargo, el reto de ampliar los umbrales de protección social persiste. Un análisis desde el enfoque de derechos revela que los desafíos son más amplios aún, toda vez que las acciones que se están desarrollando deberían guiarse por dos principios básicos de los derechos humanos: universalidad y solidaridad.

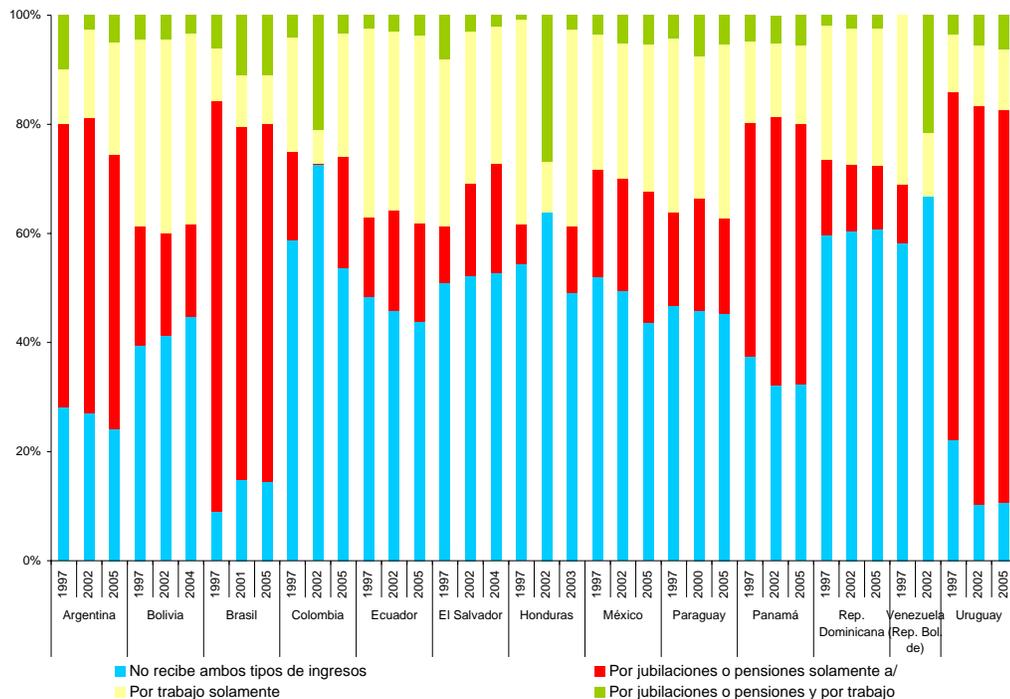
A. LOS INGRESOS Y LA POBREZA EN LA EDAD AVANZADA: TENDENCIAS REGIONALES

1. La composición de ingresos y las estrategias económicas en la vejez

La participación económica, la seguridad social y los apoyos familiares son las principales fuentes de ingreso en la edad avanzada (Guzmán, 2002a). La importancia relativa de cada mecanismo cambia de un país a otro según el grado de desarrollo económico e institucional, las características del mercado laboral y la etapa de transición demográfica. La obtención de recursos económicos en este grupo etario proviene de fuentes que no siempre se pueden asimilar a las de las otras generaciones. En los países desarrollados, con sistemas de seguridad social más evolucionados, una amplia proporción de esos recursos descansa únicamente en ingresos obtenidos por concepto de jubilación o pensión; y a medida que avanza la edad, el ingreso por remuneraciones laborales va perdiendo importancia. En América Latina y el Caribe, las estrategias económicas de la actual generación de personas mayores registran el siguiente patrón: en contextos de baja cobertura de jubilaciones y pensiones, aumenta la participación laboral de las personas mayores y, en caso de no obtener ingresos de ninguna especie, la ayuda familiar es vital.

El gráfico III.1 ilustra el porcentaje de personas mayores que reside en zonas urbanas y que percibe recursos de dos de las más importantes fuentes de ingreso en la vejez en tres períodos: las jubilaciones y pensiones, además del trabajo. En el año 2005, varios países registran un aumento del porcentaje de personas mayores con ingresos solo por jubilaciones y pensiones (Colombia, Honduras, México, Ecuador, Panamá y Paraguay). Sin embargo, exceptuando un par de países (El Salvador y Uruguay), los incrementos fueron inferiores a cinco puntos porcentuales.

Gráfico III.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): FUENTES DE INGRESO DE LAS PERSONAS MAYORES, ZONAS URBANAS, ALREDEDOR DE 1997, 2002 Y 2005
(En porcentajes)



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

^a Los ingresos de las jubilaciones y pensiones corresponden al total de ingresos por transferencias de personas que en la variable "condición de actividad" se declaran "jubilados y pensionados".

En el mismo año, se observa una disminución del porcentaje de personas mayores que solo obtiene ingresos por trabajo y de aquellos que combinan ambos tipos de ingresos, aunque no en todos los países existe la misma trayectoria. Por ejemplo, entre 1997 y 2002, en la República Bolivariana de Venezuela aumentó en 20 puntos el porcentaje de personas mayores que combina los ingresos por jubilaciones y pensiones con los que provienen del trabajo. Asimismo, el porcentaje de aquellos que reciben ingresos solo por seguridad social disminuyó en 10 puntos.

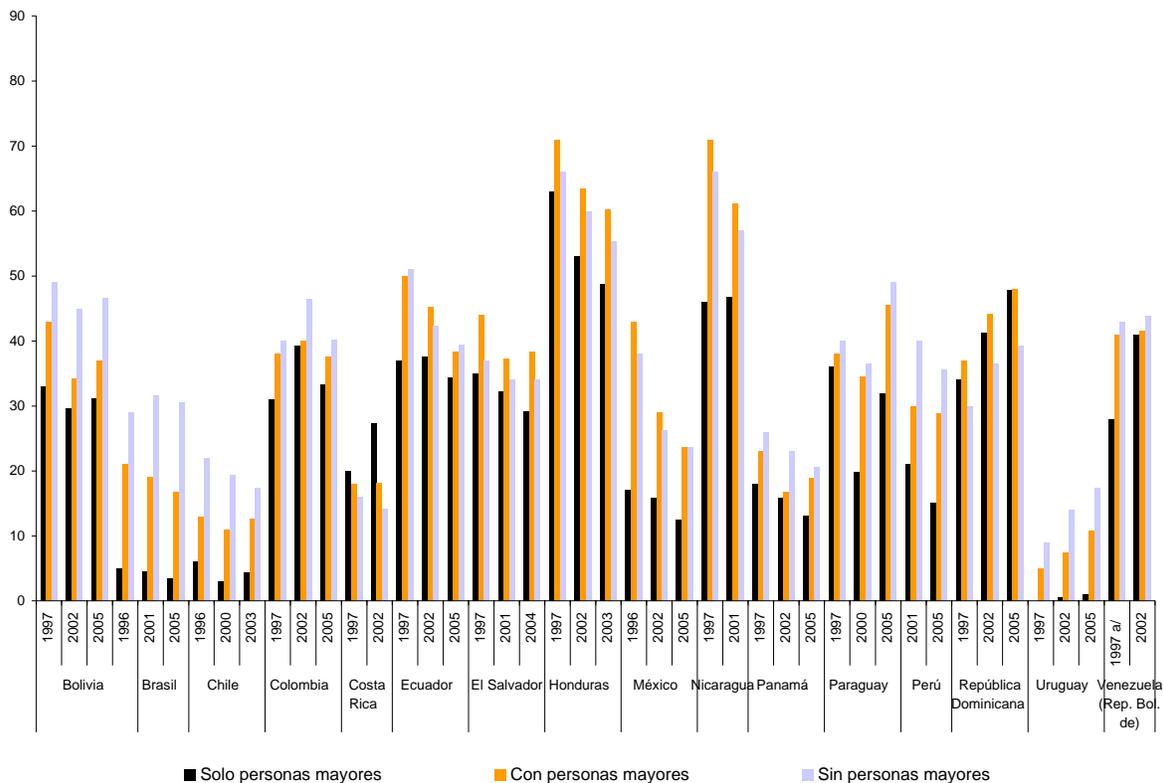
Por otra parte, el porcentaje de personas mayores que no recibe ingresos se redujo de manera leve en el último año disponible, pero sigue constituyendo el grupo más voluminoso de todas las categorías analizadas. En promedio, el 43% de las personas mayores no recibía ingresos de ningún tipo en 1997, cifra que aumentó ligeramente en 2002, y descendió al 39% en el último año analizado. Los promedios ocultan diferencias, y una mirada a los países con sistemas de seguridad social débiles, revela que el porcentaje de personas mayores sin ingresos fluctúa entre el 40% y el 66% en el año 2005. Se trata de un segmento de la población de alta vulnerabilidad económica y que además está desprotegido frente a riesgos relacionados con la salud, discapacidad o reducción de sus redes de apoyo social.

2. La pobreza en hogares con personas mayores y la protección frente a los riesgos

Las mediciones de la pobreza y la indigencia disponibles para el último período, muestran un progreso notable en ambos frentes. Tras el estancamiento del lapso 1997-2002, en 2005 el porcentaje de pobres y de indigentes disminuyó en la mayoría de los países de la región (CEPAL, 2007b); tendencia que se tradujo en que la incidencia de la pobreza en los hogares con personas mayores también se contrajera, y en el año 2005 estos hogares continuaban siendo menos pobres que los hogares sin personas mayores, tanto en zonas urbanas como rurales, aunque la brecha entre un tipo de hogar y otro es muy variable entre los países.

En Bolivia y Brasil, la incidencia de la pobreza en hogares urbanos sin personas mayores es superior en más de 10 puntos porcentuales a la de los hogares con personas mayores; estas diferencias aumentan en más de 35 puntos porcentuales en las zonas rurales de Brasil. En Costa Rica, El Salvador, Honduras y República Dominicana, en cambio, la pobreza es más alta en los hogares con personas mayores y, con excepción de un par de países, las diferencias entre unos y otros son más bien reducidas (véase el gráfico III.2 y III.3).

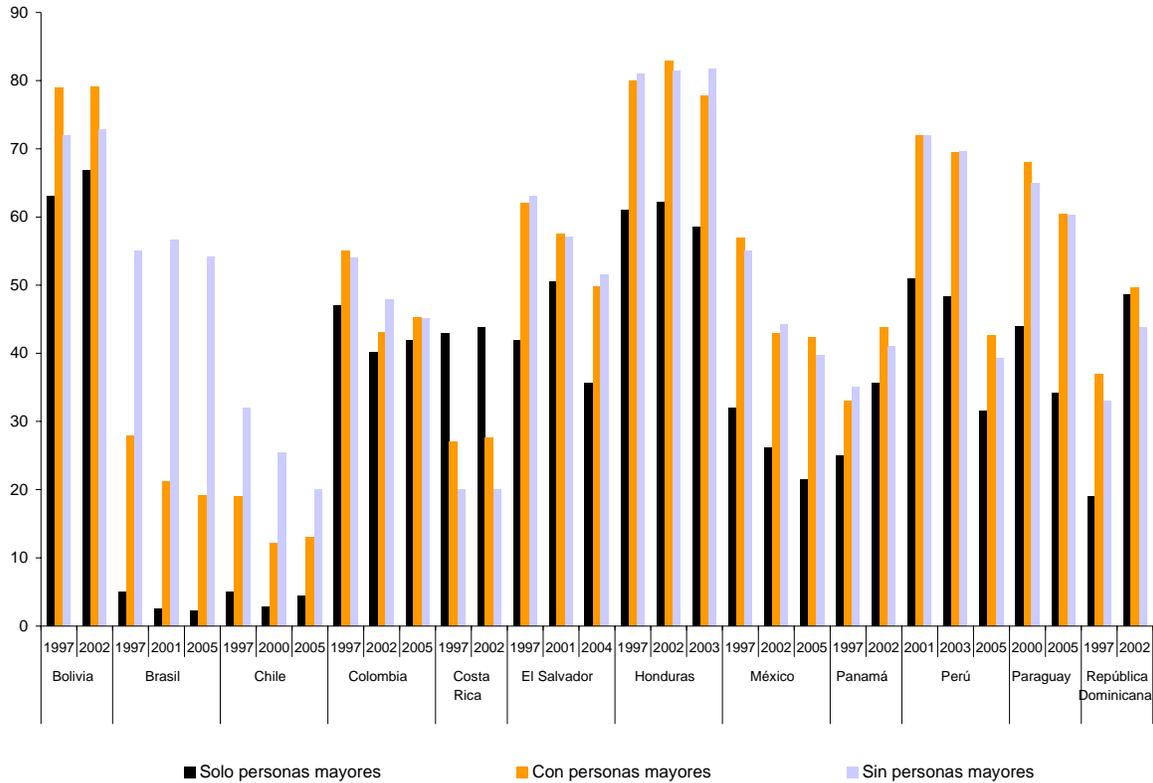
Gráfico III.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): INCIDENCIA DE LA POBREZA SEGÚN TIPO DE HOGAR, ZONAS URBANAS, ALREDEDOR DE 1997, 2002 Y 2005



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

^a Corresponde al total nacional.

Gráfico III.3
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): INCIDENCIA DE LA POBREZA
 SEGÚN TIPO DE HOGAR, ZONAS RURALES, ALREDEDOR DE 1997, 2002 Y 2005**



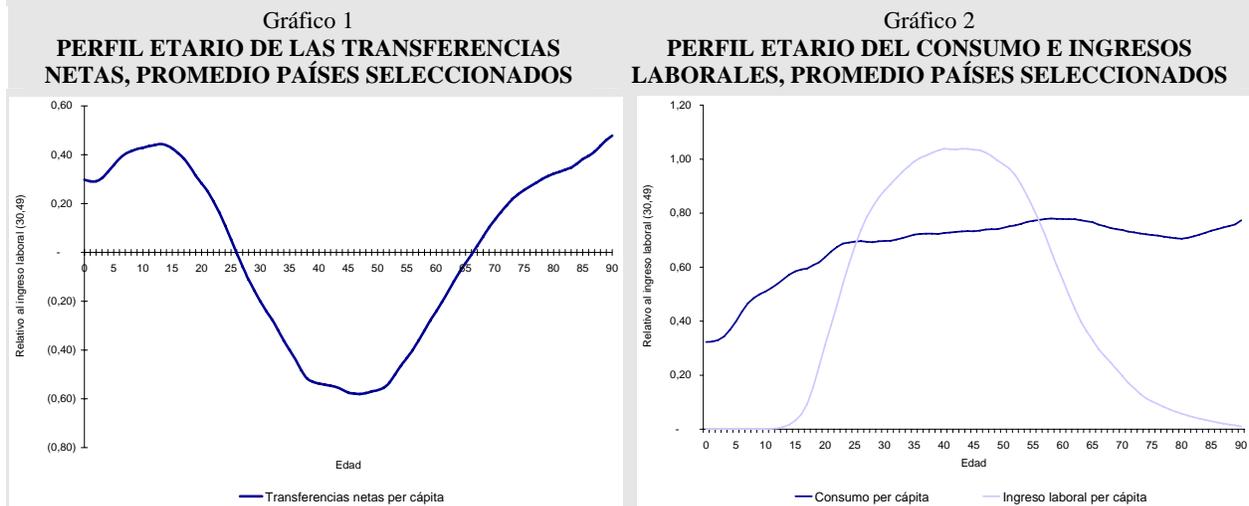
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos provenientes de las encuestas de hogares de los respectivos países.

En los países desarrollados, la menor incidencia de la pobreza en los hogares con personas mayores y en los compuestos solo por personas mayores se debe a que las pensiones son la principal fuente de ingreso y protección en la vejez (Naciones Unidas, 2007b), esta regla no es fácilmente replicable en la región. En los países con encumbrados niveles de pobreza, las personas mayores y sus hogares replican el patrón nacional, por ejemplo, en Honduras, Nicaragua o Paraguay, la diferenciación de los hogares según presencia o no de personas mayores es espuria. En cambio en aquellos países donde existen sistemas de seguridad social con coberturas bastante extendidas y donde la incidencia de la pobreza a escala de hogar es más baja que el promedio regional —como Chile, Brasil, Panamá y Uruguay (CEPAL, 2007b)—, los diferenciales entre hogares con y sin personas mayores son más evidentes.

Recuadro III.1
ENVEJECIMIENTO Y TRANSFERENCIAS INTERGENERACIONALES

La transición demográfica por la que atraviesan los países latinoamericanos está produciendo cambios en la estructura por edades de la población con importantes consecuencias para el crecimiento económico de largo plazo. Una de ellas es el aumento de la tasa de dependencia, producto del envejecimiento de la población, que podría llevar a un aumento de capital en la economía, lo que daría origen a un mayor potencial de crecimiento económico. Sin embargo, el efecto demográfico va a depender crucialmente de la estructura etaria del consumo y de los ingresos laborales, así como del tipo de ingresos que entregue la sociedad por la falta de ingresos laborales en las edades dependientes, que pueden provenir de transferencias intergeneracionales o de las rentas originadas en la acumulación de capital durante los años de independencia económica.

En un estudio sobre tres países latinoamericanos (Chile, 1997, Costa Rica, 2004 y Uruguay, 1994), ejecutado en el marco del proyecto sobre cuenta de transferencias nacionales, se presentan los perfiles de edad de dependencia económica —definida como el punto en el que el consumo de una persona supera sus ingresos laborales—, distinguiéndose tres etapas: i) de dependencia en las edades jóvenes; ii) de independencia en las edades medias, y iii) de dependencia en las edades avanzadas, cuando el individuo vuelve a depender de ingresos no laborales (véase el gráfico 1). No obstante, existen diferencias entre los países —interesantes de resaltar— referidas a los tiempos de permanencia en cada una de estas etapas, así como en las edades promedio de consumo e ingresos laborales. En el caso chileno, un individuo promedio en el año 1998 podía realizar transferencias netas positivas o acumular capital durante 30 años, por lo que alrededor de dos tercios de su vida se encuentra en estado de dependencia económica. En el caso costarricense, los ingresos laborales de un individuo promedio son mayores a su consumo durante 33 años, sumando 57 años de dependencia económica. En el caso de Uruguay, los valores son 30 y 60 años respectivamente.



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, sobre la base de información de “National Transfer Accounts Database” [en línea] <http://www.schemearts.com/proj/nta/web/nta/show>.

Los períodos promedio de dependencia e independencia económica son indicadores importantes en el análisis, aunque no proporcionan información acerca de la dirección en que fluyen mayoritariamente los recursos excedentes de la etapa de independencia económica. En el caso de Chile, la edad promedio en que es más probable recibir ingresos laborales es 46 y la edad promedio de consumo es 47. En Costa Rica, la edad promedio para recibir ingresos laborales es 43 y la edad promedio para el consumo es igual a 50. En Uruguay, los valores son 48 y 42 respectivamente. La diferencia entre las edades promedio en estos países indica que los recursos excedentes en las edades independientes fluyen en su mayoría hacia los más viejos.

Recuadro III.1 (conclusión)

Las transferencias intergeneracionales pueden sustituir al capital como fuente de financiamiento futuro, si en términos netos estas fluyen hacia los más viejos. De la estimación de las transferencias del sector público y privado (véase el gráfico 2) en los tres países seleccionados, se obtuvieron las edades promedio receptoras y donantes de transferencias y se concluyó que en Chile estas fluyen de manera marginal hacia los más viejos, mientras en Costa Rica y Uruguay lo hacen hacia los más jóvenes. Al fluir la mayoría de las transferencias hacia los más jóvenes se deduce que las rentas provenientes de la acumulación de capital cumplen un rol significativo en el financiamiento del consumo en los viejos. Si bien no hay evidencia para Uruguay, en Chile y Costa Rica, las reasignaciones netas de capital representan alrededor de un tercio del financiamiento del déficit de ingresos laborales en los mayores de 65 años.

En consecuencia, de seguir manteniendo los ingresos de capital una participación alta dentro del financiamiento del consumo de las personas mayores, el aumento de la participación de los viejos en la estructura etaria de la población podría llevar a una mayor acumulación de capital y, por lo tanto, *ceteris paribus*, a un aumento del crecimiento potencial de la economía.

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, sobre la base de Jorge Bravo y Mauricio Holz, “Inter-age transfers in Chile 1997: economic significance”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito; Luis Rosero-Bixby y Arodys Robles, “Los dividendos demográficos en Costa Rica a partir del mapeo de la economía del ciclo vital del individuo”, documento presentado en el II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), Guadalajara, 3 al 5 de septiembre de 2006; Marisa Bucheli, Rodrigo Ceni y Cecilia González, “Transferencias intergeneracionales en Uruguay”, *Documento de trabajo*, N° 5/7, Universidad de la República, julio de 2007.

Algunos estudios indican que las transferencias en efectivo que reciben las personas mayores, en especial las provenientes de las redes de programas de la seguridad social, son clave para disminuir el riesgo de quedar en la pobreza o para mitigar los efectos negativos de la vulnerabilidad (Tabor, 2002), así como en beneficiar a las demás generaciones (Schwarz, 2002; Hoskins, 2002).¹ Esto se explica porque “cuando las personas mayores conviven con miembros más jóvenes de su familia, aportan una considerable proporción del ingreso del hogar, que incluye el proveniente de la seguridad social. Se podría decir, entonces, que en las familias se produce una complementación de las transferencias privadas con las públicas, lo que contribuye a la solidaridad intergeneracional y a la protección social entendida en un sentido amplio” (Machinea, 2006).

B. LA PROTECCIÓN DE INGRESOS Y LOS SISTEMAS DE PENSIONES Y JUBILACIONES

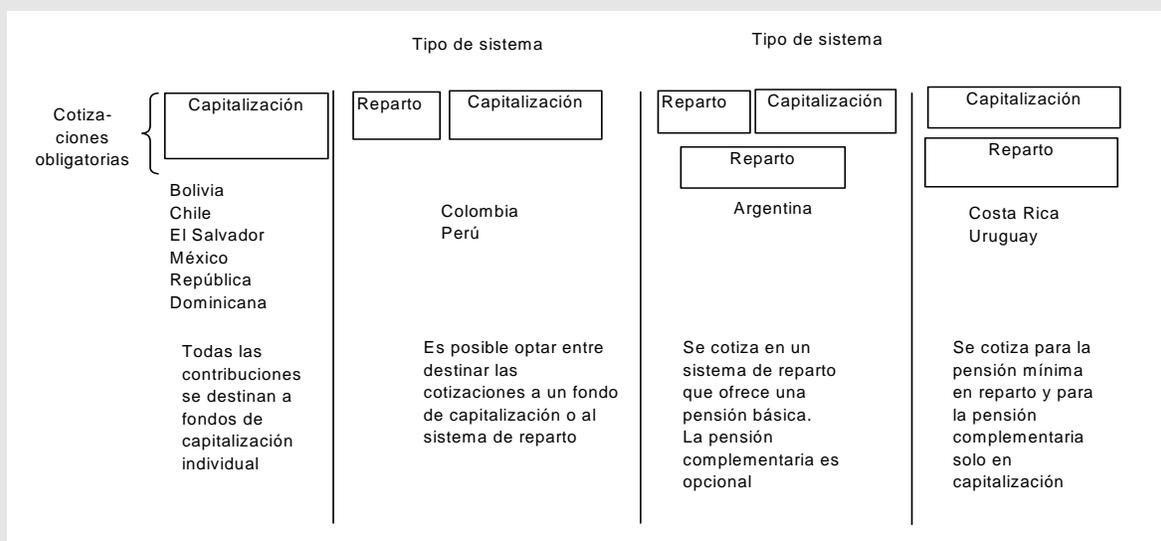
Las jubilaciones y las pensiones forman parte del sistema de seguridad social y constituyen, probablemente, una de las áreas de reforma más intensa y controvertida de las políticas públicas de las últimas décadas, por lo que tienen una larga historia y una gran diversidad de tipos de organización, financiamiento y desempeño (Mesa-Lago, 1978) (véase el recuadro III.2).

¹ Al respecto, un ejercicio realizado en Brasil muestra que si no mediaran las transferencias para este grupo social, la incidencia de la pobreza aumentaría notablemente, sobre todo en las edades más avanzadas (Ricardo Paes de Barros citado por Goldani, 2006).

Recuadro III.2

SISTEMAS DE JUBILACIONES Y PENSIONES: REFORMAS E IMPLICANCIAS

A partir de 1981, al menos 10 países en América Latina, han iniciado reformas de carácter estructural, es decir, aquellas que no solo cambian el régimen de financiamiento al introducir total o parcialmente cotizaciones definidas con capitalización (*advance funding*), sino que también incluyen la administración privada de los fondos de pensiones. Estas transformaciones además establecían o “anidaban” reformas consideradas paramétricas, es decir, que mejoraban la viabilidad financiera de los sistemas por medio de cambios en las condiciones de adquisición para las prestaciones (como las edades de retiro) o en los parámetros financieros (como las tasas de cotización). En otros países las reformas no fueron estructurales, aunque introdujeron importantes cambios que requirieron de un proceso de economía política y negociación entre actores sociales tan relevante como el de las reformas estructurales.

TIPO DE REFORMA DE JUBILACIONES Y PENSIONES DE ACUERDO AL DESTINO DE LAS CONTRIBUCIONES EN EL SISTEMA REFORMADO

Fuente: Fabio Bertranou, *Envejecimiento, empleo y protección social en América Latina*, Santiago, Chile, International Labour Organization (ILO), 2006.

Los países con reformas estructurales son: Chile (1981), Perú (1992), Colombia (1993), Argentina (1994), Uruguay (1996), México y El Salvador (1997), Bolivia (1998), Costa Rica (2000) y República Dominicana (2003). En Nicaragua (2000) y Ecuador (2001), se introdujeron cambios estructurales en la legislación, pero por diversos motivos legales y administrativos no se han implementado. En cuanto a los países con transformaciones no estructurales, el caso más visible, debido a su representatividad regional, es Brasil con la reforma para trabajadores del sector privado en 1999 y para el sector público entre 2003 y 2004. Entre los otros países con este tipo de cambios está Panamá que, en el año 2005, también incorporó modificaciones de carácter no estructural, aunque la nueva legislación fue sometida a revisión. Asimismo, en Colombia se profundizaron ciertos aspectos de la reforma en el año 2003 y en Perú se introdujeron algunos cambios adicionales en 2004. De esta manera, se observa que en los últimos años, la tendencia en los países que se agregan a los 10 mencionados anteriormente, no ha sido ampliar las reformas estructurales, sino continuar un proceso de cambios paramétricos que han alcanzado a algunos países que introdujeron el componente privado en la década de 1990 (Colombia y Perú).

Recuadro III.2 (conclusión)

Las reformas estructurales han seguido en numerosos aspectos la reforma aplicada en Chile en 1981, teniendo como denominador común el paradigma de transformaciones de los años noventa impulsado por el Banco Mundial (1994) con la propuesta de sistemas multipilares, aun así, las características han sido notoriamente distintas en los países de la región. En términos estructurales, las reformas han seguido caminos distintos y, de acuerdo a la caracterización realizada por Mesa-Lago (2004) en numerosos estudios, podría decirse que se configuraron tres modelos: sustitutivo, paralelo y mixto. En el primero, el componente de capitalización individual reemplazó por completo al esquema de beneficio definido financiado en forma de reparto, es decir, los trabajadores que ingresan al mercado laboral destinan todas sus contribuciones al nuevo régimen de capitalización. En el segundo, los trabajadores pueden optar entre contribuir a un esquema de capitalización u otro de reparto con beneficios definidos administrado de manera pública. Finalmente, los esquemas mixtos combinan los dos anteriores. A su vez, estos últimos también fueron reformados en sus parámetros de financiamiento y prestaciones.

Un aspecto importante es que, si bien las reformas han cambiado de manera radical los sistemas previsionales en los aspectos de financiamiento y organización, reservan importantes responsabilidades a las instituciones públicas, principalmente respecto de la regulación, fiscalización y la gestión, lo que hace que los sistemas reformados tengan una naturaleza mixta. Más aún, en el caso chileno —donde se opta por la estrategia sustitutiva más pura—, la participación del Estado comprende además de las funciones antes mencionadas, la administración del sistema antiguo durante la transición y una fuerte presencia, sobre todo, en la provisión de prestaciones no contributivas y en las garantías de prestaciones básicas o mínimas.

Fuente: Fabio Bertranou, *Envejecimiento, empleo y protección social en América Latina*, Santiago de Chile, Oficina Internacional del Trabajo, 2006.

Las jubilaciones y pensiones brindan protección frente al riesgo de pérdida de ingresos en la vejez, asegurando la suficiencia económica de las personas mayores. Sin embargo, y de acuerdo al último estudio del Banco Mundial, “la reforma del sistema de pensiones a lo largo de más de una década le ha brindado a América Latina importantes beneficios fiscales, sociales y financieros, pero el fracaso en la extensión de acceso a la previsión social formal a un segmento más amplio de la sociedad ha sido decepcionante” (Gill, Packard y Yermo, 2004).

En los países de habla inglesa del Caribe, los sistemas previsionales de reparto y beneficio definido casi no se han modificado (véase el cuadro III.1), y debido a su corta historia y baja tasa de dependencia demográfica, siguen siendo solventes, de hecho, han logrado acumular fondos de reserva que, en promedio, alcanzan al 19% del PIB regional. No obstante, la sostenibilidad financiera a largo plazo de estos regímenes se ve amenazada por los cambios proyectados en la estructura demográfica de la población —menos inminentes, pero más acelerados que en el resto de la región—, el alto nivel de desempleo y los crecientes índices de informalidad y emigración hacia el resto del mundo (CEPAL, 2006).

Cuadro III.1
CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL CARIBE DE HABLA INGLESA

País	Ingreso máximo contributivo ^a	Pensiones en relación con salarios imposables (en porcentajes)		Tasas de reemplazo (en porcentajes)			Número mínimo de semanas de contribución	Edad de retiro		Comisiones administrativas de los aportes realizados (2003)	Esperanza de vida al nacer (en años)			Tasa de rentabilidad de los fondos de reserva		Porcentaje de los fondos de reserva invertidos
		Media	Mínima	10 años	30 años	Máxima		Normal	Temprana		2000-2005	2025-2030	2045-2050	10 años	5 años	
Anguila	2,02	30,6	26,3	30	50	60	250	65	...	22,8	...	...	...	2,5	1,5	91,8
Antigua y Barbuda	1,88	22,2	6,3	25	45	50	350	60	...	17,7	...	...	...	0,8	1,5	44,4
Bahamas	1,36	25,4	16	30	55	60	150	65	60	19,9	69,4	75,7	77,3	4,8	4	92,4
Barbados	2,09	49	30,6	40	60	60	500	65	63	6,1	77,2	79,8	81,4	5,2	5,2	82,4
Belice	1,52	25,3	22,4	30	55	60	500	65	60	30,5	74,4	77,5	79,7	7,4	7,5	94,5
Dominica	3,15	28,3	6,8	30	55	70	500	60	...	16,7	...	...	...	4,7	4,6	77
Granada	2,07	24,5	12	30	50	60	400 ^h	60	...	12,4	...	...	...	5	4,9	92,1
Guyana	2,1	28,5	27,3	40 ^b	55	60	750	60	...	15,8	62,4	64,1	71,2	4,8	4,1	95,3
Islas Turcas y Caicos	1,69	19	14,1	30	55	60	500	65	60	21,1	...	...	...	1,6	0,9	87,5
Islas Vírgenes Británicas	1,42	21,4	7,5	30	50	60	500	65	...	11,9	...	...	...	2,2	2,8	92,8
Jamaica					^f			70 ^e	65 ^e	13	75,7	79	80,8	3,5	9,8	95,5
Montserrat	1,26	17,1	8,4	30	50	60	350 ^c	60	...	48,8	...	...	...	2,4	2,4	96,7
Saint Kitts y Nevis	3,07	28,4	11,8	30	55	60	500	62	...	14,6	...	...	...	3,2	4	94,9
Santa Lucía	3,41	39	13,7		58	60	576 ^d	61	60	13,3	73,8	77,2	79,5	3,8	4,1	96
San Vicente y las Granadinas	3,08	29,9	19,4	30	50	60	325 ^c	60	...	16,7	...	...	...	4,3	5,6	91,6
Trinidad y Tabago	1,25	15,8	37		^g		750	65	60	6,9	74,8	78,6	80,5	4,7	4,7	93,4

Fuente: Oliver Paddison, *Social security in the english-speaking Caribbean (LC/CAR/L.64)*, Puerto España, sede subregional de la CEPAL para el Caribe, diciembre de 2005.

^a Relación entre el máximo salario imponible y el salario medio imponible.

^b Después de 15 años.

^c Alcanza a 500 en aumentos anuales de 25.

^d Se parte de 144 meses, que aumentan 12 cada 3 años hasta alcanzar 180 el 1° de enero de 2012.

^e La edad de retiro de las mujeres es de 60 años.

^f Pensiones de tarifa plana, más una proporción relacionada con el ingreso.

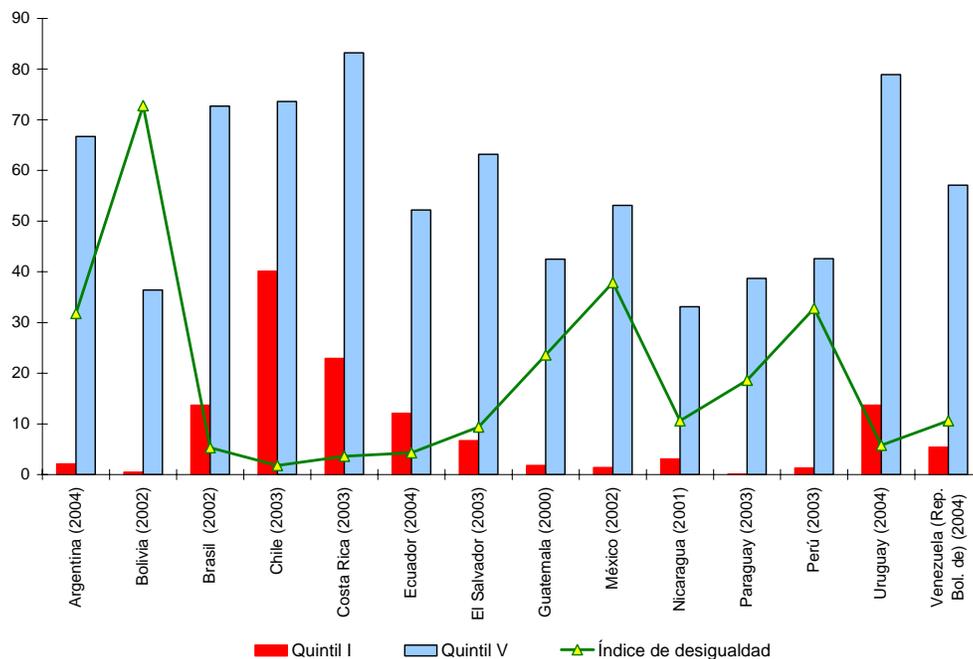
^g Pensiones calculadas sobre la base de la clase promedio de ingreso con la cual se aportó.

^h Aumentado a 500 en el año 2008.

1. La cobertura previsional de largo plazo y la paradoja de la protección

En América Latina y el Caribe, exceptuando a un grupo de países, el principal problema de los sistemas de pensiones y jubilaciones es la baja cobertura (CEPAL, 2006), lo que es consecuencia de distintos factores como, por ejemplo, las dificultades de acceso al sistema de seguridad social durante la vida laboral. A modo de ejemplo, el gráfico III.4 ilustra las coberturas en el empleo por quintil de ingreso del hogar, y el respectivo índice de desigualdad de cobertura.

Gráfico III.4
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): COBERTURA CONTRIBUTIVA, SEGÚN QUINTIL DE INGRESO FAMILIAR, ALREDEDOR DE 2003
 (En porcentajes)



Fuente: Fabio Bertranou, *Envejecimiento, empleo y protección social en América Latina*, Santiago de Chile, Oficina Internacional del Trabajo, 2006.

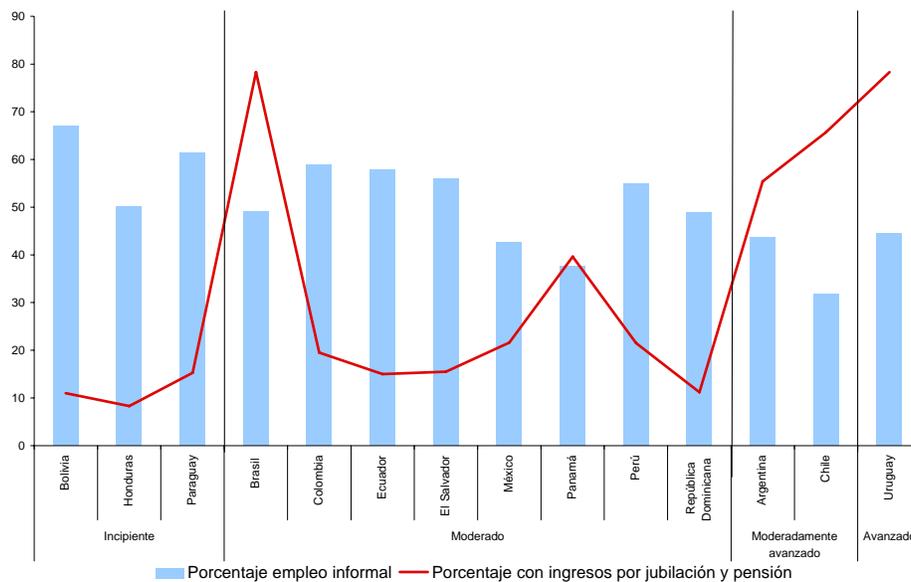
Se verifica una importante heterogeneidad regional producto de las distintas realidades sociolaborales de los países, lo que se traduce en disparidades de las coberturas en el empleo de la población del primer y quinto quintil de ingreso familiar, lo que se acentúa en algunos países donde las diferencias son extremadamente altas. Las brechas de cobertura observadas expresan, por lo tanto, las disímiles condiciones de acceso a las prestaciones, además de las desigualdades e inequidades que afectan la protección de ingresos durante la vejez. En general, los países con altas coberturas en el empleo, mayor ingreso per cápita y más sólidos sistemas de seguridad social exhiben una menor desigualdad entre el primer y el último quintil de ingreso familiar. Por el contrario, las disparidades se hacen más notorias en los países donde la cobertura en el empleo es baja o muy baja (Paraguay, Bolivia, México y Perú). En términos de equidad, la paradoja de la protección se presenta con bastante fuerza, en el sentido de que los grupos menos vulnerables son aquellos que acceden a más y mejor protección, producto de diversos factores, siendo uno relevante el mercado laboral donde los trabajadores con empleos de mejor calidad

(asalariados de empresas grandes y del sector público) son aquellos que tienen una mayor y mejor cobertura previsional.

Dado que la dinámica laboral en la región se ha caracterizado en los últimos años por una mayor inestabilidad de las ocupaciones, por la informatización y la precarización del empleo, por un proceso de desregulación del mercado laboral y por una inclusión laboral desventajosa de las mujeres, se prevé que a futuro estos factores afectarán negativamente la ampliación de los sistemas de jubilaciones y pensiones. De hecho, la cobertura contributiva se redujo entre 1990 y 2003 y es difícil que la dinámica del mercado laboral se revierta a corto y mediano plazo (CEPAL, 2006).

Un examen general del porcentaje de empleo informal y de la cobertura de la seguridad social según fase de envejecimiento en el año 2005, revela que algunos de los países con envejecimiento incipiente y moderado (Bolivia, Honduras, Paraguay, Ecuador, El Salvador, Perú y República Dominicana) presentan una situación complicada, ya que en la actualidad muestran porcentajes de empleo informal por sobre el promedio regional, y tienen un bajo nivel de cobertura de pensiones y jubilaciones (véase el gráfico III.5).

Gráfico III.5
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): EMPLEO INFORMAL Y COBERTURA PREVISIONAL,^a ALREDEDOR DE 2005
(En porcentajes)



Fuente: Organización Internacional del Trabajo (OIT) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos provenientes de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a La cobertura previsional corresponde al porcentaje de personas de 60 años y más que recibe ingresos por jubilaciones y pensiones.

De mantenerse las tendencias del empleo en estos países, se originarían importantes desigualdades e inequidades. Y, en ausencia de reformas que fortalezcan los componentes no contributivos de los sistemas previsionales, los grupos más desprotegidos se mantendrán al margen de los sistemas de cotización o recibirán pensiones de mala calidad, debido a la baja frecuencia de sus aportes y, en el caso de los quintiles más pobres, a la tendencia a postergar sus contribuciones hasta etapas avanzadas de la vida laboral.

2. La limitada y desigual protección en la vejez de los sistemas de pensiones y jubilaciones

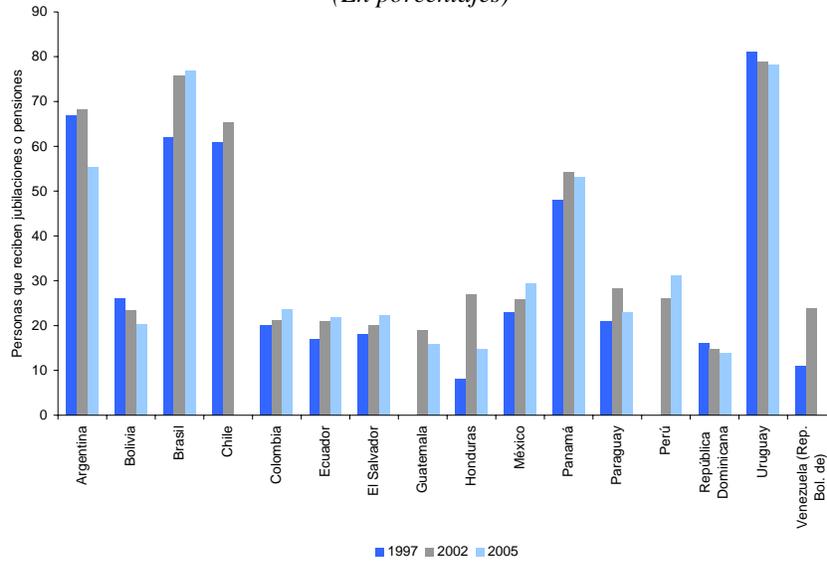
Las reformas estructurales de los sistemas de pensiones, socavaron la solidaridad inherente a los sistemas tradicionales; y hoy, en la mayoría de los países de la región, se cuenta con una limitada capacidad para otorgar medios de subsistencia a las personas mayores. De este modo, se tiende a reproducir la inequidad de la vida laboral, proyectándola en inequidad previsional (CEPAL, 2000).

Una clara expresión de la limitada capacidad de los sistemas previsionales de otorgar medios de subsistencia a las personas mayores se verifica en la proporción de este segmento de población que percibe ingresos por jubilaciones y pensiones (CEPAL, 2006). El gráfico III.6 ilustra los valores para este indicador para 17 países de la región alrededor de 1997, 2002 y 2005. Aunque hay variaciones significativas, un promedio simple indica que se mantiene relativamente estable el porcentaje de personas que perciben ingresos por este concepto (alrededor de 4 de cada 10 personas mayores), debido a que, si bien en países como Brasil ha aumentado la cobertura previsional en la vejez en más de 15 puntos porcentuales entre 1997 y 2005, en los demás se registran avances leves o, incluso, ciertos retrocesos.

Respecto de la cobertura de jubilaciones y pensiones, llaman la atención aquellos países que aun presentando una cobertura en el empleo media (entre el 30% y el 50%), tienen un alto nivel de cobertura en la vejez (Argentina y Brasil). Esta situación, como se verá más adelante, obedece directamente a la existencia de programas de pensiones no contributivas. En ambos países, como en otros precursores de la seguridad social en América Latina (Chile, Uruguay y Costa Rica), las brechas de cobertura en la vejez han sido atenuadas por programas de esta naturaleza. Hace poco tiempo, en Colombia y Bolivia también se han introducido este tipo de regímenes.

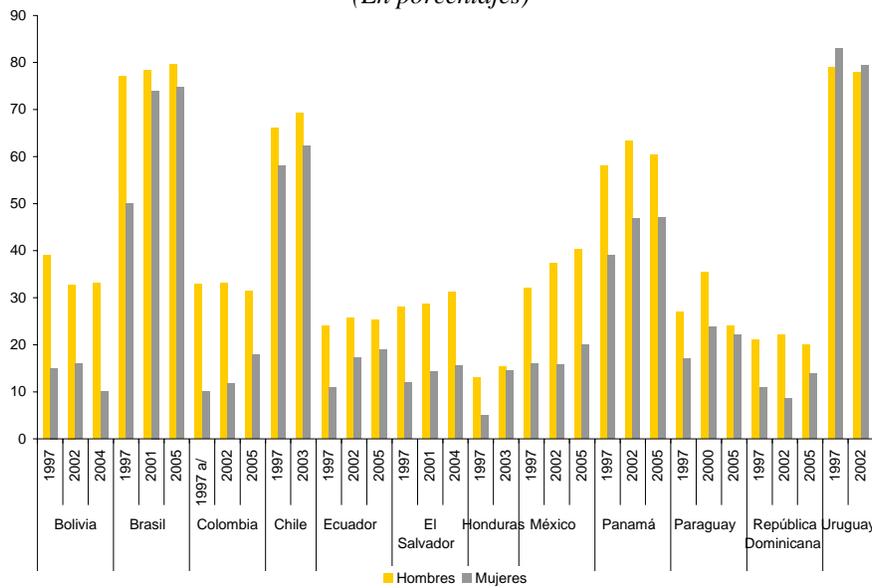
La débil perspectiva de género de las políticas públicas explica, en parte, que la protección social durante la vejez en América Latina —calculada mediante las pensiones recibidas— es en general menor para las mujeres que para los hombres (véase el gráfico III.7). Si bien la inserción laboral femenina registra un aumento considerable en los años sesenta, es más acelerada y global a fines de la década de 1980 y principios de 1990. Esto significa que las mujeres se convirtieron en participantes regulares del mercado del trabajo, en un período en que las condiciones laborales se fueron restringiendo (mayor precarización y más informalidad) y los sistemas de seguridad social se estaban reformando, con consecuencias importantes en términos de acceso y cobertura contributiva. Las mujeres, en este sentido, fueron invisibles en los procesos de reformas, que no dieron ninguna respuesta a las inequidades de género que históricamente presentaba su inserción en la actividad económica y en los sistemas de protección social, sino por el contrario, las inequidades se fueron acentuando (Pautassi y Rodríguez, 2006). Como corolario, las mujeres han tenido, y siguen teniendo menores ahorros previsionales y sus derechos a prestaciones y a garantías públicas son restringidos (Bertranou, 2006).

Gráfico III.6
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): RECEPCIÓN DE INGRESOS POR JUBILACIONES Y PENSIONES
(En porcentajes)



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

Gráfico III.7
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): RECEPCIÓN DE INGRESOS POR JUBILACIONES Y PENSIONES, SEGÚN SEXO, ZONAS URBANAS, ALREDEDOR DE 1997, 2002 Y 2005
(En porcentajes)

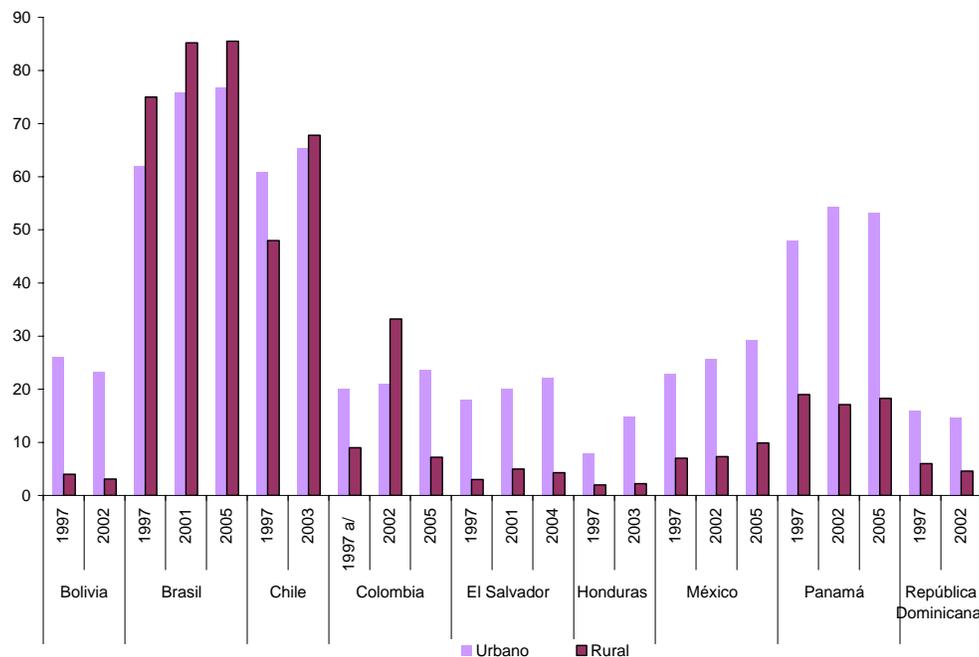


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos provenientes de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Los ingresos por jubilaciones y pensiones corresponden al total de ingresos por transferencias de aquellas personas que en la variable “condición de actividad” se declaran “jubilados y pensionados”.

La cobertura de pensiones y jubilaciones ha sido tradicionalmente baja en las zonas rurales (véase el gráfico III.8), exceptuando Brasil, que cuenta con un programa de pensiones rurales, que es uno de los ejemplos más importantes de la región en materia de extensión de la cobertura previsional no contributiva (CEPAL, 2006). En el primer semestre de 2007, México también puso en práctica un programa de este tipo, focalizado según zona de residencia, que consiste en un apoyo mensual de 500 pesos mexicanos (46 dólares aproximadamente) para aquellas personas que hayan cumplido 70 años antes del 1° de enero de 2007, residan en localidades rurales de menos de 2.500 habitantes y no reciban beneficios similares de otros programas federales (INAPAM, 2007).

Gráfico III.8
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): RECEPCIÓN DE INGRESOS POR JUBILACIONES Y PENSIONES, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA, ALREDEDOR DE 1997, 2002 Y 2005
(En porcentajes)



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

^a Los ingresos por jubilaciones y pensiones corresponden al total de ingresos por transferencias de aquellas personas que en la variable “condición de actividad” se declaran “jubilados y pensionados”.

En definitiva, tal como anticipó la CEPAL en el año 2000, en el último período la cobertura previsional no aumentó de manera significativa, porque los beneficios siguen dependiendo fuertemente de la inserción en el sector formal de la economía durante la vida activa. Esto se traduce, por una parte, en que las familias se ven en la obligación de ser una de las principales fuentes de protección de las personas mayores, brindándoles además otros servicios como el cuidado cuando aumentan los niveles de dependencia. Y por otra, en que ascienda la participación laboral de la población adulta mayor, que —en un contexto de envejecimiento poblacional— puede tener consecuencias en el funcionamiento del mercado del trabajo.

C. EL EMPLEO EN LA VEJEZ: TENDENCIAS Y MODALIDADES DE PARTICIPACIÓN ECONÓMICA

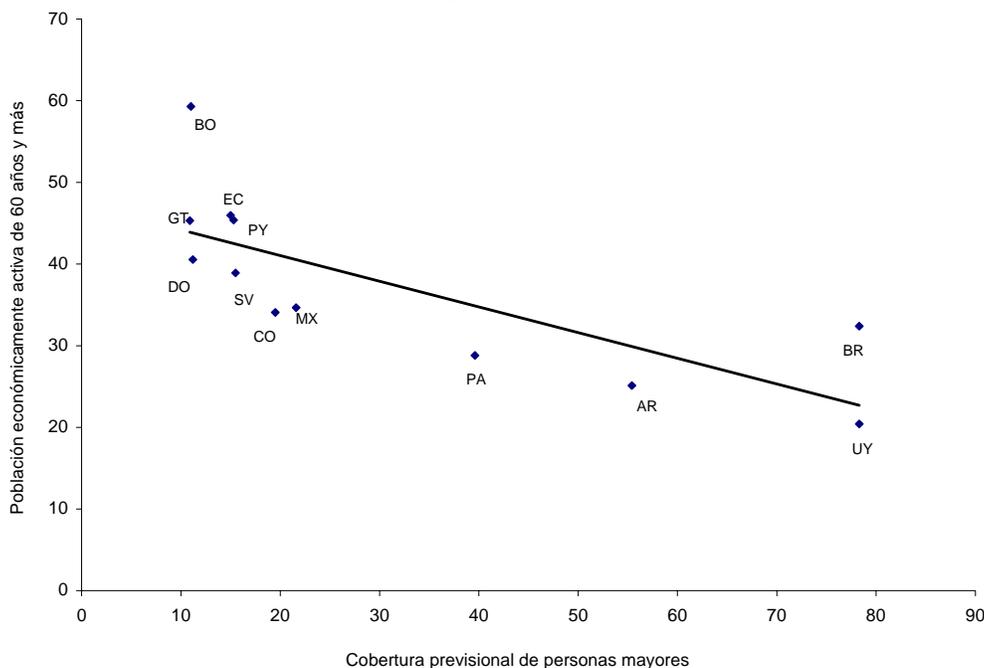
Las tendencias en la actividad laboral de las personas mayores han concentrado la atención durante los últimos años en las regiones desarrolladas. En numerosos países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), se puede observar un estancamiento en la tendencia del retiro temprano de la fuerza laboral y en la reducción en el nivel de actividad de la vejez, lo que sumado al nuevo paradigma de “envejecimiento activo”, ha abierto el debate sobre cuáles serían las políticas públicas adecuadas para acompañar este proceso. En América Latina, en cambio, la preocupación ha sido el proceso de envejecimiento de la población y sus consecuencias sobre las finanzas de los sistemas de pensiones, la situación laboral en la vejez, por lo tanto, es un asunto nuevo en las preocupaciones públicas y en las intervenciones del Estado.

1. Factores que influyen en la participación económica en la vejez

La participación laboral de las personas mayores es, sin duda, un fenómeno fomentado por múltiples causas, entre las que destacan las demográficas y sanitarias, la extensión y calidad de la cobertura de los sistemas de protección social, el entorno macroeconómico y el desempeño del mercado del trabajo. Respecto de la variable demográfica, en la mayoría de los países la expectativa de vida se ha incrementado y se espera que siga haciéndolo en los próximos años. Por otra parte, el estado de salud de las personas mayores —elemento crítico que influye sobre las posibilidades de trabajo en la vejez— ha ido mejorando. Los avances de la ciencia médica hacen factible que la discapacidad decrezca en casi todos los países del mundo, lo que sugiere que este grupo etario tenga una vida más larga y saludable. Junto a la extensión de los años de vida, también asciende el número bruto de años activos: de 39 para ambos sexos en 2005 aumentaría a 42 años en 2030, con un incremento de siete años para las mujeres en el mismo período (CELADE, 2007).

La comparación entre personas mayores y el resto de la población activa tiende a confirmar que los países de la región presentan crecientes tasas de participación económica en la vejez. Este hecho podría estar asociado a las reformas introducidas en los sistemas de pensiones durante los años noventa, que “endurecieron” las condiciones de acceso a las prestaciones. El acceso a estos beneficios, por lo tanto, se produce a edades más tardías o con un nivel deficiente de tasa de reemplazo, que incentiva a los jubilados y pensionados a mantenerse ocupados el mayor tiempo posible. De este modo, en los países con menor cobertura de la seguridad social, se registran tasas más altas de actividad en la edad avanzada (véase el gráfico III.9), mientras se reducen en contextos de mayor cobertura, ya sea mediante el sistema contributivo o el no contributivo. La excepción es Brasil, donde la inserción laboral de las personas mayores tiene características diferentes al resto de la región.

Gráfico III.9
**AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): TASA DE PARTICIPACIÓN ECONÓMICA Y
 COBERTURA PREVISIONAL,^a POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS,
 ALREDEDOR DE 2005**
 (En porcentajes)



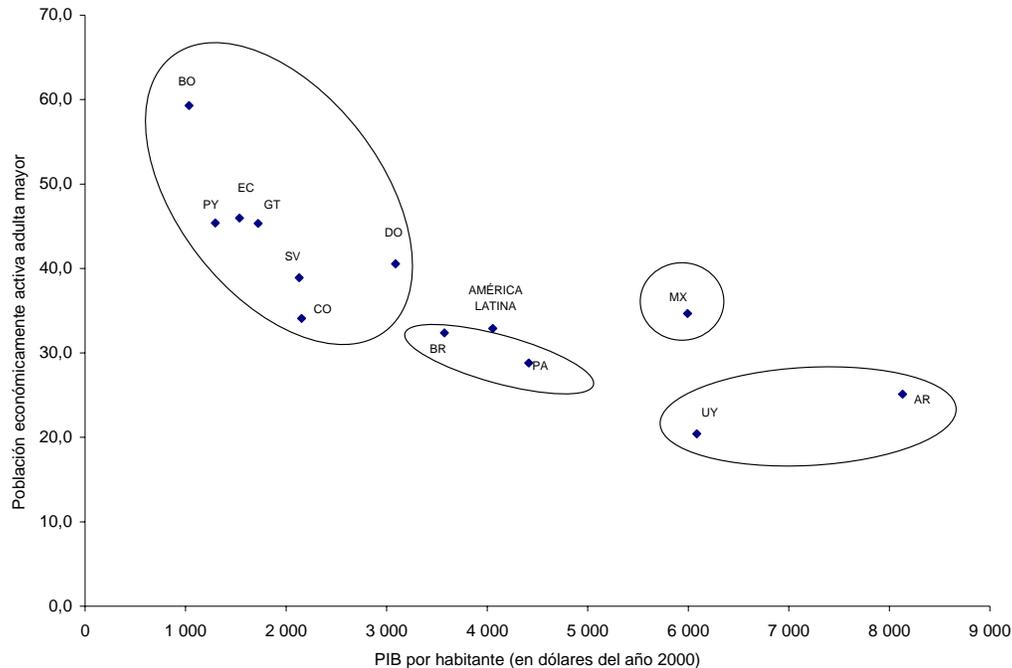
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, *Observatorio demográfico*, N° 2 (LC/G.2337-P), Santiago de Chile, 2007; y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos provenientes de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a La cobertura previsional corresponde al porcentaje de personas de 60 años y más que declararon recibir ingresos por jubilaciones o pensiones.

En cuanto al entorno macroeconómico, la década de 1990, en general, fue un período de crecimiento económico en la región. Y en los últimos cuatro años, las economías de América Latina y el Caribe han atravesado por un ciclo altamente favorable (CEPAL, 2007a). El crecimiento económico se ha convertido en un escenario propicio para el empleo y para las personas mayores que buscan mantener o lograr un trabajo (Bertranou, 2006). Aun así, las condiciones de inserción que ofrece el mercado laboral son precarias e inseguras.

En los países más pobres, la participación económica de las personas mayores es más elevada (véase el gráfico III.10) que en el resto de la región. En el año 2005, en El Salvador, Paraguay, República Dominicana, Guatemala, Ecuador y Bolivia —con un PIB por habitante inferior a la media regional— este segmento poblacional alcanzó una tasa de participación económica superior al promedio regional proyectado para el año 2030 (CELADE, 2007).

Gráfico III.10
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): TASA DE PARTICIPACIÓN ECONÓMICA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR Y PIB POR HABITANTE, 2005



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama social de América Latina 2006* (LC/G.2326-P), Santiago de Chile, 2007; y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, *Observatorio demográfico*, N° 2 (LC/G.2337-P), Santiago de Chile, 2007.

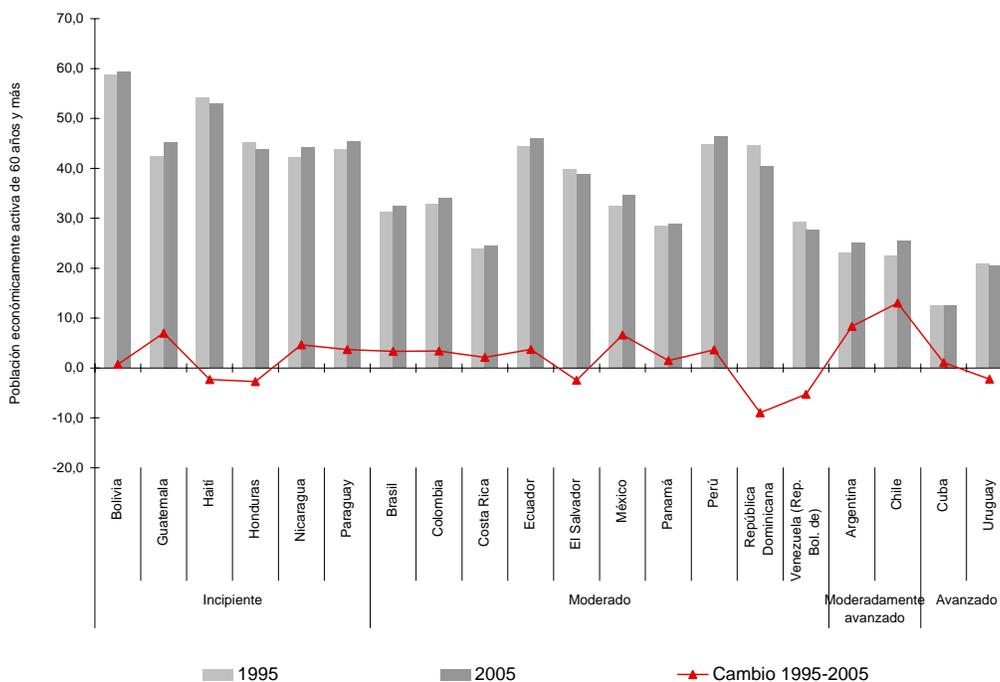
En estos países, el incremento en la participación económica de las personas mayores se ha producido en un contexto caracterizado por la desregulación del mercado del trabajo y por la introducción de nuevas formas contractuales como la subcontratación de servicios y los contratos a plazo fijo. Estas prácticas han tendido a reducir los costos laborales y han precarizado el empleo para toda la población, alcanzando elevados niveles de empleo informal en todas las edades (OIT, 2006).

2. La participación económica de las personas mayores tiende a crecer independiente de la fase de envejecimiento demográfico

La tasa de participación en la fuerza laboral de los mayores de 60 años ha crecido marcadamente en 2005, por lo que un poco más de 3 de cada 10 personas mayores están trabajando o buscando empleo de manera activa. Esta tendencia es contraria a lo que ocurre en la actualidad en la mayoría de los países de la OCDE, donde el descenso de la tasa de participación de los trabajadores mayores se asocia, entre otros factores, a un retiro temprano, al incremento del ingreso per cápita, a una mayor educación y mejor estado de salud. En estos países, el debate actual se centra en cómo aumentar la participación económica de este segmento etario para disminuir la presión sobre los sistemas de pensiones.

En los primeros años de este siglo, casi la mitad de las personas mayores declaró estar trabajando o buscando un empleo en Paraguay, Ecuador y Honduras (véase el gráfico III.11). Solo en Uruguay y Costa Rica, se observa la misma tendencia de los países de la OCDE, donde la participación en la fuerza laboral de los mayores de 60 años decreció en torno al 10% en la década de 1990.

Gráfico III.11
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): TASA DE PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS, 1995 Y 2005, Y CAMBIO 1995-2005



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, *Observatorio demográfico*, N° 2 (LC/G.2337-P), Santiago de Chile, 2007.

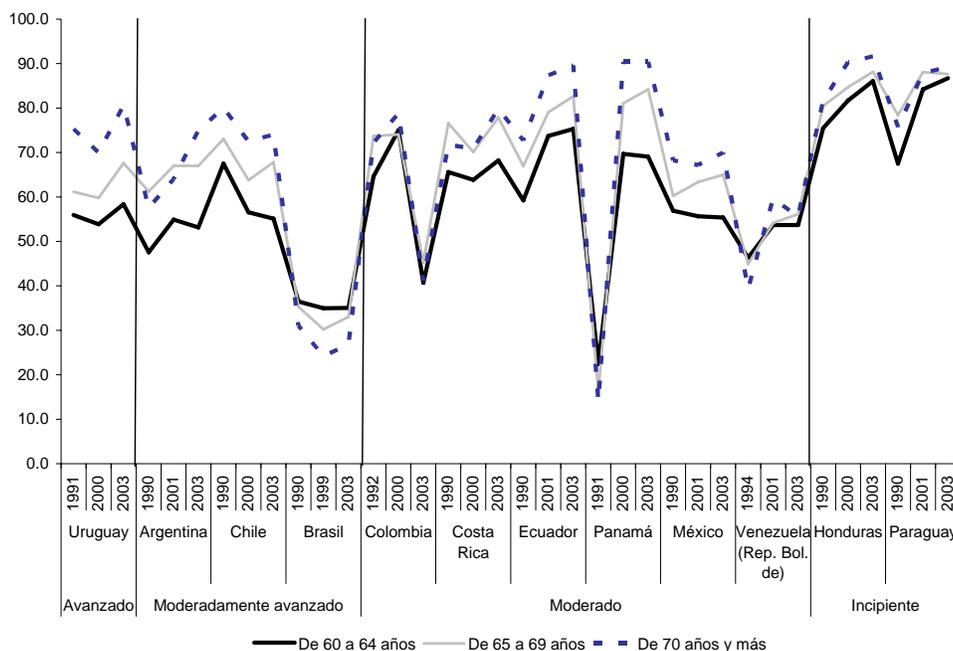
Los países de la región se ubican en distintas fases de envejecimiento demográfico, por lo que pareciera que —independientemente de cuán envejecido esté un país— lo que empuja a las personas mayores a vender su fuerza de trabajo se relaciona con factores similares a los que han impulsado a otros grupos sociales —como las mujeres, por ejemplo. Las personas mayores, como los demás miembros de las familias, son parte de los recursos posibles de potenciar económicamente en etapas de crisis, escasez familiar o frente al deterioro de las condiciones de trabajo del jefe de hogar, sea este de edad avanzada o no.

El notable aumento de los mayores de 60 años en la fuerza laboral está constituido especialmente de mujeres: en Argentina, Brasil y Paraguay, por ejemplo, se ha duplicado la fuerza laboral femenina mayor de 65 años durante la década de 1990. Fenómeno que puede estar relacionado con la incapacidad de los sistemas de seguridad social de brindar protección de ingresos a las mujeres en la vejez, las que, aunque cuenten con beneficios previsionales adquiridos en la viudez, obtienen menos recursos económicos que los hombres.

3. El empleo informal y las diferencias de edad y de género

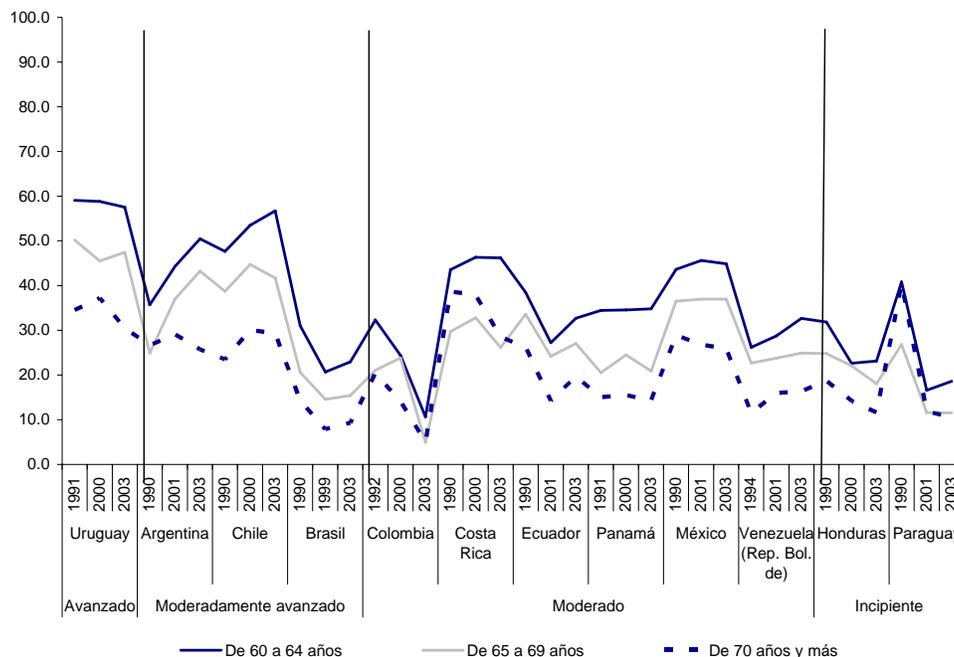
Excepto Chile, Panamá y Brasil, donde la proporción de personas mayores en el empleo formal creció en 8,7, 2,4 y 2,7 puntos porcentuales respectivamente en la década de 1990, en el resto de los países los mayores de 60 años se desplazan hacia categorías de empleo informal. Brasil muestra un perfil diferente, puesto que casi el 70% de este grupo etario que trabaja lo hace en el sector formal, convirtiéndose en el país con mayor empleo asalariado en la vejez a nivel regional (véase el gráfico III.13). Llama la atención también que en la mayoría de los países, la informalidad en el empleo aumenta a medida que avanza la edad de los trabajadores, independientemente de la fase de envejecimiento demográfico (véase el gráfico III.12). Esta informalidad muestra diferencias entre los países respecto del sexo del trabajador. En Argentina, Paraguay y Uruguay la informalidad entre las personas de 65 años y más, creció entre 1990 y 2003, principalmente como consecuencia de una reducción en los empleos formales de los hombres, mientras en Brasil y Chile, dicha proporción disminuyó sobre todo por un aumento en la participación de las mujeres en empleos formales. A pesar de lo anterior, al comparar las estadísticas de empleo informal de la población femenina para el último período disponible, las mujeres de 60 años y más se ubican con mayor frecuencia en el empleo informal que las de otros grupos etarios (OIT, 2006).

Gráfico III.12
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PROPORCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN EL EMPLEO INFORMAL, 1990, 2000 Y 2003



Fuente: Fabio Bertranou, *Envejecimiento, empleo y protección social en América Latina*, Santiago de Chile, Oficina Internacional del Trabajo, 2006.

Gráfico III.13
**AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PROPORCIÓN DE POBLACIÓN
 ADULTA MAYOR EN EL EMPLEO FORMAL, 1990, 2000 Y 2003**

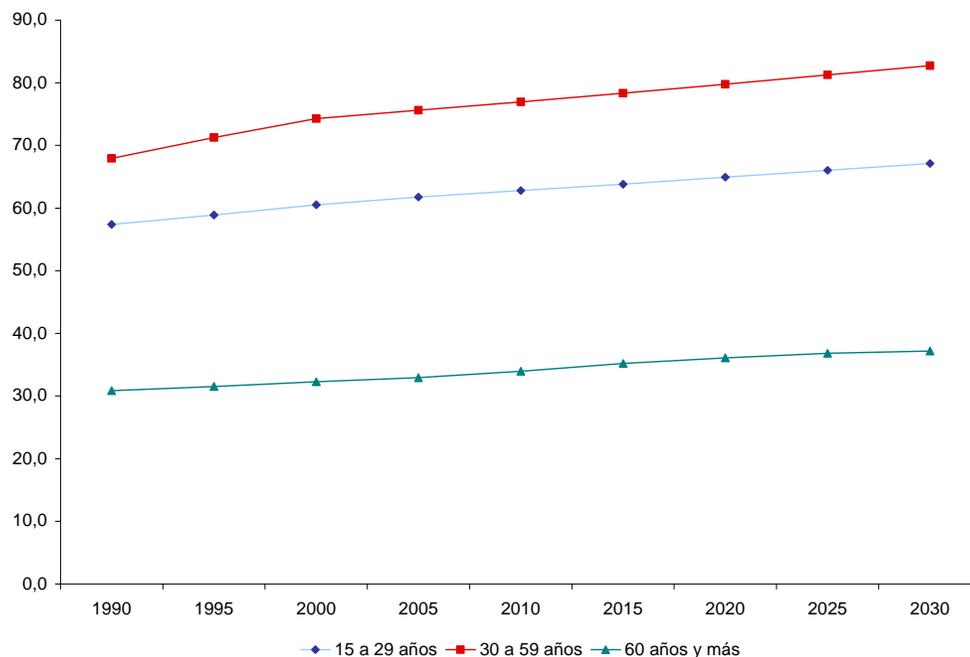


Fuente: Fabio Bertranou, *Envejecimiento, empleo y protección social en América Latina*, Santiago de Chile, Oficina Internacional del Trabajo, 2006.

En definitiva, en los países de la región, las personas mayores muestran crecientes tasas de participación económica y, como se observa en el gráfico III.14, esta tendencia seguirá en aumento en el futuro, aunque seguirá siendo menor que el grupo de 30 a 59 años. Así, la progresiva participación de las personas mayores en el mercado laboral se produce en una etapa en que la población económicamente activa continuará incrementándose en las próximas décadas.

Dada la escasez de puestos de trabajo en el mercado laboral, tradicionalmente se espera que las personas mayores dejen su sitio a los jóvenes. Sobre este supuesto se han elaborado las políticas laborales de la mayoría de los países en desarrollo, donde el empleo formal es poco frecuente y resulta difícil para los numerosos jóvenes desempleados encontrar un puesto de trabajo en este sector, de ahí la idea de que si los trabajadores de edad siguen prolongando su vida activa, esta situación empeoraría. Previendo este problema, en los países desarrollados, desde hace algunos años, se ha fomentado la jubilación anticipada con la esperanza de mejorar las perspectivas de trabajo de los jóvenes desempleados. No obstante, el hecho de que los trabajadores jóvenes y los mayores sean intercambiables sigue siendo incierto (OIT, 2002b).

Gráfico III.14
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASAS DE PARTICIPACIÓN ECONÓMICA POR GRANDES GRUPOS DE EDAD, 1990-2030



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, *Observatorio demográfico*, N° 2 (LC/G.2337-P), Santiago de Chile, 2007.

El problema de inseguridad de ingresos de las personas mayores no se debería resolver a expensas de otros grupos sociales. En este sentido, la recomendación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre trabajadores de edad de 1980, establece el principio según el cual las estrategias y políticas deberían garantizar que los problemas en materia de empleo no se desplacen de un grupo a otro (OIT, 2002a). Esta directriz es particularmente importante ante el desafío que tienen los países de la región para aprovechar la “coyuntura demográfica favorable” de educar y proporcionar empleo adecuado a una población de jóvenes (personas de 15 a 24 años) que crece con rapidez (Naciones Unidas, 2007b).

En este escenario, se requiere que las políticas públicas evolucionen y se adapten a la realidad demográfica a la que deben dar respuesta, lo que implica ampliar las oportunidades de trabajo decente para los jóvenes y conciliar la demanda por protección de ingresos frente a los riesgos de la vejez (Naciones Unidas, 2007b). Se propone avanzar, en este sentido, en el fortalecimiento del subsistema no contributivo y de los mecanismos de solidaridad del sistema de seguridad social (CEPAL, 2006).

D. PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS Y PROTECCIÓN DEL RIESGO DE PÉRDIDA DE INGRESOS EN LA VEJEZ

El principio que debiera inspirar cualquier sistema de jubilaciones y pensiones es que debe ofrecer, como mínimo, un nivel básico de ingresos a todas las personas de edad avanzada, objetivo que se podría alcanzar creando, o ampliando donde exista, un pilar básico en forma de prestación mínima (Naciones Unidas, 2007b). En la región, se requiere necesariamente establecer o consolidar esquemas no contributivos que brinden, independiente 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).

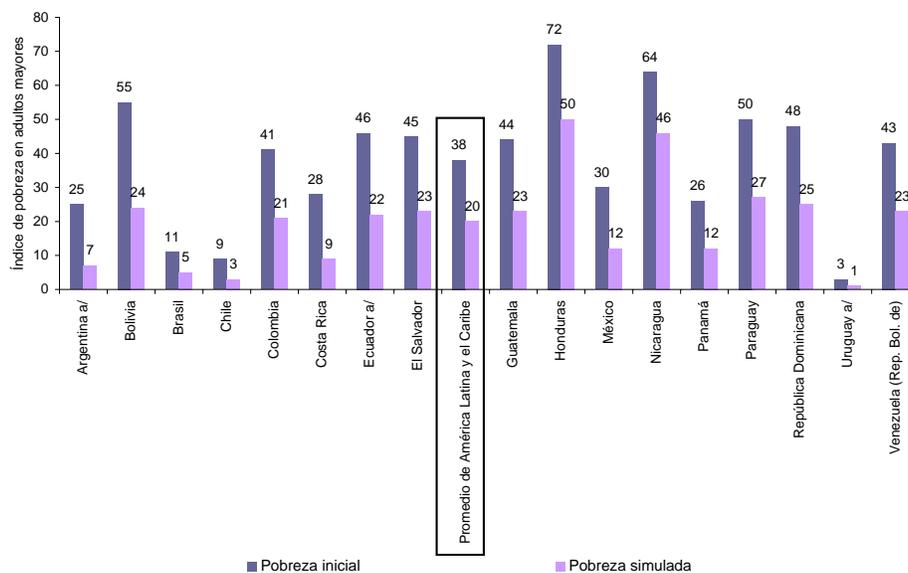
Los programas de pensiones no contributivas otorgan prestaciones en dinero —modestas y relativamente uniformes— con el fin de cubrir los riesgos de vejez, invalidez y muerte, es decir, tienen un carácter de asistencia social y están dirigidos a los pobres que poseen escasa capacidad contributiva o carecen de ella. En Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay se han implementado este tipo de programas desde hace décadas, cuyo alcance es todavía limitado, por lo que solo se ha conseguido cerrar una pequeña parte de la brecha que dejan los programas de naturaleza contributiva. Aun así, este esfuerzo por asistir a personas mayores en situación de vulnerabilidad ha sido significativo en algunos países como Chile, Bolivia y Brasil.

A partir de distintas evaluaciones acerca del efecto de las pensiones no contributivas sobre la pobreza e indigencia recopiladas en Bertranou y otros (2004), 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.

La CEPAL —mediante un ejercicio de simulación del efecto que tendría en 17 países de la región el otorgamiento de pensiones no contributivas universales y focalizadas a la población mayor de 65 años— concluyó que ambos programas reducen en casi 18 puntos porcentuales la pobreza en la vejez (véanse los gráficos III.15 y III.16). El costo de una pensión focalizada es de un 0,93% del PIB, mientras la universal exige un promedio de recursos cercano al 2,2% del producto del país (CEPAL, 2006).

En un contexto de envejecimiento de la población, de escasa cobertura de la protección social y de problemas de regulación del mercado laboral, las pensiones no contributivas son un buen instrumento para disminuir las desigualdades y dotar de mayor autonomía económica a los sectores más vulnerables de la población. Naturalmente, un ingreso monetario no garantiza por sí solo la inclusión social o la recuperación del horizonte vital de relaciones basadas en la solidaridad (Pisarello y de Cabo, 2006), sin embargo, su desarrollo y extensión sería un paso fundamental para avanzar hacia condiciones más dignas y seguras en la vejez de las generaciones actuales y futuras.

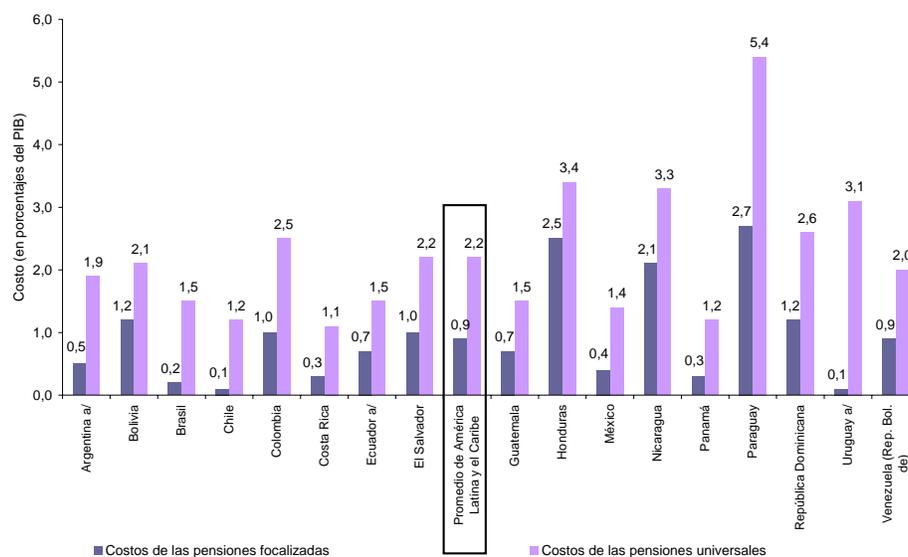
Gráfico III.15
AMÉRICA LATINA: EFECTO DE LAS PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS EN LA POBREZA
(Índice de pobreza en personas mayores)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de las encuestas de hogares aplicadas al año 2002, excepto en los casos de Paraguay (2000), Brasil, Nicaragua y El Salvador (2001) y Chile (2003).

^a Encuestas urbanas.

Gráfico III.16
AMÉRICA LATINA: COSTO DE LAS PENSIONES FOCALIZADAS Y UNIVERSALES
(En porcentajes del PIB)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de las encuestas de hogares aplicadas al año 2002, excepto en los casos de Paraguay (2000), Brasil, Nicaragua y El Salvador (2001) y Chile (2003).

^a Encuestas urbanas.

E. AVANCES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA REGIONAL SOBRE ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: SEGURIDAD SOCIAL, EMPLEO Y EMPRENDIMIENTOS

La seguridad social y el trabajo son derechos humanos reconocidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículos 6 a 8, y 9, respectivamente), de donde se derivan obligaciones para los Estados en los ámbitos de respeto, protección y garantía. En consecuencia, en la mayoría de los países se han incluido ambos derechos como un asunto prioritario en las legislaciones, políticas o planes de acción para la vejez.

Pese a la amplia adhesión que estos derechos logran, en la práctica, las medidas legislativas o de políticas de los países no siempre se traducen directamente en un abanico de prestaciones, activos y beneficios al que todo ciudadano pueda aspirar en su condición de tal. Incluso, en algunos casos, hay un quiebre entre las medidas legislativas y las medidas reglamentarias, administrativas y de decisiones políticas, económicas y sociales que aseguren el pleno goce de los mismos. Así lo ha destacado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) de Naciones Unidas que, en relación con la seguridad social, ha manifestado su preocupación por la desigualdad de acceso y de calidad de las pensiones. Y en los casos que amerita, también ha expresado su reconocimiento por los esfuerzos que están realizando los países más pobres para mejorar las condiciones económicas de la población adulta mayor.²

En los últimos años, los países han ido registrando distintos niveles de avance en relación con el derecho a la seguridad social y el derecho al trabajo en la vejez. Los logros son heterogéneos, en términos de población atendida, áreas y modalidades de intervención y recursos financieros destinados.

A continuación se destacan algunas iniciativas que se están emprendiendo en América Latina y el Caribe para mejorar las condiciones económicas de las personas mayores. La información aquí vertida surge de las respuestas entregadas por los países en la encuesta de programas dirigidos a las personas mayores en América Latina y el Caribe, realizada por el CELADE-División de Población de la CEPAL entre junio y agosto de 2007. Siguiendo las recomendaciones de la Estrategia sobre envejecimiento, las alternativas de intervención se agrupan en las siguientes: i) la seguridad social; ii) el empleo, y iii) los emprendimientos (véase el cuadro III.2).

² Por ejemplo, en el año 2004, el Comité observó a Chile lo siguiente: “al Comité le inquieta profundamente que el régimen de pensiones privado, basado en cotizaciones individuales, no garantice una seguridad social adecuada a un gran sector de la población que no trabaja en la economía estructurada o no puede hacer contribuciones suficientes al régimen, como al amplio grupo de los trabajadores de temporada o temporales. El Comité observa que las mujeres se ven particularmente afectadas a este respecto: ‘las amas de casa’ y alrededor del 40% de las mujeres trabajadoras no cotizan en la seguridad social y por consiguiente no tienen derecho a prestaciones de vejez. Además, al Comité le inquieta que las mujeres trabajadoras tengan pensiones medias muy inferiores a las de los hombres, porque se jubilan cinco años antes” (Naciones Unidas, 2004). En el año 2001, observó lo siguiente para Honduras: “El Comité toma nota con reconocimiento de los programas de subsidio a las familias que se encaminan a beneficiar a los grupos de población más pobres y vulnerables, en particular los niños menores de cinco años, las mujeres embarazadas, los lactantes y los ancianos” (Naciones Unidas, 2001).

Cuadro III.2
**PRINCIPALES ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SEGURIDAD ECONÓMICA
 DIRIGIDOS A LAS PERSONAS MAYORES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

Países	Seguridad social		Empleo		Emprendimientos		Otras ayudas económicas (bonos especiales, subsidios en especies, asignación familiar, otros)
	Protección especial para las personas sin capacidad contributiva o pobres	Cobertura o reajuste de pensiones del sistema contributivo	Legislación que prohíbe la discriminación por edad en el trabajo	Promoción del empleo para los trabajadores mayores	Fomento de oportunidad de créditos para actividades productivas	Promoción de iniciativas productivas de personas mayores	
Antillas Neerlandesas		X					
Argentina	X	X					
Aruba ^a	X						
Belice	X					X	
Bolivia	X						
Brasil	X		X		X		
Chile	X	X	X	X		X	X
Colombia	X						
Costa Rica			X		X	X	
Cuba				X	X		X
El Salvador			X	X	X	X	
Guatemala	X			X			
Honduras	X	X		X	X	X	X
México ^b	X		X	X		X	
Nicaragua		X					
Panamá			X	X		X	X
Paraguay			X	X			X
Perú			X	X	X	X	
República Dominicana	X	X					X
Puerto Rico				X			X
Uruguay	X	X	X	X		X	

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de las respuestas de los países a la encuesta sobre programas dirigidos a las personas mayores en América Latina y el Caribe.

^a Aruba cuenta con un programa de pensiones no contributivas de cobertura universal.

^b México, D.F., cuenta con un programa de pensiones no contributivas dirigido a todas las personas residentes mayores de 70 años.

1. La seguridad social

La cobertura universal de la seguridad social es un tema aún pendiente en la región y, ante el cambio demográfico, el reto se centra en cómo ampliar la cobertura y calidad de las pensiones, y en cómo reducir las desigualdades de acceso al sistema previsional en las edades activas, ampliando el subsistema no contributivo de seguridad social. En los últimos cinco años, en los países de la región se han hecho esfuerzos graduales en el primer desafío, concentrando las acciones en mejorar la calidad de pensiones y en proteger a las personas mayores sin capacidad contributiva o ingresos. Sin embargo, aún persisten inequidades y desigualdades que requieren de decisiones más amplias de política pública para ampliar la protección a toda la población. Los países en que se han hecho esfuerzos por mejorar la calidad de las pensiones, aumentando el valor de las prestaciones son: Aruba, Antillas Neerlandesas, Chile, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Uruguay.

Las acciones de protección especial para las personas mayores que no tienen capacidad contributiva son menos frecuentes, y solo en Argentina se reguló la posibilidad de que las personas se pensionen habiendo cumplido la edad de jubilar y sin tener los suficientes años de aportes para una pensión. La ley les permite acceder al beneficio mediante el pago de una moratoria con un plan de facilidades. Esta iniciativa iría en directo beneficio de las mujeres y de las personas con lagunas previsionales.

Entre los países que han diseñado programas de protección especial para toda la población adulta mayor sin ingresos, se encuentra Bolivia, donde el programa BONOSOL entrega una pensión vitalicia a todos los habitantes del país de 65 años y más, para el año 2002, esta iniciativa permitió incrementar en un 40% la cobertura previsional de este país (CEPAL, 2006). Guatemala (diciembre de 2006) aprobó la ley del programa de aporte económico para personas mayores sin cobertura, luego de una amplia movilización de las organizaciones sociales. De esta manera, ambos países —con niveles de envejecimiento incipiente y pobreza extendida— han seguido la experiencia de Brasil, Uruguay, Chile y Costa Rica, cuya trayectoria en programas de pensiones no contributivas —como se mencionó anteriormente— es más consolidada.

En otros casos, las acciones se han concentrado en grupos específicos de la población adulta mayor. Son los ejemplos del programa de pensiones rurales de Brasil, el nuevo programa de pensiones rurales de México y el programa de pensiones no contributivas dirigido solo a mujeres mayores de 65 años en Belice. Otro criterio de selectividad que utilizan algunos programas es el factor etario, como ocurre en Argentina, que en el año 2003 amplió a todas las personas mayores de 70 años —en situación de pobreza y sin cobertura de seguridad social— el beneficio de las pensiones no contributivas; y en México, D.F., donde el gobierno otorga una pensión ciudadana universal para todos los residentes mayores de 70 años sin distinción de ingreso del beneficiario. En Aruba también existe un programa universal de pensiones no contributivas con una cobertura de 13.692 pensionados al año 2005 y una inversión equivalente a 83.726 millones de dólares para el mismo año.

Por último, se ha incluido a este segmento poblacional en los programas de transferencias condicionadas. En Brasil, Colombia, Chile, Panamá y Uruguay se les entrega un subsidio económico a aquellas familias en condiciones de pobreza que tienen un integrante de edad avanzada. Una modalidad novedosa dentro de este tipo de programas se está desarrollando en Uruguay, donde a partir del año 2005 se implementó el Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES) del Ministerio de Desarrollo Social, el que, en una de sus líneas de acción, otorga una prestación económica denominada ingreso ciudadano para aquellas personas en situación de indigencia. Del total de población beneficiaria, 7 mil corresponden a personas de más de 65 años, que al finalizar el cobro del ingreso ciudadano pasarán a recibir una pensión de vejez, prestación no contributiva que otorga el Banco de Previsión Social.

2. El empleo

La tendencia laboral de las personas mayores analizada en las secciones anteriores obedece, entre otras razones, a los bajos niveles de calificaciones básicas y fundamentales que tiene esta población. La demanda por nuevas calificaciones y conocimientos pone a muchos trabajadores de edad en situación de desventaja, ya que es probable que su formación haya quedado obsoleta (OIT, 2002b). Para superar estas dificultades, en los países se ha implementado un abanico importante de iniciativas, entre las que se encuentra la oferta de capacitación para el empleo (Chile, El Salvador, Uruguay, Panamá, Honduras, Puerto Rico y Colombia) y el desarrollo y mantención de un banco de datos e información sobre empleos para personas mayores (El Salvador, México y Puerto Rico).

Otro tipo de avances están dirigidos a eliminar la discriminación por edad en el trabajo, expresados en medidas de acción positiva o en la prohibición taxativa de segregar a cualquier trabajador por razones de edad. Este tipo de medidas se adoptaron en Brasil, El Salvador, México, Paraguay, Perú y Uruguay, que se sumaron después del año 2002 a otros países donde ya existían este tipo de disposiciones (Cuba, Colombia, Ecuador, Guatemala y República Dominicana). El progreso más reciente al respecto se verificó en Panamá, donde, en junio de 2007, el pleno de la Asamblea Nacional aprobó un nuevo proyecto de ley que deroga la ley 61 del 20 de agosto de 1998 (conocida como Ley Faúndes) que impedía a los servidores públicos con 75 años cumplidos seguir laborando y devengando salarios en la planilla estatal. De este modo, el país respondió a una gran preocupación, instalada en las demandas de las organizaciones de personas mayores y de los funcionarios públicos, en especial de las universidades.

Un mecanismo novedoso para ayudar a las personas mayores a encontrar empleo con apoyo del Estado, se creó hace poco tiempo en México, donde, en marzo de 2007, se firmó el decreto por el que se otorgan estímulos fiscales a las empresas que contraten a personas mayores y a personas con discapacidad. El decreto establece que se otorgarán incentivos de hasta un 25% de deducibilidad del propio salario, para mejorar el bienestar de estos grupos susceptibles de discriminación laboral.

En Uruguay también se implementó un programa de apoyo laboral innovador que, además de estar dirigido a que las personas mayores aumenten sus probabilidades de encontrar un empleo, se complementa con otras acciones de acogida y apoyo social. Se trata del programa de atención integral para personas mayores en situación de calle del Banco de Previsión Social, que ha desarrollado acciones de promoción en su Centro Diurno, que atiende las necesidades más elementales de su población objetiva, les entrega capacitación laboral y fomenta el reciclaje laboral y los microemprendimientos productivos. Otro país que en el último período también amplió las oportunidades para fortalecer la empleabilidad de las personas mayores es Perú, donde algunos programas del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo incluyen a la población adulta mayor entre sus destinatarios.

3. Los emprendimientos

Esta área es más nueva y menos difundida que el empleo, aunque en muchos casos se refuerzan mutuamente y, en general, se concentra en dos ámbitos de intervención: el apoyo financiero mediante créditos y donaciones, y el apoyo técnico o promoción de la microempresa.

Por una parte, los créditos suelen estar destinados a pensionados y jubilados, como ocurre en Perú, donde el Banco de la Nación entrega préstamos a pensionados del sector público, y en Costa Rica, donde se desarrolla un programa de créditos para pensionados afiliados a la Junta de Pensionados del Magisterio Nacional. Por otra parte, los gobiernos han abierto oportunidades crediticias para grupos excluidos del mercado financiero. En El Salvador, por ejemplo, se creó una línea especial de crédito para personas mayores en el fondo solidario para la familia salvadoreña y en Honduras, donde existen programas de microcréditos con la banca a partir de la afiliación con la Cámara de Comercio Centroamericana. En esta misma línea otros países han regulado las condiciones de funcionamiento de los créditos, como sucede en Cuba, donde las personas mayores acceden a créditos de largo plazo con facilidades de pago, y en Brasil, donde se ha ampliado el mercado de préstamos a bajo interés para este grupo social.

Las donaciones para apoyar iniciativas productivas también adquieren distintas modalidades. Belice cuenta con un programa de donaciones para el sector rural que incluye a personas mayores y que se financia con aportes de la Unión Europea. En Chile, las organizaciones de personas mayores pueden postular a un fondo para proyectos que entrega recursos económicos no reembolsables y que se financia por el Estado de Chile a través del Presupuesto de la Nación. En México existe el programa Tercera llamada, que financia proyectos productivos viables de personas mayores, mediante el apoyo económico

de un fondo que agrupa a distintos organismos públicos. Y en Honduras existe el Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS) para el desarrollo de proyectos de autoconsumo.

Otra forma de favorecer los emprendimientos es la promoción de la microempresa. El Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo de Perú está implementando un programa que refuerza la constitución de microempresas de personas mayores. El Ministerio de Trabajo y Previsión Social de El Salvador respalda cooperativas de personas mayores por medio del Programa de Adulto Mayor Emprendedor. Y, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Costa Rica implementó el Programa Nacional de Apoyo a Micro y Pequeña Empresa (PRONAMYPE) y el programa Emprendedores en la edad de oro, este último junto con la Universidad de Costa Rica.

La revisión de las acciones descritas en este apartado, dan cuenta de que el tema de la situación económica en la vejez se está instalando en las agendas de las políticas públicas de los países de la región. Sin embargo, esta inclusión es incipiente. Parte del impulso actual deriva, por una parte, del contexto internacional favorable a este tema a partir de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento y, por otra, de la creciente toma de conciencia de la necesidad de adecuar paulatinamente el quehacer público al cambio de estructura por edades de la población.

Como todo nuevo asunto de política pública, su instalación implica también definiciones en relación a cómo la sociedad concibe que deben tratarse los problemas públicos. Una lectura de los resultados presentados en este apartado indica que en la mayoría de los países se ha privilegiado un enfoque centrado en la promoción del empleo y, en consecuencia, de los emprendimientos, y de atención a la pobreza de las personas mayores como los mecanismos para solucionar los problemas de inseguridad económica en la vejez.

Son escasas las experiencias de políticas basadas en derechos. Si el Estado no asume un papel activo para que el empleo se convierta efectivamente en dispositivos de distribución de ingresos y de reconocimiento social (Offe, 1992) y la focalización en los más pobres no vaya acompañada de un horizonte temporal para extender de manera gradual los beneficios a otros sectores de la población (OACDH, 2004), a futuro se estarían quebrantando dos principios básicos de la protección social basada en derechos: la solidaridad y la universalidad.

Otros aspectos que llaman la atención en algunos países son: i) la escasa cobertura de los programas existentes; ii) la débil coordinación con otras políticas sectoriales, y iii) la falta de inclusión de los programas en los presupuestos públicos. Este último factor es preocupante, ya que el presupuesto público, además de ser uno de los instrumentos más importantes de la gestión gubernamental, es imprescindible para que los gobiernos cumplan o no las obligaciones relacionadas con los derechos humanos. Avanzar en esta línea de trabajo es fundamental para que los programas que se están implementando hoy, se conviertan efectivamente en políticas de Estado y no dependan de las prioridades de las administraciones o de la cooperación internacional.

En suma, en los últimos cinco años en la región se han hecho considerables avances en relación con la inclusión de la situación económica como un asunto de las agendas de gobierno. No obstante, los desafíos que se derivan en este campo de políticas son amplios y variados, y exigen el cumplimiento de criterios de sostenibilidad, eficacia y ampliación de las intervenciones, centrándose en los principios de universalidad y solidaridad de los derechos humanos. Los países conocen bien estos desafíos y, es por ello, que dentro de sus principales áreas de preocupación para el próximo quinquenio identifican la seguridad de ingresos como uno de los nudos de políticas que deben ser abordados con prontitud. Para progresar en esta dirección, es fundamental, mejorar las condiciones económicas de la actual población de edad avanzada y, además, prestar atención al resto de la población en edad de trabajar, toda vez que la seguridad social sigue siendo —como se anticipó en la introducción de este capítulo— el instrumento de política pública que, por antonomasia, produce mayor seguridad frente al riesgo de pérdida de ingresos en la vejez.

Capítulo IV

**PROTECCIÓN DE LA SALUD Y ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA
Y EL CARIBE**

Existe una relación recíproca entre transición epidemiológica y demográfica (Frenk y otros, 1991; Galyin y Kates, 1997) que tiene consecuencias en la demanda de protección de la salud. Entendida como el derecho a acceder y disfrutar de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones, necesarios para alcanzar el más alto nivel de salud posible (Naciones Unidas, 2000) es decir, acceso a la atención sanitaria para todas las edades sin discriminación alguna.

En el marco de ambas transiciones, el envejecimiento de la población va acompañado de un cambio, en que se pasa de una alta prevalencia de enfermedades infecciosas y una alta mortalidad materna e infantil a un aumento de las enfermedades no transmisibles, especialmente de tipo crónico (Naciones Unidas, 2007b) con consecuencias específicas para los sistemas de salud de los países de la región, tanto por el tipo de enfermedades como por los sectores de población afectados.

La disminución de las causas de muerte de tipo infeccioso beneficia principalmente a los niños, a la población más joven y a las mujeres, y obedece esencialmente a los programas de aplicación masiva de vacunación, a las medidas sanitarias y preventivas de bajo costo, y a la disponibilidad de antibióticos y medicamentos, entre otros. Las dolencias no transmisibles cobran importancia como causas competitivas de morbimortalidad con la modalidad de enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes, que a su vez son progresivas, de larga duración y difíciles de controlar y por lo tanto más costosas de tratar.

A medida que se reduce la prevalencia de enfermedades infecciosas como causa de muerte, el promedio de edad de la población aumenta, y la duración de la vida de quienes han superado las enfermedades de la infancia sigue creciendo en el tiempo. Así, en última instancia, crece la población adulta mayor —que es más susceptible a las enfermedades crónicas que los jóvenes—, y hay también mayor probabilidad de que aumente la prevalencia de enfermedades no transmisibles (Naciones Unidas, 2007b). A esto se suma la mayor ocurrencia de otros eventos, como lesiones y caídas, con efectos importantes para conservar la funcionalidad en la vejez.

Sin duda, el aumento de la esperanza de vida al nacer es un signo de desarrollo social y económico. Sin embargo, la calidad de los años ganados es aún más importante. De hecho, si los progresos médicos y tecnológicos solo se limitaran a posponer el evento del deceso, la consecuencia más directa sería el aumento de los años vividos a lo largo del curso de vida de cada persona en condiciones de morbilidad y discapacidad (Naciones Unidas, 2007b).

En los países desarrollados, la velocidad de las transiciones fue mucho más lenta que en los países de América Latina y el Caribe y el proceso de envejecimiento tuvo lugar después de haberse logrado niveles de vida más altos, menores desigualdades sociales y económicas, y después de haber anulado las diferencias de acceso a los servicios de salud. Por el contrario, en los países de la región, el proceso está ocurriendo en contextos socioeconómicos frágiles, altos niveles de pobreza, crecientes desigualdades sociales y económicas y problemas de inequidad en el acceso a los servicios de salud (CELADE, 2003) no resueltos. Ello significa en sustancia que gran parte de la caída de la mortalidad se debe a la acción de variables exógenas (tecnologías y descubrimientos médicos) y no a mayores niveles de vida de la población (Palloni, DeVos y Peláez, 2002) y explica en parte por qué todavía no se ha

comprimido la morbilidad en la región y, como consecuencia, subsisten los riesgos de pasar una proporción mayor de la vida padeciendo un mal estado de salud.

Existe una interdependencia entre salud en la infancia y salud en la vejez. La evidencia de los últimos años indica que la condición de salud en la edad avanzada (así como la prevalencia de algunas enfermedades crónicas) depende de la exposición y del padecimiento de enfermedades o condiciones nocivas en la niñez (Barber, 1998; Palloni y otros, 2007). Por citar un ejemplo, el estudio de Palloni y otros (2007) sobre el caso de Puerto Rico, muestra como, tanto la obesidad como la diabetes (problema de salud en fuerte aumento en muchos países de la región) están asociados con malnutrición en la infancia, y las enfermedades del corazón con padecimientos en la niñez.

La región igualmente se caracteriza porque los cambios epidemiológicos no son uniformes y varían de acuerdo con la heterogeneidad interna de los países. Así, los procesos demográficos y epidemiológicos están mayormente avanzados conforme sean mejores las condiciones socioeconómicas de la población y más favorable el acceso a los servicios básicos. De este manera, en las áreas más deprimidas, las enfermedades transmisibles siguen apareciendo como las principales causas de morbilidad y muerte en todos los rangos de edad, incluyendo las edades avanzadas (Ham Chande, 2003).

Surge así un doble desafío para la protección de la salud, conocido como “rezago epidemiológico”, lo que significa que aumenta por un lado la incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas, y, por otro, persisten algunas de las enfermedades de tipo transmisibles (como las causas respiratorias) y maternas. La complejidad de esta dinámica indica la necesidad de invertir y mejorar los recursos necesarios para tratar enfermedades crónico-degenerativas (tanto desde el punto de vista de los recursos humanos como de las tecnologías e instrumentos de cura y prevención) sin descuidar las acciones de prevención y tratamiento de enfermedades de tipo transmisible.

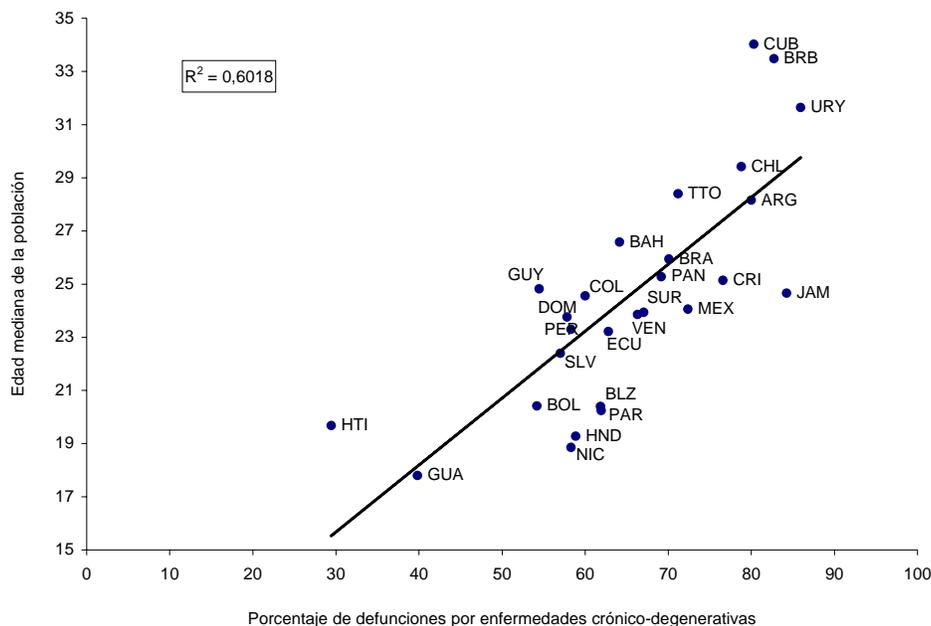
En suma, en el contexto de los países de América Latina y el Caribe, las políticas de salud deben hacer frente a nuevos y viejos desafíos. Los primeros obedecen a cambios en la demanda que requieren nuevas prestaciones y tratamientos. Los segundos, reflejan las carencias históricas que presenta la región en materia de equidad de acceso a servicios de salud oportunos y de calidad, la escasez de recursos humanos y financieros, y los problemas de articulación de los niveles de atención del sistema de salud y de subsectores público y privado (CEPAL, 2006).

Este capítulo está dirigido a revisar y analizar la información disponible en materia de salud y envejecimiento, estudiando, por una parte, los efectos recíprocos entre transición demográfica y epidemiológica, y sus consecuencias para la salud de la población; las necesidades sanitarias que surgen a partir del cambio epidemiológico en contextos de envejecimiento, y las perspectivas de protección en salud en este tema. Asimismo, se presenta una sinopsis de los avances que los países de la región han registrado en la segunda prioridad de la Estrategia regional, que se refiere a salud y bienestar en la vejez.

A. TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA, ENVEJECIMIENTO Y CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Según los últimos datos a disposición, la relación entre el nivel de envejecimiento y el proceso de transición epidemiológica es muy clara. Como se puede observar en el gráfico IV.1 sobre proporción de causas de muerte por enfermedades crónico-degenerativas en función de la edad mediana de la población (2002), se ubican por un lado los países en etapas avanzadas de la transición demográfica (Cuba, Uruguay, Chile, Argentina y Barbados) con una proporción superior al 80% de los decesos por causas crónico-degenerativas. Por el otro, se ubican los países próximos a entrar en plena transición demográfica y con un proceso de envejecimiento incipiente.

Gráfico IV.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE DEFUNCIONES POR CAUSAS CRÓNICO-DEGENERATIVAS Y EDAD MEDIANA DE LA POBLACIÓN ^a



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), "Causes of death" [on line] <http://www.who.int/research/en/>, 2004 y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama social de América Latina, 2004* (LC/G.2259-P), Santiago de Chile, 2004.

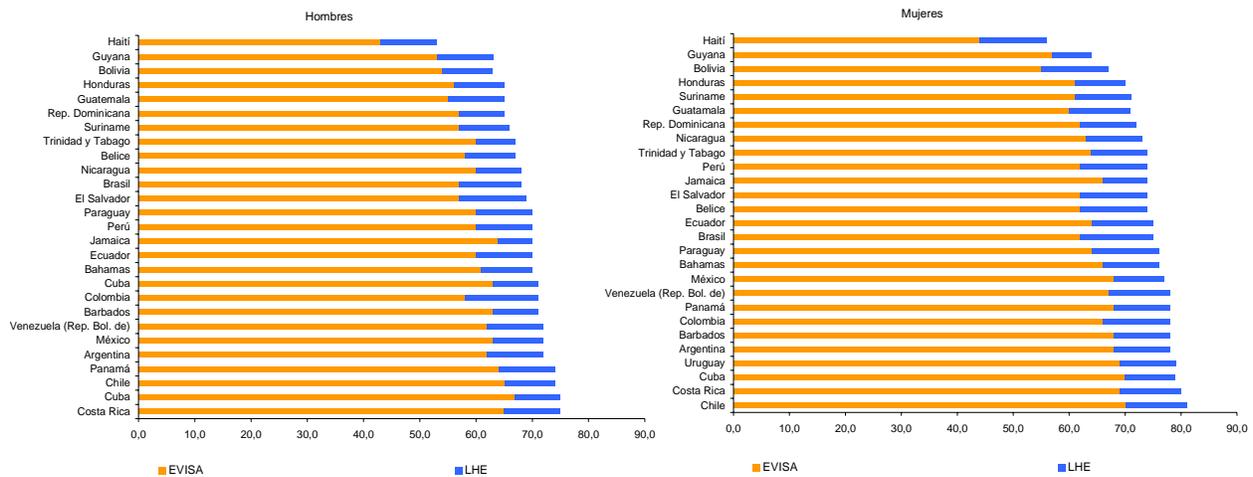
^a El promedio de edad se refiere al año 2000 y la proporción de defunciones a 2002.

En estos últimos países la edad mediana de la población es inferior a 20 años y la proporción de defunciones por causas crónico-degenerativas es inferior al 50%, como ocurre en Haití y Guatemala. También es importante destacar en este grupo lo que ocurre en algunos países (Bolivia, Honduras y Nicaragua) que a pesar de caracterizarse por su población relativamente joven, tienen proporciones de defunciones por causas no transmisibles similares a países con niveles de envejecimiento moderado.

En promedio, la población latinoamericana y caribeña tiene una menor esperanza de vida que la de los países desarrollados, y además se caracteriza por vivir una buena parte de la vida en malas condiciones de salud. Ello resulta evidente al comparar la esperanza de vida al nacer y la esperanza de vida saludable al nacer (EVISA). Como se aprecia en el gráfico IV.2, a pesar de que la mayoría de los países presenta un

holgado aumento de la esperanza de vida al nacer, los datos muestran que, en promedio, cada persona vive 10 años de su vida carente de un buen estado de salud (LHE).

Gráfico IV.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXO ^a



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), *World Health Statistics*, 2007.

^a Expresada en años de esperanza de vida saludable al nacer (EVISA) y expectativa de vida carente de buena salud (LHE). La expectativa de vida carente de buena salud se calcula como diferencia entre la esperanza de vida y la esperanza de vida saludable al nacer y se expresa en cantidad de años. En este caso los años de esperanza de vida saludable al nacer (EVISA) corresponden al año 2002 y la esperanza de vida a 2005.

Es posible observar asimismo en el gráfico IV.2 la heterogeneidad de situaciones existentes. Por ejemplo, en la mitad de los países, los hombres tienen una expectativa de vida carente de buena salud superior al promedio (9 años), y en Colombia y El Salvador este indicador alcanza 13 y 12 años, respectivamente. En el caso de las mujeres, 16 países se ubican por encima del promedio (10,5). El país donde el indicador es más desfavorable es Brasil (13 años), seguido de Colombia, Paraguay, Belice, El Salvador, Perú, Bolivia y Haití (12 años).

Como ha quedado demostrado por distintos estudios (Romero, da Costa Leite y Landmann, 2005; Naciones Unidas, 2007b), pese a que las mujeres tienen mayor esperanza de vida que la de los hombres al nacer, se caracterizan por vivir más años en malas condiciones de salud. Por ejemplo, en Brasil —según la encuesta nacional de hogares (PNAD 2003)— las mujeres declaran mayores proporciones de enfermedades crónicas y mayores limitaciones motoras, lo que, además, resulta estrechamente correlacionado con el nivel de ingreso (Guedes, 2006). Vale decir, la vulnerabilidad física y social de las mujeres tiene que ver, por una parte, con su mayor morbilidad y, por otra con el efecto acumulativo de inequidades a través de la vida (OPS, 1994).

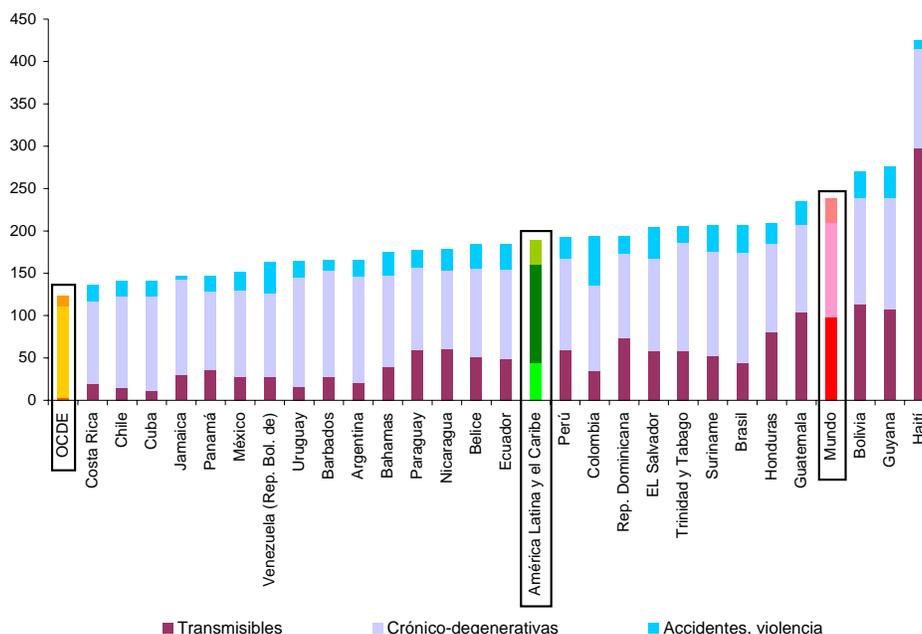
B. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, NECESIDADES SANITARIAS Y ENVEJECIMIENTO

Para poner en práctica políticas y acciones de salud es fundamental conocer las necesidades sanitarias de la población. Una forma de resumir las necesidades de la población es mediante los años de vida saludable (AVISA) perdidos por cada 1.000 habitantes. Se trata de un indicador de carga de enfermedad

que permite jerarquizar los principales problemas de salud de un país, y se expresa como la suma de los años de vida perdidos debido a muerte prematura o a discapacidad. Es importante considerar que las enfermedades crónico-degenerativas se caracterizan por ir acompañadas de niveles de discapacidad más altos (es el caso, por ejemplo, de las enfermedades neuropsiquiátricas) que las enfermedades transmisibles.

En el gráfico IV.3 se presenta una descomposición de los años de vida saludable perdidos según tres grupos de causas de muerte: enfermedades transmisibles, enfermedades crónico-degenerativas y causas accidentales y violentas. Se presentan los valores de este indicador para cada uno de los países de América Latina y el Caribe, y se comparan con el promedio del mundo y de los países de más altos ingresos de la OCDE. A nivel general, el indicador de años de vida saludable en la región es inferior al promedio mundial, pero casi un 50% más alto que en los países de altos ingresos de la OCDE. Las diferencias más amplias con estos últimos se observan en los años de vida saludable perdidos por enfermedades transmisibles.

Gráfico IV.3
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: INDICADOR DE CARGA DE ENFERMEDAD, 2002 ^a



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2004; datos relativos a las divisiones por grandes áreas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294(SES.31/3)), Santiago de Chile, 2006.

^a En años de vida saludable perdidos (AVISA) cada 1.000 habitantes.

Cuando se agrupan los países de la región según el nivel de ingreso (alto, medio y bajo) se advierte que, en términos globales, los países de menor ingreso relativo enfrentan una mayor carga de enfermedad (casi igual al promedio mundial). Al descomponer los años de vida saludable perdidos según sus causas, se observa que en los países más pobres hay una importancia relativa de las enfermedades transmisibles notablemente mayor que en los países con ingreso medio y alto (CEPAL, 2006). Con la especificación por país se confirma lo que se distingue a nivel global y queda en evidencia la amplia desventaja de Haití.

El análisis diferencial de años de vida saludable perdidos por edad y sexo permite estudiar dónde se concentra el peso de la carga de enfermedad. Como se aprecia en el cuadro IV.1, a nivel general, la carga de enfermedad se concentra en las edades avanzadas. Sin embargo, la especificación por los tres grandes grupos de enfermedades pone de manifiesto que la carga de enfermedad por causas transmisibles se concentra en el grupo de 0 a 14 años, mientras que la de causas no transmisibles recae en el grupo de personas mayores. Estas relaciones se mantienen tanto para los hombres como para las mujeres. Paralelamente, las causas de tipo accidentales y violentas caracterizan más bien a los hombres de edad adulta (15-59 años).

En el cuadro IV.1, se observa además que, en el grupo de bajos ingresos, los años de vida saludable perdidos por causas de tipo transmisible aumentan prácticamente en todas las edades en comparación con el grupo de altos ingresos; mientras que por causas de tipo no transmisible siguen una trayectoria relativamente similar en todos los grupos de ingresos. Este resultado indica una triple desventaja del grupo de población de bajos ingresos que, además de ser pobre, tiene altos niveles de mortalidad y morbilidad, tanto por causas transmisibles como no transmisibles. Así ocurre por ejemplo en Panamá, donde la incidencia de enfermedades transmisibles en las áreas postergadas del país (incluyendo los suburbios) y en las de residencia indígena es más alta que en el resto del país (MIDES, 2004).

Cuadro IV.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: INDICADOR DE CARGA DE ENFERMEDAD, 2002 ^a

	Ingreso alto				Ingreso medio				Ingreso bajo				
	Grupo de causas			Todas las causas	Grupo de causas			Todas las causas	Grupo de causas			Todas las causas	
	G1 ^b	G2 ^c	G3 ^d		G1	G2	G3		G1	G2	G3		
Población total	34,8	120,0	26,6	181,4	39,3	102,8	38,5	180,5	101,3	108,0	25,8	235,1	
Hombres	0-14	79,6	66,0	20,6	166,2	69,4	57,9	24,3	151,6	170,7	65,9	22,4	259,1
	15-59	15,9	127,0	59,3	202,2	28,1	105,4	90,5	224,0	54,3	115,4	55,2	225,0
	60+	21,9	323,9	14,3	360,1	25,1	275,9	18,7	319,7	46,0	312,2	19,5	377,7
	Total	35,8	123,7	44,0	203,5	41,2	102,5	64,0	207,7	99,2	107,5	40,4	247,1
Mujeres	0-14	67,8	66,3	10,8	144,9	59,8	59,3	13,3	132,4	161,6	67,6	11,8	241,0
	15-59	20,5	113,7	10,1	144,3	28,5	103,3	13,7	145,5	71,9	113,2	11,4	196,5
	60+	18,3	282,8	5,1	306,2	19,0	262,1	6,9	288,0	42,5	295,4	6,0	343,9
	Total	33,7	116,3	9,8	159,9	37,4	103,0	13,0	153,4	103,5	108,5	11,2	223,1

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294(SES.31/3)), Santiago de Chile, 2006.

^a En años de vida saludable perdidos (AVISA) por 1.000 habitantes, por edad, sexo, causa y grupo de ingreso.

^b Causas transmisibles.

^c Causas no transmisibles.

^d Causas accidentales y violentas.

Derivado de lo anterior, un elemento a considerar, es que las consecuencias de la incapacidad, como efecto de las enfermedades crónicas en las edades avanzadas, son más severas en los grupos económicamente decaídos de la sociedad debido, principalmente, a la falta de acceso a los servicios de salud (Ham Chande, 2003). Asimismo, el envejecimiento previsto de la población determina que la carga de enfermedades no transmisibles aumentará indefectiblemente en el tiempo, por lo que cabe proyectar una creciente demanda de servicios de salud de mayor costo (CEPAL, 2006). Ello será simultáneo con la necesidad de cubrir el rezago epidemiológico que afecta, independientemente de la edad, a los sectores más desprotegidos de la sociedad.

Recuadro IV.1

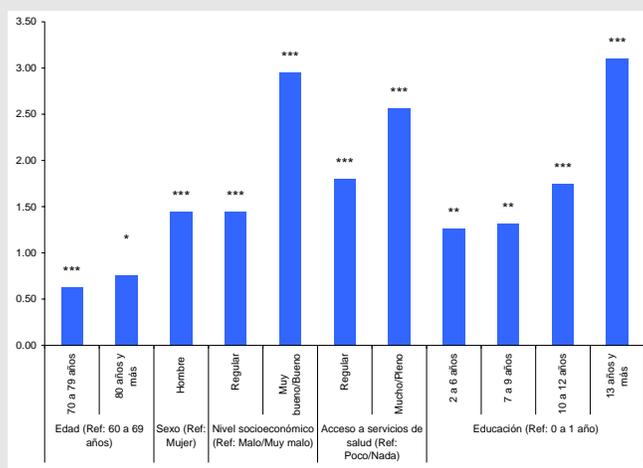
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD EN LA VEJEZ

El estudio de opinión pública Latinobarómetro (2006) permite analizar los determinantes de la salud subjetiva pues incluye la pregunta sobre la condición de salud en los últimos 12 meses. El modelo logístico con la variable dependiente dicotómica salud: i) buena, muy buena (evento positivo), y ii) regular, mala, muy mala (evento negativo) aporta un cuadro de los determinantes de la salud subjetiva (edad, género, nivel socioeconómico declarado, acceso a los servicios de salud, nivel de educación, lugar de residencia).

El modelo aplicado a los mayores de 60 años ayuda a definir de forma más clara los factores de riesgo para la salud de las personas de edad, un tema que es considerado importante y clave. El primer dato que se obtiene es el fuerte efecto del componente socioeconómico, que se mantiene pese a que estén controladas variables importantes como el acceso a los servicios de salud, la edad y la educación. Esta es una primera señal de la existencia de factores discriminitorios en el “acceso” a una buena salud (aun si se trata de autopercepción).

La probabilidad de tener un nivel de salud bueno o muy bueno disminuye con la edad. Sin embargo, una buena relación entre edad y autopercepción en salud, después de los 60 años es de tipo “U”, lo que significa que en comparación con el grupo de 60-69 años hay una disminución de la probabilidad de declarar buena salud para el grupo de 70-79. Esta probabilidad se caracteriza por una ligera recuperación en el último grupo de edad. Los hombres mayores tienen mayor probabilidad de declararse con buena salud en comparación con coetáneas mujeres. Las explicaciones de estas diferencias son múltiples (Spizzichino e Egidi, 2007). Por un lado existe una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no letales entre las mujeres (Molarius y Janson, 2002; Hoeymans y otros, 1999; Idler, Russell y Davis, 2000), por otro, las mujeres se caracterizan por una mayor atención y familiaridad con su condición de salud y entonces una mejor disposición a declarar sus problemas de salud (Idler, 2003). Otra característica que influye sobre el nivel de autopercepción en salud es el nivel de educación; con el aumento del grado de escolaridad crece la probabilidad de declararse con buena salud. El gran salto se observa en el grupo de personas que tienen 13 años o más de educación, los cuales tienen una probabilidad del 200% superior al grupo de personas analfabetas de declarar una autopercepción en salud buena o muy buena (para el grupo de 10 a 12 años de educación la probabilidad es solamente un 75% superior).

Evidentemente el acceso a los servicios de salud representa un factor clave para que las personas mayores puedan gozar de un buen nivel de salud; así, quienes tienen acceso se caracterizan por una probabilidad 195% más elevada de declararse con buena salud en comparación con quienes tienen limitaciones de acceso.

MODELO LOGÍSTICO AUTOPERCEPCIÓN EN SALUD BUENA (EXP β) EN POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de Latinobarómetro.
Nota: *** p<0.01, **p<0.05, *p<0.1. En el modelo se incluyeron también el lugar de residencia y el estado civil (no significativo).

Recuadro IV.1 (conclusión)

El modelo muestra claramente que existen diferencias muy grandes en la salud de las personas mayores según su condición socioeconómica (se han encontrado resultados parecidos en el análisis de la Encuesta nacional de hogares (PNAD-2003) de Brasil) y según la posibilidad de acceso a los servicios de salud, disparidad que se mantiene aun controlando otros factores que se consideran determinantes. Esto permite volver a subrayar la importancia de una de las metas relacionadas con el bienestar y la salud en la vejez: la posibilidad de acceso a los servicios integrales de salud es clave y también lo es adaptar los servicios a las necesidades de las personas y a sus condiciones económicas.

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de información de la encuesta de opinión Latinobarómetro, 2006.

C. CARGA DE ENFERMEDAD: EL IMPACTO DE LA MORTALIDAD Y DISCAPACIDAD EN LA VEJEZ

La carga de enfermedad transmite información conjunta sobre los efectos de la mortalidad y de la discapacidad. La muerte es el evento de más alto costo social en salud pública y la discapacidad representa un costo social e individual enorme que, en la mayoría de los casos, compromete la calidad de la vida de las personas y de sus familias.

1. Mortalidad

Las tasas de mortalidad no solo son medidas de la frecuencia de dicho evento en la población, sino que son además indicadores del riesgo absoluto de morir por una causa determinada. En el cuadro IV.2 se detallan las tasas estimadas de mortalidad en hombres y mujeres de más de 65 años según las principales causas de muerte en cuatro países de la región que se encuentran en fases distintas del proceso de envejecimiento —Uruguay (avanzado), Argentina (moderadamente-avanzado), Colombia (moderado), Ecuador (incipiente)— a mediados de los años noventa (1995) y en el último año de observación disponible.

En los cuatro países seleccionados, las personas mayores mueren principalmente por causas del sistema circulatorio y por neoplasias malignas (en el caso de Colombia las enfermedades isquémicas del corazón y las neoplasias malignas presentan tasas muy semejantes). Como es esperable, las tasas por enfermedades crónico-degenerativas disminuyen en el país menos envejecido (Ecuador) y van aumentando a medida que se avanza en el proceso de envejecimiento poblacional (por ejemplo, Uruguay).

Argentina y Uruguay han podido manejar las enfermedades de tipo crónico-degenerativas de forma tal que no se traduzcan en muerte, mientras que Colombia, con un envejecimiento moderado, no ha enfrentado eficazmente estas enfermedades que llevan a muchas personas mayores a la muerte, a pesar de la existencia de tecnologías y programas de prevención capaces de atenuar su efecto final. Esto puede ser indicativo de cierta dificultad en el desarrollo y en la puesta en práctica de programas de vigilancia de factores de riesgo para la prevención primaria y secundaria, dirigidos a contener la incidencia de las enfermedades no transmisibles. De mantenerse esta tendencia, en el largo plazo puede redundar en complicaciones que, sin el control adecuado, devienen en pérdida de la funcionalidad en la población adulta mayor.

Cuadro IV.2
**ARGENTINA, COLOMBIA, ECUADOR Y URUGUAY: TASAS ESTIMADAS DE MORTALIDAD EN
 HOMBRES Y MUJERES DE 65 AÑOS Y MAYORES, 1995 Y 2005**
(En grupos por causas de muerte) (Por 100 000 habitantes)

Causas de muerte/sexo	Uruguay ^a		Argentina		Colombia		Ecuador	
	1995	2001	1995	2005	1995	2005	1995	2005
Hombres								
Enfermedades transmisibles	323,7	357,5	483,6	695,1	347,0	365,8	660,5	443,1
Sistema circulatorio	2 901,2	2 400,8	3 058,4	2 272,9	2 680,8	2 450,5	1 655,0	1 458,9
Enfermedad isquémica del corazón	953,0	754,7	642,2	544,2	1 133,2	1 248,2	264,8	331,6
Neoplasias malignas	1 796,8	1 818,6	1 278,4	1 333,2	1 011,7	1 097,3	845,3	779,6
Diabetes mellitus	140,0	182,0	200,9	215,3	161,9	245,7	220,9	222,3
Causas externas	233,3	185,3	168,5	162,7	277,4	237,1	255,1	203,9
Mujeres								
Enfermedades transmisibles	267,1	302,9	345,6	571,9	289,1	303,7	544,2	331,9
Sistema circulatorio	2 328,5	2 017,8	2 399,4	1 799,2	2 374,4	2 051,3	1 455,1	1 338,8
Enfermedad isquémica del corazón	582,1	482,2	379,2	313,7	857,8	897,4	181,8	209,0
Neoplasias malignas	907,3	879,5	736,5	764,0	779,0	780,4	805,5	616,9
Diabetes mellitus	142,7	127,8	159,2	163,9	232,2	288,9	307,3	303,9
Causas externas	107,9	93,2	77,2	85,6	110,3	74,8	99,6	78,0

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), procesamientos especiales, 2007.

^a Tasa estimada de mortalidad por enfermedades transmisibles y diabetes mellitus se refiere a 2004.

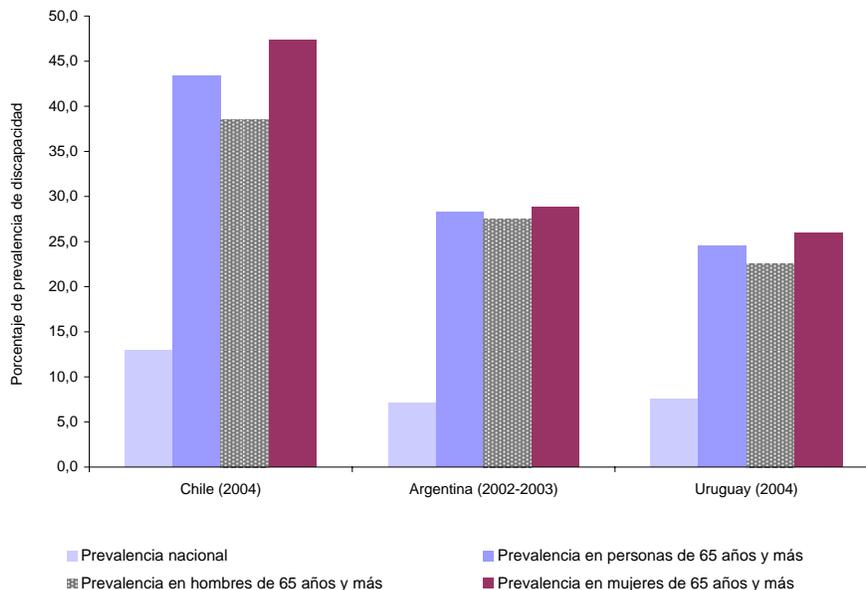
Otro elemento que llama la atención es que, excepto en Uruguay, la diabetes está afectando de forma creciente las condiciones de salud de la población adulta mayor, en particular de las mujeres. El aumento de la incidencia de esta enfermedad conjuga una serie de factores que se desarrollan a lo largo de la vida de un individuo (salud en la infancia, hábitos alimenticios, etc.). La diabetes es una enfermedad que responde efectivamente a programas preventivos y, que de no tratarse a tiempo, tiene consecuencias importantes para la autonomía física en las edades avanzadas.

En relación a la incidencia de enfermedades transmisibles, la principal causa de muerte son las enfermedades respiratorias agudas, por las cuales alrededor de 400 de cada 100.000 personas mayores pierden su vida cada año. Las muertes por este tipo de causas son propias de países con ingreso económico bajo y mediano, y el incremento de su incidencia está asociado, entre otros factores, a brechas de acceso a la atención oportuna en salud (OPS, 2002). En los países en estudio, las tasas de este tipo de enfermedades tienden a mantenerse en los distintos períodos. Sin embargo, llama la atención que en Argentina se verifica un aumento, tanto en hombres como en mujeres, lo cual podría estar asociado a la oportunidad de la vacunación antiinfluenza en el período en estudio.

2. Discapacidad

Según los últimos datos a disposición para tres países de la región a partir de encuestas especiales en Argentina, Chile y Uruguay, la prevalencia de la discapacidad en la población de 65 años y mayor es más elevada en relación a la registrada para el conjunto de la población (véase el gráfico IV.4).

Gráfico IV.4
**ARGENTINA, CHILE Y URUGUAY: PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD NACIONAL,
 EN POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MAYOR SEGÚN SEXO**
(En porcentajes)



Fuente: Encuesta nacional de discapacidad, Chile 2004; Encuesta nacional de discapacidad, Argentina 2002-2003 y Encuesta nacional de discapacidad, Uruguay 2004.

Los datos por tipo de deficiencia para Argentina y Chile, muestran que las personas mayores con discapacidad se caracterizan principalmente por limitaciones de tipo motoras (32,0% y 35,5%, respectivamente), a las que siguen las de órganos de los sentidos. Además, en muchos casos, las personas mayores presentan cuadros de discapacidad que incluyen más de una limitación (36,6% en Argentina y 15,5% en Chile) en forma simultánea.

La prevalencia de discapacidad aumenta a medida que avanza la edad. En el caso de Nicaragua, por ejemplo, la prevalencia de discapacidad a nivel nacional es de 10,3% de la población, y esta cifra aumenta a 29,5% entre los 60 y 64 años y llega a 85,3% en los mayores de 80 años (INEC, 2003). Si se cambia el tipo de medición y se utiliza el criterio de las limitaciones para realizar actividades de la vida diaria y restricción de participación en la población adulta mayor, la prevalencia de la discapacidad aumenta a 70,9% para la población de 65 años y más (66,5% en hombres y 73,4% en mujeres) (INEC, 2007).

La discapacidad también está estrechamente relacionada con situaciones de pobreza. En el caso de Brasil, una investigación nacional demostró que las personas mayores que están en el nivel de ingreso más bajo tienen niveles más altos de discapacidad y acceden a menos medicamentos y ayudas de prótesis y ortesis (Lima-Costa y otros, 2003). De igual manera las desigualdades en el acceso a la instrucción formal en la niñez acentúa los riesgos de dependencia en la edad avanzada. Un estudio longitudinal realizado en España muestra al respecto que la población —independientemente del sexo— sin educación primaria tienen el doble de probabilidades de sufrir de dependencia en la vejez (Otero y otros, 2004).¹

¹ Por dependencia se entiende la situación de falta o pérdida de autonomía personal por múltiples causas (envejecimiento básicamente, pero también enfermedad, accidente, una malformación congénita, etc.) que afecta a los sujetos que necesitan la ayuda de una tercera persona para la realización de los actos esenciales de la vida diaria (Sempere y Cavas, 2007).

En relación a este tema de salud pública, es importante que los países de la región visualicen los probables escenarios de lo que representará el envejecimiento de la población en los próximos años y evalúen el tipo de intervenciones que podrían extender la autonomía funcional durante toda la vida. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad establece lo siguiente en torno a este tema: “Los Estados [...] proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores” (Naciones Unidas, 2007a).

Recuadro IV.2

INSTITUCIONALIZACIÓN, CUIDADOS A LARGO PLAZO Y DERECHOS HUMANOS

Tal como han establecido distintos organismos internacionales y regionales de derechos humanos y organismos especializados de las Naciones Unidas, las personas mayores generalmente se encuentran en una particular condición de vulnerabilidad, ya sea en instituciones, hogares comunitarios, servicios de cuidado a largo plazo, instituciones psiquiátricas, centros de salud, o en centros penitenciarios. En instituciones de cuidado a largo plazo u otros servicios donde viven o se atiende a las personas mayores, es relativamente común la existencia de condiciones deplorables o de hacinamiento; o que se someta a estas personas a un tratamiento que podría perjudicar su salud física o mental o bien conculcar otros derechos humanos básicos y libertades fundamentales con consecuencias muchas veces irreparables (Vásquez, 2004).

En el funcionamiento de una institución de cuidado de largo plazo los derechos de los residentes son fundamentales y todos los miembros del personal deben cumplir un rol activo en respetar, proteger y promover estos derechos. Todos los residentes de las instituciones tienen derechos y libertades garantizados por los pactos internacionales y las leyes nacionales, sin importar que sufran discapacidad física o mental.

Existen escasas evidencias en relación a las instituciones de atención de largo plazo en la región y sobre las garantías que ofrecen a su población residente. Sin embargo, son cada vez más frecuentes las denuncias en los medios de comunicación sobre las condiciones deplorables en que viven las personas mayores en este tipo de instituciones. Una reciente investigación realizada por el BID-OPS sobre exclusión social de personas mayores con discapacidad física y mental que se encuentran institucionalizadas en tres países del cono sur —Argentina, Chile y Uruguay— muestran una situación heterogénea en este tipo de servicios.

La necesidad de cuidado es la primera causa de ingreso al establecimiento (49% en Argentina, 52% en Uruguay y 63% en Chile). Argentina se caracteriza por tener el porcentaje más alto de ingreso como decisión de alguien que no sea la misma persona mayor (12%) y Chile por el porcentaje más alto de persona ingresada por no tener un lugar donde vivir (12%). Las personas mayores institucionalizadas en Uruguay se caracterizan por un perfil más bajo de capacidades funcionales y mentales (45%), mientras que en Argentina, el 65% de la población residente no tiene deterioro cognitivo ni fisiológico.

Los aspectos analizados en este estudio que están relacionados con la integración social de la población residente son: privacidad, visitas, salidas, y maltrato. En Argentina se observa la más alta proporción de personas mayores que comparten la habitación (casi 90%), seguida por Uruguay (casi 80%), mientras que en Chile disminuye a 55%. La mayoría de los que comparten lo hacen con una persona. Entre el 80% y el 90% de las personas residentes en establecimientos de cuidado reciben visitas y la mayoría de familiares. El tema salidas —que suele ser otro aspecto crítico en este tipo de instituciones— indica que poco menos del 70% accede a este tipo de actividad, y entre los que no salen las causas principales son las malas condiciones de salud. Las personas mayores entrevistadas que declararon haber sido maltratadas o haber presenciado un maltrato a otro residente ascienden a un 2,4% en Uruguay, alrededor del 8% en Argentina y del 14% en Chile. Cifras preocupantes, toda vez que el estudio incluyó una pregunta directa para abordar el tema.

Recuadro IV.2 (conclusión)

De los resultados de esta investigación surgen las siguientes sugerencias y necesidades:

- Formular y aplicar normas legales para la apertura y el funcionamiento de centros residenciales y la vigilancia de las condiciones de vida, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas mayores.
- Fortalecer mecanismos para el cumplimiento de normas que reglamenten el funcionamiento de los establecimientos, para proteger los derechos y libertades de las personas mayores institucionalizadas.
- Educar a los proveedores y a los usuarios de estos servicios acerca de la calidad de los cuidados y los derechos humanos, libertades y condiciones de vida óptima para su bienestar y establecer mecanismos eficaces de queja.
- Con especial atención a la salud mental, crear servicios y establecimientos que ofrezcan seguridad y tratamiento y que promuevan la dignidad personal para atender las necesidades de las personas mayores que sufren trastornos mentales. De igual forma, prestar servicios de salud mental a las personas mayores que residen en establecimientos de atención a largo plazo.

Existen pocos países donde se ha legislado para regular las instituciones (Puerto Rico, Perú, República Bolivariana de Venezuela, Costa Rica y Uruguay), y en la práctica, los organismos gubernamentales a cargo de supervisar este tipo de servicios suelen declarar problemas al momento de examinar el cumplimiento de normas de calidad de atención en las instituciones privadas, reservándose en algunos casos solo el control de instituciones que reciben financiamiento estatal. Se requiere por tanto, la creación de mecanismos efectivos para que el Estado cumpla con sus obligaciones de garantizar derechos tales como el derecho a la salud, a la libertad e integridad personal, a la protección judicial y al consentimiento informado, entre otros.

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, sobre la base de Javier Vásquez, “Discriminación y violencia en la vejez: mecanismos legales e instrumentos internacionales para la protección de los derechos en la edad avanzada”, documento preparado para la Reunión de Expertos sobre Envejecimiento – II Foro Centroamericano y del Caribe sobre Políticas para Adultos Mayores, noviembre de 2004; y L. Tellechea, “Derechos humanos en los cuidados a largo plazo”, presentación realizada en la Reunión/Taller Internacional, La Habana, 10 al 12 de mayo de 2007.

D. GASTO EN SALUD, ENVEJECIMIENTO Y EL EFECTO DE FACTORES NO DEMOGRÁFICOS

Todas las problemáticas de salud en la vejez, y de la población en su totalidad, están vinculadas a la cobertura y calidad de la atención en salud que ofrece cada país. En la región, el sector sanitario presenta una variada gama de instituciones y mecanismos para financiar, asegurar, regular y prestar servicios (CEPAL, 2006), sin embargo, un problema común son las inequidades del acceso a los servicios sanitarios, con consecuencias concretas en la salud de la población. El envejecimiento de la población plantea un reto adicional en este sentido, debido a que ejercerá presión sobre los recursos sanitarios disponibles, en un contexto donde los países todavía tienen que resolver muchos problemas de salud básicos que afectan a otros sectores de la población.

En los últimos 25 años, el gasto sanitario ha crecido sustancialmente. Sin embargo, en los países más pobres, el crecimiento del gasto en salud ha sido lento, persistiendo grandes desigualdades en el gasto sanitario mundial (OMS, 2003). Un ejercicio de comparación del promedio de los gastos en salud de los países en distintas fases de envejecimiento en términos del producto interno bruto (véase el cuadro IV.3) muestra que, a pesar de estar encima del promedio mundial, no ha habido mayores variaciones en el gasto en salud entre los dos años de observación (2002 y 2004) y que tampoco existen mayores diferencias del gasto en salud según fase de envejecimiento.

Un ejercicio realizado en Chile por la Superintendencia de Salud (2006) demostró al respecto, que el gasto estimado en salud de las personas mayores en el año base (2002) era del 1% del PIB y al 2020 representaría un 2,1% considerando una tasa de crecimiento de la población adulta mayor de 4% promedio anual. Este aumento obedece en menor medida al factor demográfico y en gran medida a factores no demográficos como los cambios en el comportamiento de las personas con relación a la salud, la ineficiencia de la prestación de los servicios sanitarios, la introducción de nuevas tecnologías médicas y el aumento de los precios de medicamentos y pólizas de seguro de salud.

Cuadro IV.3
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DISTRIBUCIÓN Y NIVEL DE GASTO EN SALUD, 2002 Y 2004
(Según las distintas fases de envejecimiento demográfico)

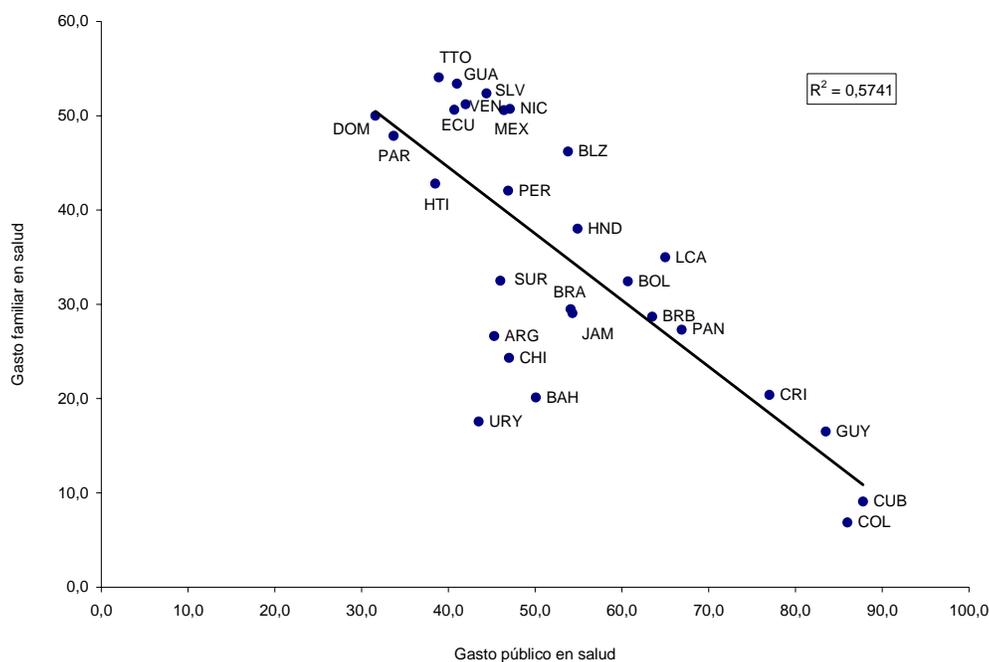
Nivel de envejecimiento	País	Gasto total en porcentaje del PIB		Distribución del gasto total en salud (en porcentaje del gasto total en salud)				Gasto familiar en porcentaje del gasto privado	
				Gasto público (en porcentaje)		Gasto privado (en porcentajes)			
		2002	2004	2002	2004	2002	2004	2002	2004
Envejecimiento incipiente	Belice	4,6	5,1	47,4	53,8	52,6	46,2	100	100
	Bolivia	6,5	6,8	62,8	60,7	37,2	39,3	78,9	82,5
	Guatemala	5,2	5,7	36,9	41	63,1	59	90,5	90,5
	Haití	7,5	7,6	39,4	38,5	60,6	61,5	69,6	69,6
	Honduras	6,8	7,2	55,3	54,9	44,7	45,1	85,5	84,3
	Nicaragua	7,9	8,2	49,2	47,1	50,8	52,9	95,1	95,9
	Paraguay	8,3	7,7	33,3	33,7	66,7	66,3	80,2	72,2
Envejecimiento moderado	Bahamas	6,5	6,8	48,6	50,1	51,4	49,9	40,3	40,3
	Brasil	8,3	8,8	49	54,1	51	45,9	64,2	64,2
	Colombia	7,6	7,8	82,2	86	17,8	14	55,9	49
	Costa Rica	7,3	6,6	78,1	77	21,9	23	89	88,7
	Ecuador	5,1	5,5	37,7	40,7	62,3	59,3	85,7	85,4
	El Salvador	8	7,9	44,7	44,4	55,3	55,6	93,7	94,2
	Guyana	5,6	5,3	83,1	83,5	16,9	16,5	100	100
	Jamaica	5,6	5,2	57,4	54,3	42,6	45,7	61,8	63,6
	México	6,2	6,5	43,9	46,4	56,1	53,6	94,8	94,4
	Panamá	8	7,7	69	66,9	31	33,1	81,6	82,5
	Perú	4,6	4,1	51,3	46,9	48,7	53,1	78,8	79,2
	República Dominicana	6,3	6	32,3	31,6	67,7	68,4	70,6	73,1
	Santa Lucía	5	5	69,1	65	30,9	35	100	100
Suriname	8,1	7,8	46,3	46	53,7	54	45,4	60,2	
Venezuela (Rep. Bol. de)	5	4,7	46,1	42	53,9	58	87,3	88,3	
Envejecimiento moderadamente avanzado	Argentina	8,6	9,6	52,1	45,3	47,9	54,7	60,3	48,7
	Chile	6,2	6,1	48,1	47	51,9	53	47,3	45,9
	Trinidad y Tabago	3,8	3,5	37,6	38,9	62,4	61,1	86,7	88,5
Envejecimiento avanzado	Barbados	7,3	7,1	68,4	63,5	31,6	36,5	77,2	78,6
	Cuba	6,2	6,3	86,5	87,8	13,5	12,2	75,2	74,5
	Uruguay	10,3	8,2	31,3	43,5	68,7	56,5	25	31,1
Promedio de América Latina y el Caribe		6,7	6,6	53,1	53,2	46,9	46,8	75,7	75,9

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de información de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *World Health Statistics*, 2007.

En las variaciones de la distribución del gasto en salud, según sean de origen público o privado, tampoco se detecta tipo alguno de regularidad según la fase de envejecimiento de los países (véase el cuadro IV.3), sino que más bien está ligado estrictamente a los niveles de protección sanitaria de cada país. A mayor protección, menor gasto privado y de “bolsillo”. A futuro, lo más probable es que el gasto sanitario como proporción del PIB siga aumentando y lo más complejo en este sentido sería que este incremento fuera asumido directamente por las familias a través del gasto de bolsillo para financiar su acceso a los servicios de salud.

En 16 de los 28 países analizados se observa un aumento del gasto privado en salud y entre ellos el gasto promedio de bolsillo es aproximadamente 75%. Como se aprecia en el gráfico IV.5, a menor gasto público en salud, mayor es el gasto de bolsillo. Es decir que no solo el gasto público es limitado, sino que además el porcentaje más alto de gasto privado recae en las familias, lo cual se traduce en una mayor desprotección frente a los riesgos de enfermedad.

Gráfico IV.5
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO Y DEL GASTO FAMILIAR, 2004
(En porcentaje del gasto en salud)



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), *World Health Statistics*, 2007.

En este contexto, es ineludible observar la situación de los países que todavía se encuentran en una fase de envejecimiento incipiente o moderado. Por ejemplo, Ecuador, Haití, Nicaragua y Paraguay se caracterizan por tener un gasto público en salud inferior al 50%; un gasto de bolsillo elevado y una muy baja proporción de personas mayores. Si se toma en cuenta que la velocidad del proceso de envejecimiento en estos países será muy rápida y que además deben enfrentar el rezago epidemiológico en contextos de pobreza extendida, ciertamente a futuro la desprotección en salud tendería a aumentar, a menos que existan medidas para fortalecer el sistema público.

E. COBERTURA DE SEGUROS DE SALUD EN LA VEJEZ Y DESIGUALDADES DE ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

La solidaridad en materia de salud se manifiesta cuando el acceso a servicios de salud es independiente de los aportes al sistema y de la capacidad de pago de bolsillo de las personas (CEPAL, 2006). Por el contrario, la necesidad de incurrir en gastos de bolsillo para acceder a servicios de salud o al consumo de medicamentos es una fuente importante de inequidad (Titelman, 2000). En la vejez, ello se expresa en los niveles de cobertura de los seguros de salud, así como en el acceso a la atención en salud.

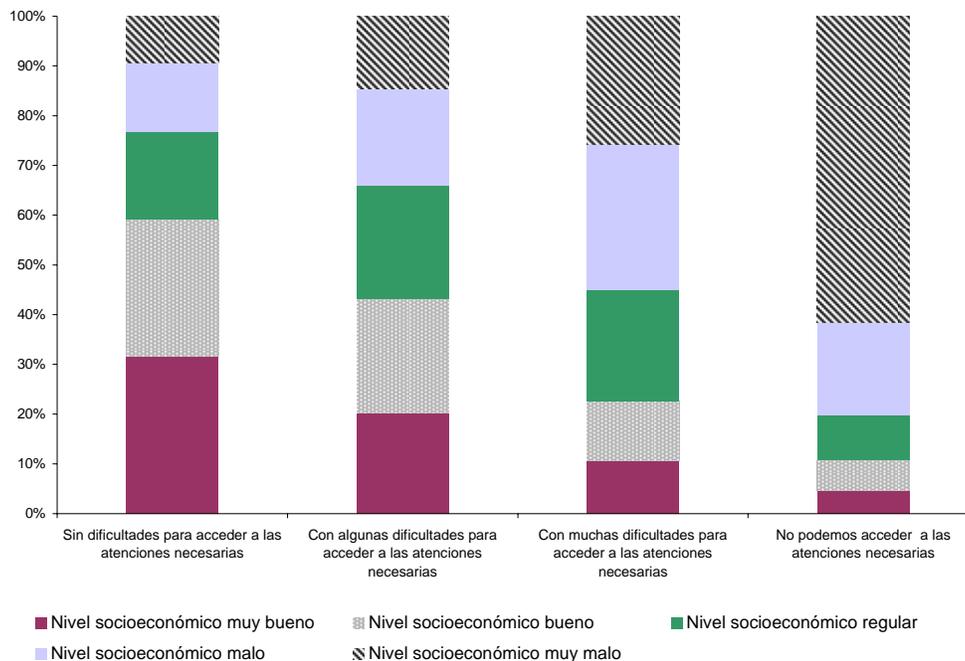
Un estudio realizado en países del Cono Sur reunió algunos antecedentes de cobertura de salud de las personas mayores y, en general, se aprecia que la edad no siempre es un factor de exclusión, sino más bien el nivel de ingresos de las personas mayores, aunque esto depende también del tipo de sistema de salud que existe en los países.

En Argentina, el 76,5% de las personas mayores está cubierto por una obra social o plan de salud privado o mutual. Las tasas de cobertura aumentan con la edad (88,1% para los mayores de 80 años y 63,1% para los que tienen entre 60 y 64 años). En Brasil, el 70% de las personas mayores está cubierto por el sistema público. En Paraguay, se calcula que más del 83% de las personas mayores no tiene ningún tipo de seguro médico y, en caso de enfermar, ha de enfrentar el costo de la atención que necesita o queda sin recibirla (OISS, 2007).

Las cifras de cobertura de Argentina y Brasil no son transferibles al resto de los países de la región, aun cuando los niveles de cobertura formal no implican de manera taxativa que las personas mayores que están aseguradas hagan un uso continuado y eficaz de los servicios existentes. Según las últimas encuestas de hogares disponibles para Bolivia, Chile y El Salvador, 7 de cada 100 personas mayores con problemas de salud no han acudido a un servicio de salud por dificultad de acceso. Las proporciones de personas mayores que no se atendieron por razones económicas varían de 11% en Chile, 17% en El Salvador a 48% en Bolivia, lo cual afecta claramente las características de morbilidad y discapacidad en la vejez. Resultados parecidos se obtuvieron en Perú con el estudio INTRA III. En Ecuador, según la encuesta ENDEMAIN 2004, este porcentaje llega a 68% entre las personas de 60-74 años y 82% en las personas mayores de 75 años.

Una mirada regional corrobora estos resultados. De acuerdo con los últimos datos del Latinobarómetro (véase el gráfico IV.6) las dificultades para acceder a la atención en salud aumentan a medida que disminuye el nivel socioeconómico de las personas mayores, y quienes tienen un nivel socioeconómico muy malo, en definitiva, no acceden a la atención en salud.

Gráfico IV.6
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS
 MAYORES, SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO, 2006**
 (En porcentajes)

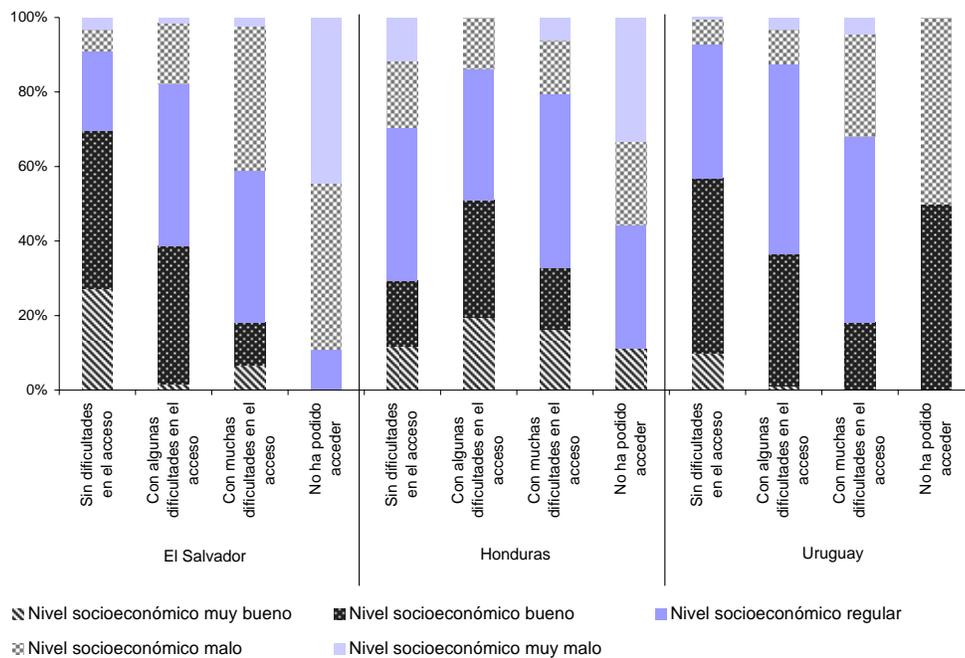


Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de la encuesta Latinobarómetro, 2006.

Esta situación es más frecuente en unos países que en otros, pero hay cierta regularidad preocupante. Según el nivel de desarrollo del país, y el funcionamiento de los sistemas de protección en salud, las personas mayores pobres pueden verse enfrentadas a dos tipos de situaciones: i) existencia de privación generalizada, donde la mayor parte de la población se ve sometida a dificultades para acceder a atención en salud, y solo los grupos más privilegiados pueden solucionar sus problemas y ii) persistencia de inequidades de acceso, donde los grupos de ingresos medios y altos son los que se benefician, y a medida que disminuye en nivel socioeconómico aumentan las dificultades de acceso, lo cual en casos extremos se traduce en una situación de exclusión casi permanente (OMS, en Escobar, 2006).

Como se observa en el gráfico IV.7, en Uruguay la población adulta mayor de mayor nivel socioeconómico declara no tener problemas de acceso a la atención en salud; pero tampoco existen brechas profundas con las personas más pobres, quienes a pesar de tener dificultades, igualmente declaran acceder al sistema en caso de necesidad. Se trata de una situación menos inequitativa, que no se repite en los otros dos países seleccionados.

Gráfico IV.7
**PAÍSES SELECCIONADOS: ACCESO A LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES
 SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO, 2006**
 (En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de la encuesta Latinobarómetro, 2006.

En El Salvador hay importantes brechas entre las personas mayores con mejor nivel socioeconómico y las más pobres, muchas de las cuales categóricamente no logran acceder a atención en salud. En cambio, en Honduras, todos los grupos declaran tener dificultades de acceso a la atención en salud, y en el segmento más bajo del nivel socioeconómico la tendencia sigue una trayectoria relativamente similar, aunque el acceso sin dificultad aumenta un poco (ello probablemente se deba al desarrollo de iniciativas focalizadas dirigidas a combatir la exclusión). En ambos países se debería trabajar por ampliar los niveles de protección sanitaria a toda la población, las estrategias recomendadas por la OMS (2003) al respecto tienen relación con combinar distintas modalidades de focalización (directa, basadas en las características y focalizadas en sí mismas).

Recuadro IV.3 SISTEMAS INTEGRADOS DE ORIGEN: LA SALUD EN EL CARIBE

Por razones históricas, como la herencia colonial en los países de habla inglesa o factores de escala, en la subregión del Caribe predomina un sector público verticalmente integrado, mientras que el sector privado asegura o presta servicios a una fracción relativamente pequeña de la población (el caso cubano puede considerarse una variante de este tipo en la que la prestación es exclusivamente pública).

Recuadro IV.3 (conclusión)

En todos los países del Caribe, a excepción de República Dominicana, el sector público, en términos generales, es el principal encargado de la prestación de servicios, la regulación y el financiamiento del sector de la salud, sin una separación explícita de las funciones de compra, aseguramiento y prestación de servicios. El financiamiento del sistema público es fundamentalmente no contributivo y se basa en la asignación presupuestaria y, en algunos casos, en impuestos específicos. Por su parte, el sector privado sirve generalmente de apoyo para la prestación de servicios de salud y la captación de fondos. En algunos países, este sector es aún incipiente, mientras que en otros ha registrado un marcado crecimiento (Cercone, 2005).

La creciente importancia de los seguros y proveedores privados, el alto (y cada vez mayor) nivel de gasto de bolsillo en salud y los efectos del aumento de los costos del sistema público determinan que la subregión (con la excepción de Cuba) esté tendiendo a un modelo en el que los más ricos se atienden en el extranjero, la población de ingreso medio recurre a seguros o a servicios privados y los más pobres solo cuentan con el sistema público (CCHD, 2006). Revertir esta tendencia y poner en práctica los mecanismos adecuados para contener los costos crecientes de los sistemas constituyen los mayores desafíos para los países del Caribe en términos de equidad y acceso a servicios de salud.

Dado que en los países del Caribe se prevé un importante incremento de los costos en el futuro, fundamentalmente como consecuencia de la creciente importancia de las enfermedades cardiovasculares, la obesidad y el VIH/SIDA (OPS, 2005b), se han formulado varias propuestas de reforma tendientes a integrar el sistema mediante el establecimiento de seguros nacionales de salud, con el fin de encontrar fuentes alternativas de financiamiento y lograr una administración más eficiente. Bahamas, Belice, Jamaica, Trinidad y Tabago, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas, entre otros países, se encuentran en las etapas preliminares de debate o introducción de distintas modalidades de seguros nacionales de salud (CCHD, 2006).

Los países de la subregión están en una posición ventajosa para una reforma de este tipo, ya que por sus particularidades históricas cuentan con sistemas públicos relativamente fuertes y no enfrentan problemas de segmentación financiera entre éstos y la seguridad social. Estos seguros podrían financiarse mediante rentas generales o con la instauración de cotizaciones específicas de empleados, empleadores, o ambos, pero evitando que ello derive en la creación de un seguro social independiente del sector público, con la consiguiente segmentación del sistema.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

F. GARANTÍAS EXPLÍCITAS Y ALTERNATIVAS PARA DISMINUIR LAS BRECHAS DE EQUIDAD SANITARIA EN LA VEJEZ

Para mejorar el estado de salud de la población adulta mayor es necesario que se siga invirtiendo en la cura de algunas enfermedades transmisibles (específicamente las respiratorias), que se desarrollen planes de prevención y cura de enfermedades no transmisibles y que se tome en consideración el impacto de estas últimas sobre los niveles de funcionalidad de la población de edad avanzada.

Para lograrlo, los países deberían avanzar de forma efectiva en el desarrollo de mecanismos para mejorar la cobertura de las enfermedades transmisibles y, contemporáneamente, de las patologías más caras (en tratamiento, recuperación, morbilidad, prevalencia de mortalidad y secuelas de discapacidad) y complejas, como las enfermedades crónico-degenerativas. Todo ello, dentro del objetivo general de progresar hacia la eliminación de la inequidad y resolver los problemas de exclusión social que afectan a vastos sectores de la población.

Los instrumentos internacionales de derechos humanos se refieren al acceso universal a la asistencia sanitaria. Al respecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece la aplicación progresiva del derecho a la salud, que conlleva diversas obligaciones para los Estados, entre las cuales se incluyen una asistencia sanitaria disponible, accesible, aceptable y de calidad, así como el deber de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del derecho (Naciones Unidas, 2000).

Como una forma de ir avanzando en este sentido, algunos países de la región han definido paquetes de garantías explícitas, es decir, mecanismos de priorización sanitaria, que buscan jerarquizar la inversión de recursos (Drago, 2007). Estos paquetes se ofrecen a toda la población de manera independiente de la condición económica del individuo y del riesgo relativo. A pesar de que las garantías explícitas no siempre incluyen paquetes específicos para las personas mayores, se trata de un mecanismo interesante (que en todo caso funciona si y solo si la población está muy bien informada y si los procedimientos son sencillos y accesibles para todos) que podría incluir enfermedades en las cuales la población adulta mayor suele tener un riesgo mucho más alto que el resto de la población (como enfermedades cardiovasculares, musculoesqueléticas, neoplasias malignas etc.).

Como se aprecia en el cuadro IV.4, las garantías explícitas existentes en algunos países de la región no incluyen plenamente las enfermedades típicas de la vejez o de aquellas que se definen como “catastróficas” y que afectan principalmente a la población de 60 años y más. De esto se deriva que, en la determinación del subconjunto de prestaciones que deben cubrirse y garantizarse, no siempre las necesidades de las personas mayores han sido plenamente incorporadas. En algunos casos es producto de que se priorizan las patologías en función de la prevalencia, la mortalidad y la morbilidad. En otros, en cambio, ocurre porque las garantías están dirigidas a incorporar segmentos excluidos de la atención en salud y a reducir los rezagos epidemiológicos (Sojo, 2006).

Cuadro IV.4

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PAQUETES DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS UNIVERSALES Y ENFERMEDADES INCLUIDAS CON MAYOR INCIDENCIA ENTRE ADULTOS MAYORES

País	Paquete básico de prestaciones	Cobertura de enfermedades catastróficas	Cobertura de enfermedades con mayor incidencia entre la población adulta mayor
Chile	Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)	Sí	Salud visual, cardiovascular, cáncer, osteoarticular, salud mental, respiratoria, tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata, salud oral, politraumatizado, neurología, audición
Brasil	Plan de atención básica (PAB)	Sí	Enfermedad de Parkinson, osteoporosis, enfermedad de Alzheimer, protocolos especiales para enfermedades oncológicas, cardíacas y causas externas (como caídas)
Colombia	Plan obligatorio de salud (POS) Plan obligatorio de salud subsidiado (POSS)	Sí	Hospitalización para observación, intervenciones quirúrgicas de baja complejidad, tratamientos de rehabilitación física, por cáncer, por prótesis y de mano, prótesis y ortesis autorizadas por Ley, extracción de próstata, útero, cálculos, cataratas (después de un año de cotización o a las 100 semanas) trasplante de renal, médula, corazón y córnea, diálisis y hemodiálisis, reemplazos articulares como cadera, neurocirugía, tratamiento para el cáncer con quimioterapia y radioterapia, tratamiento para trauma mayor, cirugía cardiovascular
México	Seguro popular de salud	Parcial	Detección de la diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama, hipertrofia de próstata, diagnóstico y tratamiento farmacológico de diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, enfermedad articular degenerativa, fracturas cerradas de huesos largos. Estabilización de pacientes (hipertensión, diabetes, angor pectoris)
Perú	Seguro integrado de salud	Parcial	Detección problemas de salud mental, detección precoz de neoplasias, diagnóstico y tratamiento esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades. Diagnóstico y tratamiento de las emergencias médicoquirúrgica (máx. 30 días), condiciones médicas agudas de aparato digestivo (no oncológica). Rehabilitación fracturas

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de información proporcionada por el Ministerio de Salud de Chile; la Secretaría de Salud de Brasil; el Ministerio de Protección Social de Colombia; la Secretaría de Salud de México; y el Ministerio de Salud de Perú.

En este escenario, y siguiendo la recomendación de CEPAL (2006) los paquetes básicos de garantías exigibles deben entenderse como una forma de avanzar hacia sistemas integrados de salud que sean capaces de dar cobertura oportuna, y de calidad, en forma independiente de los riesgos e ingresos de las personas. A medida que los países se desarrollen —y por cierto su población envejezca— los paquetes priorizados deben ampliarse progresivamente en función de las necesidades sanitarias de la población.

Como práctica alternativa, algunos países que tienen dificultades de acceso a la atención en salud, o presentan un perfil epidemiológico complejo, o ambas cosas, han definido paquetes especiales para las personas mayores que apuntan, en la mayoría de los casos, a la prevención. En Bolivia, por ejemplo, el seguro médico gratuito de vejez, garantiza el acceso de las personas de 60 años y más a servicios públicos de salud y de seguridad social, tales como las prestaciones en especie del seguro de enfermedad, medicina preventiva y accidentes no profesionales. En Colombia, el Plan obligatorio de salud subsidiado (POSS) para personas mayores permite que, a partir de los 45 años, y cada 5 años, las personas se realicen un examen médico completo y exámenes de laboratorio para detectar a tiempo enfermedades prevenibles. Pese a que estos paquetes específicos no representan una solución para las enfermedades más importantes, son sin duda experiencias posibles de reproducir y ampliar en los países donde el derecho a la salud universal está aún lejos de lograrse.

G. AVANCES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA REGIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PRESTACIONES SANITARIAS, FORMACIÓN PROFESIONAL Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Las reformas sanitarias emprendidas en la región en las últimas décadas no siempre se han traducido en el desarrollo de sistemas de salud que promuevan mejoras sanitarias colectivas y equitativas. El objetivo de acceso universal a atención sanitaria de calidad tropieza con numerosos obstáculos, en particular la falta de recursos financieros, de personal calificado y las desigualdades de acceso y calidad. De ahí que la OMS (2003) afirme que reforzar los sistemas sanitarios y establecer prioridades de desarrollo de los sistemas de salud es fundamental para disminuir las brechas en salud.

En la región, la mayoría de los países han creado programas de salud para personas mayores dentro de los ministerios o secretarías respectivas; se trata de modalidades institucionales que empiezan a perfilarse como fundamentales para incluir los asuntos relacionados con el envejecimiento de la población en la agenda de salud pública. En algunos casos, estas instancias tienen una función rectora en materia de envejecimiento en el país, y junto con las actividades de promoción y prevención (en particular, campañas de fomento del cuidado personal y programas de vacunación) desarrollan servicios de atención sociosanitaria. Sin embargo, existen notables diferencias regionales entre las atribuciones, la capacidad de gestión y los recursos de estas instancias gubernamentales. Asimismo, hay importantes diferencias entre subregiones, destacándose el Caribe de habla inglesa por sus particularidades. En algunos casos hay instituciones claramente consolidadas, mientras que en otros están en proceso de formación.

Esta sección está dirigida a analizar las acciones que los países de la región han ido realizando en el área de salud en la vejez, tomando en consideración las recomendaciones de la Estrategia regional sobre el envejecimiento. La información vertida en este apartado surge de las respuestas entregadas por los países en la encuesta sobre programas dirigidos a las personas mayores en América Latina y el Caribe, realizada por el CELADE - División de Población de la CEPAL entre junio y agosto de 2007. Cabe destacar el aporte efectuado por la Organización Panamericana de la Salud que, a través de sus oficinas nacionales, colaboró en la recopilación de datos entre sus contrapartes nacionales de los ministerios de salud. La información reunida se organiza en tres ámbitos: a) prestaciones sanitarias, b) formación de personal y c) cuidados de largo plazo (véase el cuadro IV.5).

Cuadro IV.5
PRINCIPALES AMBITOS DE INTERVENCIÓN DE LOS PROGRAMAS SALUD DIRIGIDOS A LAS PERSONAS MAYORES EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

	Prestaciones sanitarias			Formación de personal		Cuidados de largo plazo		Estrategias de promoción y prevención de la salud
	Inclusión del envejecimiento en la atención primaria en salud	Servicios farmacéuticos	Atención especializada (ambulatoria, hospitalaria, domiciliaria, de urgencia)	Especialización en geriatría o gerontología a nivel de universidades	Formación en geriatría y gerontología para equipos de salud	Fomentar alternativas comunitarias de cuidados	Medidas que regulan la apertura o funcionamiento de instituciones de larga estadía	
Antillas Neerlandesas			X		X		X	X
Argentina		X	X		X			
Aruba			X				X	X
Belice		X	X		X			X
Bolivia								X
Brasil	X	X						X
Chile	X	X	X	X	X	X	X	X
Costa Rica			X	X		X	X	
Cuba	X		X	X	X	X	X	X
El Salvador					X			X
Guatemala							X	
Honduras	X				X		X	
México		X		X				X
Nicaragua			X					X
Panamá	X		X			X		X
Paraguay		X				X		X
Perú			X		X			
Puerto Rico		X	X		X	X	X	X
República Dominicana		X		X				X
Uruguay	X				X	X	X	X
Venezuela (Rep. Bol. de)		X	X	X			X	

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, sobre la base de las respuestas de los países a la encuesta sobre programas dirigidos a las personas mayores en América Latina y el Caribe.

1. Prestaciones sanitarias

Los países están haciendo esfuerzos por mejorar las prestaciones sanitarias dirigidas a la población adulta mayor. Entre las estrategias implementadas se encuentran el reforzamiento de la atención primaria en salud (APS) y la inclusión de prestaciones específicas para la atención de la población de edad avanzada; la asistencia especializada en el régimen ambulatorio, hospitalario y domiciliario; y los servicios farmacéuticos.

a) Atención primaria en salud

La atención primaria en salud se convirtió en la política central de la OMS en 1978 con la adopción de la Declaración de Alma Alta. Los principios fundamentales de la atención primaria en salud se cifran en el acceso universal a la atención y cobertura en función de las necesidades, adhesión a la equidad sanitaria, participación de la comunidad en la definición y aplicación de las agendas de salud y enfoque intersectorial de salud. La atención primaria en salud suele ser el primer punto de contacto de las personas mayores con los servicios de salud. Representa el ámbito donde se resuelven los problemas de salud a corto plazo y se maneja la mayoría de los problemas crónicos (OPS, 2007).

El estudio “Desarrollando respuestas integradas de los sistemas de cuidados de salud para una población en rápido envejecimiento” (INTRA), mostró que resta bastante por avanzar para que la atención primaria en salud responda a sus principios orientadores y a las necesidades de las personas mayores. Entre las dificultades detectadas están las deficiencias en las recomendaciones médicas, la alta rotación de los médicos, los largos períodos de espera y las infraestructuras inadecuadas. Como asuntos de orden más estructural se observó, la fragmentación de la APS, la falta de programas específicos para las personas mayores y la mala calidad del trato por parte de los operadores (OPS, 2007).

Los problemas detectados son frecuentes entre los países de la región, y solo algunos informan acciones de fortalecimiento de la APS y envejecimiento. En Brasil, el Programa de salud de la familia incluye en la atención primaria prestaciones específicas para las personas mayores. En Cuba, el Programa médico y la enfermera de la familia realiza un examen periódico de salud a partir de lo cual se deriva a una estructura especializada a nivel primario denominado Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica, que evalúa, atiende y deriva a instituciones del segundo nivel cuando corresponde. En Honduras se incluyen prestaciones específicas de atención primaria en el paquete básico de salud para comunidades postergadas, y en Uruguay se aplica un protocolo de atención y diagnóstico para las personas mayores en el primer nivel de atención.

b) Atención especializada

La atención especializada en las personas mayores es una práctica aún incipiente en los países de la región y se desarrolla en distintos ámbitos de atención de salud pública: atención domiciliaria, ambulatoria y hospitalaria.

La atención domiciliaria es un servicio sociosanitario dirigido especialmente a las personas mayores con algún nivel de dependencia y comprende una serie de actuaciones en el domicilio de la persona mayor, que le permite permanecer en su casa y entorno habitual. Una de las principales ventajas de estos servicios es que disminuye la institucionalización, los costos de hospitalización y además suele retrasar el deterioro funcional en la vejez.

Este tipo de prestación se efectúa en las Antillas Neerlandesas, Belice, Aruba, Argentina, Chile, Cuba, Perú y Puerto Rico. Sin embargo, pareciera que los países del Caribe de habla inglesa cuentan con una experiencia más extendida en términos de prestación de servicios sociosanitarios para la población de edad avanzada. Una de estas experiencias se desarrolla en la ciudad de Belice donde, coordinado por la sociedad civil, se desarrolla un programa integral de atención a las personas mayores, que, además de proveer cuidados de salud, ofrece —a domicilio— alimentación y visita de profesionales. También en Aruba se presentan avances; en el año 2007, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Asuntos Sociales adoptaron un plan estratégico sobre cuidados continuos, destinado a integrar los diferentes niveles de salud y ayuda social. Actualmente se desarrollan dos proyectos piloto dirigidos detectar pacientes con riesgo de accidentes cardiovasculares y pacientes psiquiátricos con problemas de adicción a las drogas. En América del Sur, Perú y Chile están incursionando en estos servicios, y la experiencia de más larga data y cobertura es el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios del Ministerio de Desarrollo Social de Argentina, cuya fortaleza se ubica en que combina las necesidades de la población adulta mayor, el desarrollo local y la promoción del empleo.

Otro tipo de atención especializada se desarrolla en el ámbito ambulatorio y hospitalario: en Costa Rica se implementa el Programa de servicio de atención ambulatoria (hospital del día y servicio de mediana estancia) y, al igual que en Cuba, existen programas de atención geriátrica hospitalaria; en Nicaragua, el Programa de atención al cáncer cérvico uterino y mamas amplió recientemente su cobertura a personas mayores pensionadas por viudez y vejez; y en la República Bolivariana de Venezuela, el Instituto Nacional de Servicios Sociales aplica un programa de atención odontológica, de atención multidisciplinaria y de rehabilitación para personas mayores. En Chile, se ha implementado un sistema de atención de emergencia para enfermedades respiratorias agudas en los consultorios y, en Perú, el Centro del Adulto Mayor desarrolla programas de atención geriátrica para los asegurados.

c) Servicios farmacéuticos

La Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que, entre las obligaciones básicas de los Estados en relación al derecho a la salud, se encuentra facilitar los medicamentos esenciales. Asimismo, diversos organismos internacionales han expresado preocupación por las dificultades de acceso y disponibilidad de medicamentos para la población más empobrecida.

Solo algunos países cuentan con medidas específicas para facilitar el acceso a medicamentos en la vejez; una experiencia destacada que beneficia a las personas mayores y a otros grupos de población se desarrolla en Argentina, donde en 2002 se estableció la política nacional de medicamentos, con la cual se promovió la prescripción de medicamentos por su orden genérico. Ello dio lugar a la implementación de “Remediar”, que es un programa consistente en la provisión gratuita de medicamentos ambulatorios a través de los Centros de Atención Primaria de Salud del país y a que el Ministerio de Salud monitoree los precios de medicamentos frente a posibles alzas injustificadas (Escobar, 2007).

Otro tipo de iniciativa que favorece el acceso a medicamentos es la subvención de productos farmacéuticos en Belice y en República Dominicana, mientras que en Venezuela hay suministro gratuito de ciertos medicamentos, al igual que ocurre en Paraguay. Allí, el Instituto de Bienestar Social del Ministerio de Salud otorga medicamentos gratuitos a personas mayores de 70 años en estado de vulnerabilidad. En junio de 2007, se entregaba el beneficio a 300 personas y la meta es llegar a 1.000 personas hacia fin de año. Una de las patologías cubiertas por este programa es la hipertensión arterial, y también se entregan multivitamínicos y antiinflamatorios, teniendo en cuenta las patologías presentes en la población adulta mayor.

2. Formación de personal

Uno de los problemas más delicados que pueden afrontar los sistemas de atención sanitaria es la escasez de personal para hacerlos funcionar. Hay dos ámbitos de preocupación en relación a este tema: por un lado, la escasez de personal sanitario capacitado para atender las necesidades de la población adulta mayor y, por el otro, la emigración del personal sanitario, asunto que afecta particularmente a los países del Caribe de habla inglesa y a algunos países de Centroamérica.

La escasez de personal sanitario es un asunto que impacta no solamente la atención de las personas mayores, sino también a otros grupos sociales. Aunque es evidente que hay un entorno económico y político muy distinto del de hace 25 años y que las necesidades sanitarias han variado con los cambios demográficos y epidemiológicos, las necesidades de formación continúan aquejando al personal médico —en términos de formación geriátrica— y a los demás profesionales de salud (enfermeras, técnicos, trabajadores sociales, psicólogos, entre otros).

La emigración del personal sanitario, tanto de un país a otro como en el interior de los mismos (desplazamientos internos hacia las zonas urbanas) es otro asunto emergente, en el cual también influyen factores demográficos. La OMS (2003) ha indicado al respecto, que la emigración de profesionales de la salud más polémica es la emigración internacional de profesionales de los países pobres a los países ricos, y añade que “en los países desarrollados hay una alta demanda de enfermeras, como consecuencia sobre todo del envejecimiento de la población”. Esto es así porque la generación del auge de natalidad de la posguerra (*baby boomers*) está alcanzando ya la edad de retiro, lo que demanda servicios personales y sociales orientados al cuidado y la salud y ello influye en la migración (Giorguli y otros, 2006).

La especialización médica en geriatría en la región es aún incipiente y, en general, se detecta la escasez de profesionales médicos. Según la última información disponible (2007) en Puerto Rico existen 14 geriatras; en Panamá hay 20 geriatras, en Perú 86 y en Cuba 273 médicos especializados en gerontología y geriatría. Los países que informan que disponen de la especialización en geriatría en el nivel de universidades son Chile, Costa Rica, México, República Dominicana y la República Bolivariana de Venezuela.

Otra modalidad que está siendo bastante recurrente y beneficiosa es la formación en geriatría y gerontología de otros profesionales de la salud y que en general alcanza una cobertura más amplia. En Cuba existen 342 médicos no geriatras dedicados a la atención de las personas mayores, los cuales han realizado un diplomado de gerontología y geriatría. En Chile se han capacitado 347 equipos de atención primaria, 350 kinesiológicos, y 250 profesionales en rehabilitación y habilitación de personas ciegas y con baja visión. En el Salvador y Honduras se capacita a personal médico, de enfermería y promotores de salud del primer nivel. En Belice se han capacitado las enfermeras y las personas que prestan cuidados de largo plazo a personas mayores. En las Antillas Neerlandesas se han capacitado trabajadores de salud en psicogeriatría. Y Argentina inauguró en mayo de 2007 una especialización en gerontología que brinda el Ministerio de Desarrollo Social y cuenta con 300 alumnos.

Estas y otras iniciativas que se desarrollan en la región permitirán ampliar las oportunidades de formación profesional para los equipos de salud a futuro y mejorar las capacidades nacionales para hacer frente a las necesidades sanitarias de una población en aumento. Sin embargo, es preciso, como ha destacado la OMS (2003) avanzar hacia el desarrollo de incentivos para mejorar la captación y retención del personal, sobre todo en las áreas más postergadas (como las zonas rurales y barrios urbanos pobres) y en los países donde existen problemas de emigración del personal sanitario.

3. Cuidados de largo plazo

Los cuidados de largo plazo también son un área de política en la cual los países han ido incursionando, aunque en el tema hay muchísimos desafíos que emprender en los próximos años. En general, existen dos líneas de trabajo: fomento de alternativas comunitarias de cuidado y regulación de las instituciones de larga estadía. Con respecto a la primera, Chile estableció los primeros Centros de rehabilitación integral comunitaria, que atienden algunas patologías específicas de la vejez; en Cuba, las iniciativas comunitarias de cuidado están dirigidas a preservar y recuperar la salud de las personas mayores, a través del Círculo de Abuelos, Grupos de Orientación y Club de 120 años y más. En Paraguay, se realizan talleres de rehabilitación orientados a la comunidad para la atención sanitaria de las personas mayores y, en Panamá, recientemente se organizó un sistema de apoyo comunitario para la atención de largo plazo. En Puerto Rico hay varios servicios comunitarios dirigidos a fomentar la integración de las personas de edad avanzada, la Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada brinda fondos a más de 120 centros de actividades y servicios múltiples (Centros de día). Uno de los servicios más importantes que se ofrecen es de nutrición, tanto para las personas que asisten a los centros como para las que están postradas. En Uruguay y Costa Rica, también se están impulsando los centros diurnos como alternativas de cuidado basadas en la comunidad.

En la regulación de las instituciones de larga estadía, los países que han emprendido acciones son las Antillas Neerlandesas, Aruba, Chile, Costa Rica, Honduras y Uruguay. En Aruba se ha hecho reestructuración de las modalidades de cuidado de largo plazo, y se han adaptado las clínicas de reposo a las necesidades del diario vivir de los residentes. En las Antillas Neerlandesas se ha emprendido una evaluación de las necesidades en las instituciones de cuidado y se monitorea su accionar.

En Honduras se están desarrollando acciones para mejorar la capacidad de las residencias para brindar los cuidados necesarios a su población objetivo y en Guatemala y Puerto Rico existen mecanismos de vigilancia del funcionamiento de las instituciones de larga estadía. En Guatemala ello se realiza a través de la Defensoría del Adulto Mayor (Ombudsman) y en Puerto Rico, la Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada desarrolla un Programa del Procurador residente para establecimientos de larga duración (Ombudsman).

Como se aprecia, los países han ido ampliando sus esfuerzos para mejorar los servicios y prestaciones para la población adulta mayor, aunque aún restan muchos esfuerzos por desplegar. Entre los principales desafíos a abordar en el próximo quinquenio se encuentran: fortalecer los programas de salud de personas mayores; velar para que los recursos financieros provenientes de la cooperación internacional no reemplacen a los nacionales (sobre todo en los asuntos básicos de salud pública, como las vacunas), y abordar de manera inequívoca las desigualdades de acceso a la atención sanitaria en la población adulta mayor que se deben a la notable diferencia entre las prestaciones de salud para jubilados y pensionados que funcionan en el marco de instituciones de seguridad social y las que se desarrollan en los ministerios o secretarías de salud para el resto de la población de edad avanzada.

Lo anterior, sumado a las peculiaridades del proceso de transición demográfica y epidemiológica en la región, sugiere que la protección en salud en los países de la región debería adelantar en lo que respecta a los mecanismos de solidaridad necesarios para brindar un acceso equitativo a servicios de salud para toda la población (CEPAL, 2006). Esto es de vital importancia para las personas mayores y para los grupos más vulnerables de la sociedad, como los niños y los adolescentes, las personas con discapacidad y quienes se encuentran en situación de pobreza.

La salud es un derecho humano fundamental, que debería disfrutarse durante toda la vida, independiente del riesgo de ingreso y de enfermedad de las personas. La información sistematizada en este capítulo pone de manifiesto las profundas desigualdades existentes según el nivel socioeconómico, así como brechas de acceso a la atención sanitaria derivadas de la residencia rural o en suburbios urbanos pobres. En este escenario, si los sistemas sanitarios no son reforzados, en el corto plazo será complejo manejar la doble carga de morbilidad existente en los países de la región, alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio o fortalecer la autonomía en la vejez.

Capítulo V

**ENTORNOS FAVORABLES Y ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA
Y EL CARIBE****A. ARREGLOS RESIDENCIALES Y ENVEJECIMIENTO**

El escenario demográfico de los países de la región se ha modificado profundamente en las últimas décadas debido al acelerado descenso de la fecundidad y al aumento de la esperanza de vida al nacer y en las edades avanzadas. Estos cambios han contribuido, de manera cardinal, en la configuración de nuevos arreglos residenciales y, como consecuencia, hoy en día las familias que abarcan tres o incluso cuatro generaciones se han convertido en un fenómeno común. Aunque también existe la modalidad de vida independiente en la vejez, ella se expresa de manera más moderada que en otras regiones del mundo.

La composición y estructura de los hogares están asociadas con factores demográficos, económicos y culturales, que a la vez determinan su formación, cambio o disolución. En lo que respecta a las consecuencias del envejecimiento de la población en los arreglos residenciales, una de las visiones predominantes se basa en que la insuficiencia de recursos y el progresivo deterioro de las condiciones de salud impiden a una fracción importante de las personas mayores mantener hogares autónomos. Si bien esto es cierto, también se ha constatado que una buena parte de los casos de convivencia con los hijos se debe a las dificultades de estos para independizarse económicamente (CEPAL, 2000).

Desde la perspectiva costo-beneficio, la coresidencia puede favorecer tanto a las personas mayores como al resto de sus integrantes en términos de compañía, ayuda física y financiera, aunque ello puede contribuir también a la pérdida de privacidad, disminución del estatus social de la persona mayor, o a una sobrecarga física y emocional para los familiares de personas mayores con deficiencias físicas o mentales (Martin, 1990 en Saad, 2004).

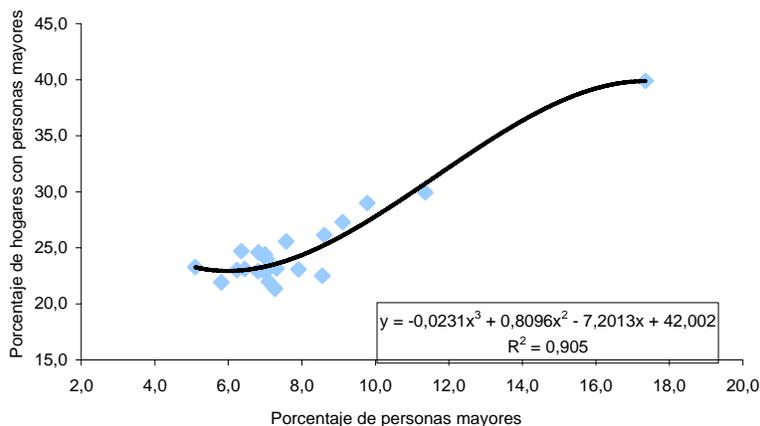
La residencia independiente de las personas mayores, está fuertemente relacionada con su viabilidad física y financiera. En la medida en que las personas mayores disfruten de buena salud o puedan pagar por servicios de asistencia, y que puedan solventar los costos de mantener un hogar, es probable que vivan de manera independiente. Sin embargo, una vez cumplidos estos requisitos, es posible que aún se evalúe otra serie de factores. Entre ellos, la localización de la residencia (cerca de servicios, oportunidades de transporte a bajo costo, posibilidad de conservar redes de amigos, etc.) o el diseño de la vivienda (cantidad de habitaciones, control de temperatura y de los ruidos, seguridad interior, etc.). Con el propósito de examinar los arreglos residenciales de las personas mayores, se distinguió entre dos tipos de hogares. Por una parte, los hogares multigeneracionales, y por otra, hogares unipersonales. Asimismo, se construyó una tipología para medir la importancia relativa de los recursos aportados por las personas mayores a los hogares multigeneracionales con el propósito de calificar su grado de dependencia económica respecto de los demás miembros del hogar.

1. Hogares con personas mayores: arreglos multigeneracionales y residencia independiente en la vejez

Cuando se analizan las proporciones de personas mayores en la región, y a pesar de los cambios que se avecinan, aún se observa que estas son inferiores al 10% en la mayoría de los países. Sin embargo, cuando se analiza la proporción de hogares en que hay una o más personas mayores, se encuentra que en la región a lo menos dos de cada diez hogares incluye a una persona mayor.

Analizando este indicador mas detalladamente, se observa una relación significativa entre el porcentaje de hogares con personas mayores y el porcentaje de población adulta mayor (véase el gráfico V.1). Así, en los países con envejecimiento incipiente, los hogares multigeneracionales representan cerca del 20% (Nicaragua, Paraguay) y en los países con envejecimiento moderadamente avanzado, alcanza casi al 30% de los hogares (Chile, Argentina). Algunas excepciones son Ecuador y Brasil —que con un envejecimiento moderado— tienen un 27,3% y un 19,8% de hogares multigeneracionales, respectivamente.

Gráfico V.1
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): RELACIÓN ENTRE EL PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES Y EL PORCENTAJE DE HOGARES CON PERSONAS MAYORES, CENSOS DE 1990 Y 2000

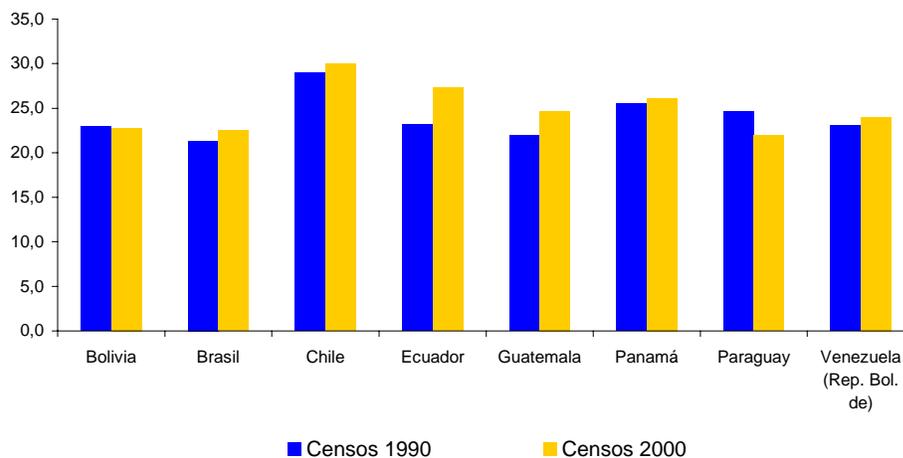


Fuente: Censos nacionales de población y microdatos procesados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL.

En la región, hacia la década de los noventa, uno de cada cuatro hogares tenía entre sus miembros a una persona de edad (véase el gráfico V.2) y, exceptuando Paraguay, en la mayoría de los países esta cifra aumentó hacia el comienzo del año 2000. Las diferencias más importantes entre períodos ocurrieron en Ecuador y Guatemala.

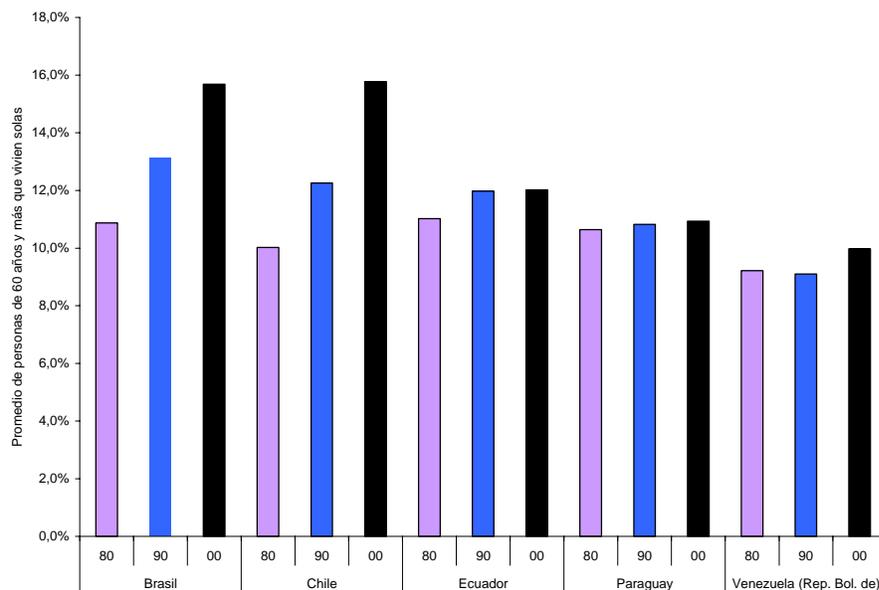
La residencia independiente en la vejez es poco significativa en América Latina, aunque los datos de cinco países latinoamericanos en tres períodos de tiempo (alrededor de 1980, de 1990 y de 2000) demuestran algunas variaciones entre países. Así, mientras en Chile, en ese período de 20 años los hogares unipersonales de personas mayores aumentaron en 5,7%, en Paraguay el porcentaje se mantuvo prácticamente igual (véase el gráfico V.3).

Gráfico V.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: HOGARES CON PERSONAS MAYORES, 1990 Y 2000
(En porcentajes)



Fuente: Censos nacionales de población y microdatos procesados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL.

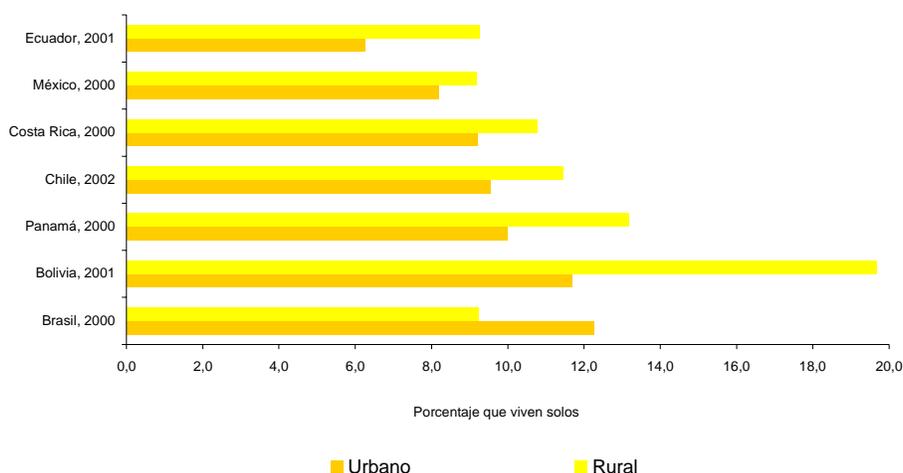
Gráfico V.3
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS QUE VIVEN SOLAS, 1980, 1990 Y 2000
(En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamiento de microdatos y censos nacionales de población.

Entre la población adulta mayor, las personas mayores que viven en áreas rurales —con excepción de Brasil— tienen más probabilidades de vivir solas (véase el gráfico V.4). Un estudio al respecto indica que la migración rural-urbana es la principal responsable de la ruptura de lazos de coresidencia y de proximidad, aunque no necesariamente significa la ausencia de lazos afectivos o de transferencias monetarias. Sin embargo, la distancia respecto de las zonas rurales de los descendientes que residen en zonas urbanas hace imposible el apoyo instrumental que podrían requerir los mayores para desempeñar las actividades de la vida diaria (Iwakami, Camarano y Leitão e Mello, 2004).

Gráfico V.4
**AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS
 QUE VIVEN SOLAS, POR ÁREA URBANA Y RURAL, 2000**
(En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamiento de microdatos y censos nacionales de población.

Existen diferencias subregionales en los porcentajes de hogares unipersonales de personas mayores. En el Caribe la residencia independiente es más elevada que en América del Sur y Centroamérica, donde las cifras son bastante inferiores (Naciones Unidas, 2006b). Con todo, en el conjunto de la región hay menos hogares unipersonales de personas mayores que en otras partes del mundo, y de acuerdo con los datos de la División de Población (Naciones Unidas, 2006b) este tipo de hogar representaría el 9% del total de hogares con personas mayores —muy cercano a África (8%) y a Asia (7%)— mientras que en Europa y América del Norte representarían el 26%.

Más allá de las cifras, la mayor diferencia entre los hogares unipersonales de personas mayores de la región y los de los países desarrollados, es que en estos la residencia independiente refleja el deseo y la existencia de condiciones favorables para optar por este tipo de arreglo. En cambio, en América Latina y el Caribe vivir solo podría más bien representar un riesgo asociado a la falta de una mejor opción (Saad, 2004).

2. Corresidencia y posibilidades de apoyo mutuo entre generaciones

Los hogares multigeneracionales siguen constituyendo una opción favorable para las personas mayores y sus familias; toda vez que, por una parte, permite asegurar apoyo a las personas mayores con algún nivel de vulnerabilidad (Saad, 2004), y por otra, los ingresos de las personas mayores siguen constituyendo una fuente importante de recursos para las familias (CEPAL, 2000).

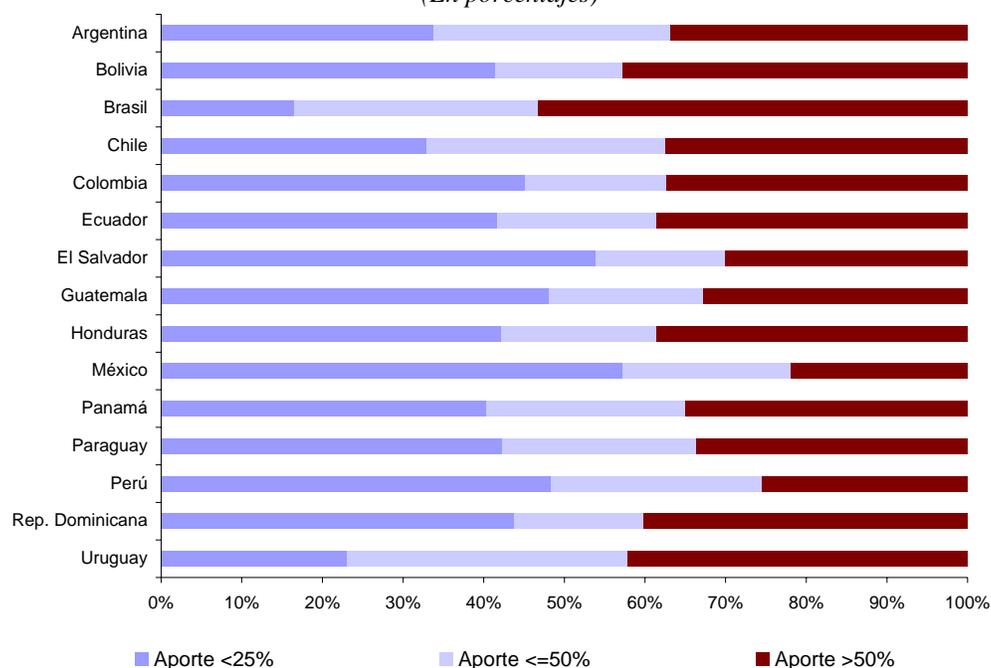
Hay una clara relación entre la contribución al presupuesto familiar que significan los aportes de las personas mayores en los hogares multigeneracionales y la incidencia de la pobreza. Así en los hogares donde el aporte constituye una baja fracción del total de recursos que dispone el hogar (menos de 25%) y que presentan más altos niveles de pobreza, su constitución respondería a condiciones de dependencia económica o a necesidades de cuidado de los miembros de más avanzada edad. Y en los hogares donde el aporte económico de las personas mayores es significativo (superior al 50%) y hay mayor incidencia de la pobreza, se trataría de una relación inversa, donde los beneficiados con la convivencia serían los miembros de otras generaciones (CEPAL, 2000).

De acuerdo con la última información disponible, aproximadamente en cuatro de cada 10 hogares multigeneracionales de 15 países de la región, las personas mayores aportan más del 50% del ingreso familiar y en cantidad muy similar (3,5), las personas mayores contribuyen con menos del 25% de los ingresos del hogar.¹ Los datos presentados en el gráfico V.5 muestran que los países donde las personas mayores contribuyen más sustantivamente al ingreso del hogar son Argentina, Bolivia, Brasil, Chile y Uruguay. En estos países, la cobertura de la seguridad social (sea de origen contributivo o no contributivo) estaría teniendo un efecto directo en la capacidad de las personas mayores para aportar significativamente al ingreso del hogar y, como corolario, en las posibilidades de que se creen situaciones de allegamiento al núcleo de origen formado por personas mayores, por parte de las familias de generaciones más jóvenes.

En suma, los arreglos familiares donde se constata la presencia de personas mayores muestran varios rasgos similares en los países de la región. Desde el punto de vista de las repercusiones para el bienestar, la más significativa es el efecto de las prestaciones de protección social de los miembros de más avanzada edad que muchas veces se extienden a toda la familia (véase el capítulo 3). Invariablemente el dinero y otros recursos que poseen las personas mayores son compartidos con sus hijos y sus familiares más jóvenes, lo cual fortalece la base de recursos de la familia y contribuye al bienestar de distintas generaciones (Naciones Unidas, 2005a).

¹ Si se excluye Brasil, la cantidad de hogares en que personas mayores contribuyen con más del 50% disminuye a 3 de cada diez, y la cantidad de hogares en que las personas mayores contribuyen en menos del 25% aumenta a cerca de 4 de cada diez.

Gráfico V.5
AMÉRICA LATINA (15 PAÍSES): HOGARES MULTIGENERACIONALES Y APOORTE DE LAS PERSONAS MAYORES AL INGRESO DEL HOGAR, CIRCA 2005
(En porcentajes)



Fuente: Encuestas de hogares de los respectivos países.

B. ENVEJECIMIENTO Y SISTEMAS DE CUIDADOS

El aumento de la población adulta mayor y el paulatino incremento en la esperanza de vida han suscitado interés por el funcionamiento de los sistemas de cuidados. El énfasis en este tema se debe, principalmente, a tres factores. Primero, el envejecimiento aumenta la demanda de servicios de asistencia debido a que las personas mayores experimentan con frecuencia cierto deterioro de sus condiciones de salud (física y mental) y un debilitamiento de las redes sociales por la pérdida de la pareja, los amigos y los parientes. En segundo lugar, el cuidado ha recaído tradicionalmente en las mujeres, y estas —debido a presiones económicas, sociales u opciones personales— se han ido alejando progresivamente de estas tareas. Como contrapartida, la inserción de las mujeres en el mercado del trabajo extradoméstico no siempre es acompañada, con el mismo énfasis, por una mayor presencia de los hombres en las responsabilidades de cuidado, sea por socialización de género o porque quienes precisan de cuidado valoran menos el aporte que los hombres puedan realizar en esta tarea. Y en tercer término, los servicios sociales de apoyo a la reproducción social de la población adulta mayor no han logrado un pleno respaldo público, y la familia —y en menor medida, el mercado— actúa como principal mecanismo de absorción de riesgos asociados a la pérdida de funcionalidad en la vejez.

Los países de la región son particularmente sensibles ante este tema, debido a que el proceso de envejecimiento ha sido más acelerado que en los países desarrollados, a que aún persiste la demanda por cuidado en las edades preescolares y a que las condiciones socioeconómicas no siempre han permitido instaurar medidas públicas suficientes para cubrir las necesidades de asistencia, privilegiándose —en el mejor de los casos— otros ámbitos de protección social.

1. El efecto del envejecimiento en los sistemas de cuidado

El aumento de la población adulta mayor no debería ser un problema para los sistemas de cuidados; el problema estriba en que las sociedades no han creado los mecanismos adecuados para enfrentar el fenómeno y sus consecuencias. El cuidado es la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria.

La necesidad de cuidado en las edades más avanzadas no es asunto nuevo. En todas las sociedades siempre ha habido personas que han requerido la ayuda de otros para realizar las actividades cotidianas. Sin embargo, desde mediados del siglo XX el modo como se ha dado respuesta a las necesidades de cuidado ha experimentado notables cambios (Casado y López, 2001). Así, el cuidado se ha ido constituyendo en un problema moderno debido a las peculiaridades de la situación actual.

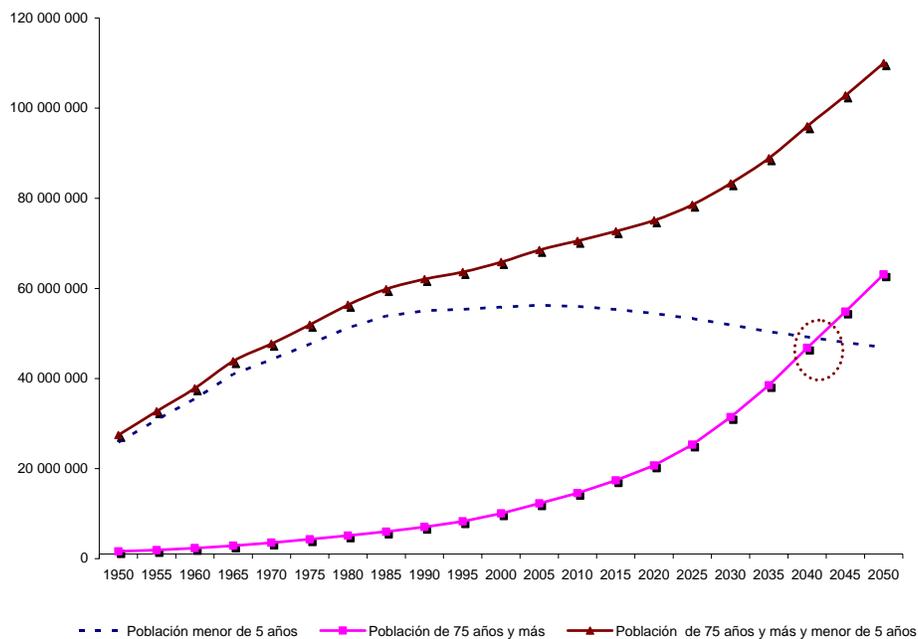
Por una parte, y como en todas las épocas, existen personas que no pueden valerse por sí mismas; y por otra, los modos tradicionales de atenderlas están en crisis, justo en un momento en que aumenta la cantidad de personas que precisan ayuda por causas de distinto orden, tales como el envejecimiento, la extensión de vida mediante métodos artificiales, mayor supervivencia a accidentes, etc. (Sempere y Cavas, 2007). De ahí que numerosos estudios hayan calificado la necesidad de cuidados como un nuevo riesgo social, propio de las sociedades en transición o ya maduras, y que demanda una serie de servicios de protección pública diferenciada.

La principal diferencia entre los países de la región y los países desarrollados es que en estos últimos, la consideración de la necesidad de cuidados como un riesgo social empezó instalarse a partir de la década de los setenta. En ese momento, en un informe de la OCDE (1973) se declara que “el crecimiento no es suficiente en sí mismo, sino un medio para lograr unas condiciones de vida mejores” y se coloca en el primer lugar de una lista de preocupaciones sociales la posibilidad de disfrutar de una buena salud a lo largo de toda la vida. En los países de la región, en cambio, este proceso ha tenido una evolución reciente, entre otras razones, porque los sistemas tradicionales de cuidado continuaban funcionando con relativa estabilidad hasta bien entrados los años ochenta.

Como se aprecia en el gráfico V.1, se prevé que la población con necesidad de cuidados aumente notablemente en los próximos años. Si bien la población menor de 5 años seguirá representando un sector importante que proteger y cuidar; las personas mayores de 75 años aumentarán paulatinamente. Si bien es cierto que muchas personas de esta edad gozan de buena salud y alto grado de independencia, no es menos cierto que el riesgo de sufrir una situación de fragilidad o discapacidad se eleva enormemente con la edad.

El impacto de estos cambios, se sentirá con más fuerza en los próximos años, una vez que la maduración social y demográfica del fenómeno vaya exigiendo modificar las prestaciones sociales y sanitarias que en la actualidad se prestan a la población adulta mayor, a la niñez, y a las personas con discapacidad.

Gráfico V.6
**AMÉRICA LATINA: CANTIDAD DE PERSONAS MAYORES DE 75 AÑOS Y DE NIÑOS
 MENORES DE 5 AÑOS, 1950-2050**



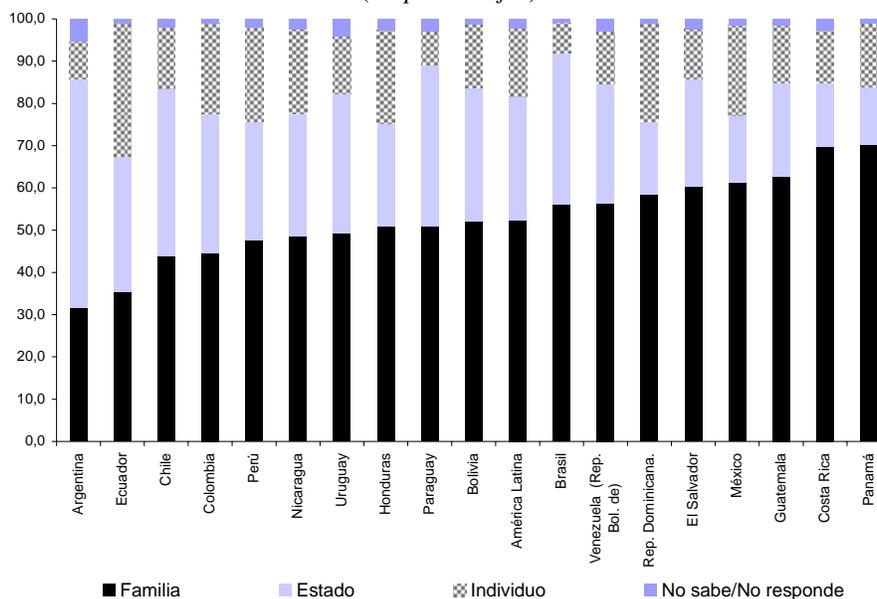
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de microdatos censales.

2. El papel de la familia y las mujeres en las tareas de cuidado

En la sociología de vejez, los sistemas de cuidados se insertan en el campo más amplio de discusión académica sobre apoyo social. En la economía del envejecimiento, sin embargo, los cuidados se ubican en el ámbito de la seguridad económica, en tanto que si las personas mayores debieran pagar por los servicios de asistencia que reciben de sus parientes, seguramente su probabilidad de ser pobres aumentaría notablemente.

Existen tres fuentes de cuidado en la vejez: la familia, el Estado y el mercado. Ninguna de estas instituciones tiene competencia exclusiva en la provisión de cuidado y, como resultado de ello, no siempre existe una clara división entre la asistencia que presta cada uno; aunque sí hay diferencias respecto de la responsabilidad principal atribuida a cada uno de ellos. Los datos de la encuesta de opinión Latinobarómetro 2006 muestran al respecto, que en la mayoría de los países, las personas entrevistadas opinan que la responsabilidad de que las personas mayores disfruten de condiciones de vida dignas depende de la familia, en menor medida del Estado, y muy lejanamente del propio individuo (véase el gráfico V.7).

Gráfico V.7
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: OPINIÓN SOBRE QUIÉN ES RESPONSABLE DE ASEGURAR BUENAS CONDICIONES DE VIDA PARA LAS PERSONAS MAYORES
 (En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de respuestas a la pregunta ¿Quién es responsable de asegurar buenas condiciones de vida para las personas mayores?, de la encuesta de opinión Latinobarómetro, 2006.

Esta opinión se repite como una constante en la mayoría de los países, aunque en algunos de ellos hay diferencias de opinión según el género de la persona entrevistada. Así, mientras en promedio hay una proporción más alta de mujeres que de hombres que opinan que la responsabilidad principal es de la familia, hay una mayor proporción de hombres que opina que la responsabilidad principal es del Estado. El único país donde más del 50% de los hombres y similar proporción de mujeres piensa que el Estado tiene la responsabilidad principal del bienestar de las personas mayores es Argentina. En cambio, en Costa Rica y en Panamá más del 65% de las mujeres y los hombres entrevistados opinan que la familia es la principal responsable.

Al respecto, es interesante observar que en la medida en que el Estado, como elemento unificador de la vida política y como instancia de protección social sea débil, las miradas se vuelven a la familia como elemento probable de cohesión social; y la sobredemanda de que sea también la que, en última instancia, actúe frente a los vacíos de protección. Ello explica en parte, por qué en países con bajo niveles de protección social la opinión de los entrevistados del Latinobarómetro recae más en la familia como agente responsable del bienestar.

En los hechos, efectivamente, una de las fuentes más importantes de cuidado en la vejez sigue siendo la familia. Por ejemplo, los datos de la encuesta SABE muestran que, alrededor del año 2000, una proporción importante de personas mayores de siete ciudades de América Latina y el Caribe, recibía apoyo familiar para el desarrollo de actividades funcionales e instrumentales de la vida diaria (véase cuadro V.1).

Cuadro V.1
**PROPORCIÓN DE PERSONAS MAYORES CON DIFICULTAD QUE RECIBIERON AYUDA
 EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ^a**

Características	Actividades funcionales (AFVD)		Actividades instrumentales (AIVD)	
	Tienen dificultad	Reciben ayuda ^b	Tienen dificultad	Reciben ayuda ^b
Edad				
60-64	13	26	15	75
65-74	15	33	21	79
75+	31	51	47	88
Sexo				
hombres	15	43	20	83
mujeres	23	42	35	84
Estado conyugal				
no-casados	23	43	35	85
casados	16	40	21	82

Fuente: Paulo Saad, "Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuestas SABE", *Notas de población*, N° 77 (LC/G.2213-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2003.

^a En siete ciudades seleccionadas y según características demográficas.

^b Entre los que tienen dificultad.

En la muestra de Chile, la proporción que recibe ayuda en actividades funcionales de la vida diaria (cerca de 52%) es el doble de la que recibe ayuda en Uruguay (cerca de 26%). En general, la proporción que recibe ayuda en las actividades instrumentales de la vida diaria es significativamente mayor que la que recibe ayuda en las actividades funcionales de la vida diaria, variando de poco menos de 70% en Argentina hasta casi un 92% en Brasil. Otro aspecto documentado por esta encuesta es que el apoyo más importante proviene de los miembros que conviven en el hogar, seguido por el de los hijos o hijas que viven fuera (Saad, 2003).

Estos datos dan cuenta de la magnitud del aporte familiar en la reproducción social de la población de edad avanzada. En parte ello es consecuencia de una estructura poblacional relativamente joven y del lento e insuficiente desarrollo de los sistemas de seguridad social, que en la mayoría de los países de la región no han establecido sólidos sistemas de protección institucional específicos para las personas mayores en condiciones de dependencia. Con ello se ha trasladado la solución del problema a las familias mediante estrategias de solidaridad entre generaciones basadas, muchas de ellas, en la extensión y recomposición de los hogares. Así, la asistencia económica y el cuidado de las personas mayores ha pasado a ser responsabilidad de los propios familiares, en la medida que el Estado ha asumido un papel secundario (CEPAL, 2000).

En este sentido, y tal como han ido advirtiendo distintos autores, son necesarias algunas precisiones, puesto que cuando se habla de familia es necesario distinguir la labor de las mujeres en la provisión de servicios de cuidado (Sánchez, 1996).² En efecto, la tradición, la socialización y las

² En general, el cuidado se asocia únicamente a los niños, por lo que los otros tipos de cuidado pasan a ser invisibles. Aunado a lo anterior, generalmente se piensa que la carga de cuidado se concentra en la juventud, porque las mujeres tienen a su cargo a los niños, pero las evidencias demuestran que estas pueden ser cuidadoras también en otras etapas de la vida y que terminan prestando cuidados más de una vez en su ciclo de vida: empezando por los hijos, para luego seguir con los padres y concluir cuidando al cónyuge enfermo. Estos tres episodios corresponden, por lo general, a tres momentos demográficos de las mujeres: la juventud, la adultez y la madurez (Kahan y otros, 1994 en Robles, 2003).

relaciones económicas sitúan a las mujeres en el centro de la tarea de cuidado de las personas mayores — y por cierto de otros grupos sociales— y ello suele ser independiente de que la mujer realice un trabajo remunerado o se dedique a las labores domésticas.

De lo anterior se concluye que, de no haber intervenciones explícitamente dirigidas a prestar este tipo de servicios, las posibilidades de prestar cuidado a las personas mayores podrían variar entre las familias según el tipo de arreglo residencial. Partiendo del hecho de que las mujeres son las principales cuidadoras de las personas mayores cuando conviven en el mismo hogar, habría una importante diferencia entre las familias en que la mujer tiene un trabajo extradoméstico y las familias en que la mujer se dedica a las labores del hogar.

En el primer caso, las posibilidades de prestar asistencia a una persona mayor son más limitadas —aunque cada vez es más frecuente que las mujeres que asumen tareas productivas fuera del hogar las combinen con tareas de cuidado— y, según la situación económica, es probable que se recurra a servicios externos. En suma, la posibilidad de las personas mayores de recibir ayuda de sus descendientes para el desarrollo de las actividades funcionales e instrumentales de la vida diaria es el resultado de las circunstancias demográficas y sociales predominantes en décadas pasadas, las cuales se han ido modificando sustancialmente.

Entre los principales cambios se encuentran:

- La fuerte disminución de la fecundidad que reducirá el tamaño potencial de la red de apoyo familiar con que contarán las personas mayores a futuro. Las generaciones que actualmente están prestando ayuda a sus antecesores, no tienen la misma probabilidad de recibir ese apoyo por parte de sus descendientes (Guzmán, 2002a).
- La incorporación plena de la mujer al trabajo extradoméstico disminuye la disponibilidad de un recurso que por su condición de género ha tendido a estar sobrecargado con funciones de cuidado. Este cambio trae consigo una disminución de la capacidad de prestar una serie de servicios de asistencia a los miembros con algún nivel de dependencia, siendo necesario recurrir a servicios externos que reemplacen a las parientes femeninas en esta tarea (Maldonado y Hernán, 1998).
- El aumento de la esperanza de vida implica que la etapa de la vejez se prolonga. Las familias han de ocuparse de sus miembros mayores por más tiempo y las mujeres irían envejeciendo a la vez que cuidan a sus descendientes y ascendientes. Una mujer que tuvo sus hijos o hijas a la edad de 25 años puede ser madre por 45 o 55 años. A pesar de la visión tradicional que concibe que las mujeres se ocupan de hijos e hijas sólo los primeros 10 años, la experiencia demuestra que la responsabilidad de prestar ayuda permanece durante toda la vida. El aumento de longevidad femenina alargará este rol, que coexistirá con el rol de hija, ya que los padres vivirán más tiempo (Calasanti, 1996 en Sánchez, 1996).

La protección frente a la necesidad de cuidado en la vejez será un desafío ineludible para las políticas públicas de las próximas décadas. El reto no es otro que atender las necesidades de las personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, necesitan apoyo para desarrollar actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía (Sempere y Cavas, 2007).

Recuadro V.1
**PERCEPCIONES ACERCA DEL TRATO Y VIOLENCIA HACIA LA VEJEZ EN
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

En la década de 1980 el maltrato a las personas mayores fue reconocido como un problema social y desde esa época ha existido un largo debate sobre su definición, tipología y formas de evitarlo. Actualmente se define como un acto, único y reiterado, u omisión que causa daño o aflicción y que se produce en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza. Los tipos de maltrato reconocidos incluyen el físico, psicológico, sexual, financiero y patrimonial (CELADE, 2003).

En la región no hay estadísticas representativas y confiables para advertir totalmente la real magnitud de este problema, muchas veces se conocen casos aislados en la prensa o a través denuncias que realizan familiares o personas cercanas a las personas mayores, o bien se llevan a cabo estudios monográficos para conocer las causas y consecuencias del problema.

Con el objetivo de conocer cuál es el trato hacia las personas mayores, la encuesta Latinobarómetro incluyó una pregunta en el cuestionario que se aplicó en 18 países de América Latina y el Caribe, constatándose que más de la mitad de las personas entrevistadas respondió que el trato hacia las personas mayores era malo o muy malo. Esta percepción regional difiere según el país, seis de ellos superan la media regional, destacando entre ellos a Guatemala (70%) donde se registra el mayor porcentaje de personas que contesta que el trato hacia las personas mayores es malo o muy malo. En el otro extremo se ubican tres países (México, República Dominicana y República Bolivariana de Venezuela) donde más del 60% de la población considera que el trato que se les da es bueno o muy bueno (gráfico 1).

Si bien a nivel regional no existen prácticamente diferencias entre hombres y mujeres en la percepción del trato hacia las personas mayores, en cuatro países (Chile, México, Paraguay, Uruguay) las mujeres advierten un peor trato hacia las personas mayores que los hombres (la brecha es de cinco puntos), sólo en El Salvador y en la República Bolivariana de Venezuela esta percepción es más alta entre los hombres que en las mujeres. Según la edad de los encuestados son escasas las diferencias, el 52% de los jóvenes entre 15 y 29 años considera que el trato hacia las personas mayores es malo o muy malo, mientras que el porcentaje aumenta a 55% en la población de 30 a 59 y en los mayores de 60 (gráfico 2).

Gráfico 1
América Latina y el Caribe: población que considera que el trato hacia las personas mayores es malo o muy malo, 2006
 (En porcentajes)

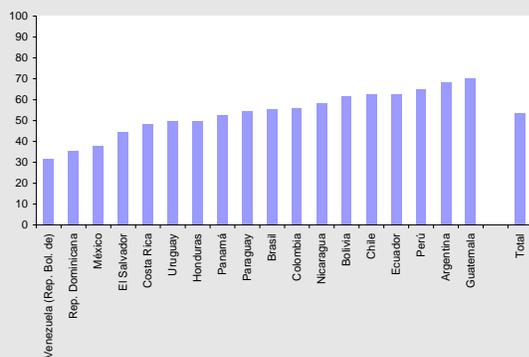
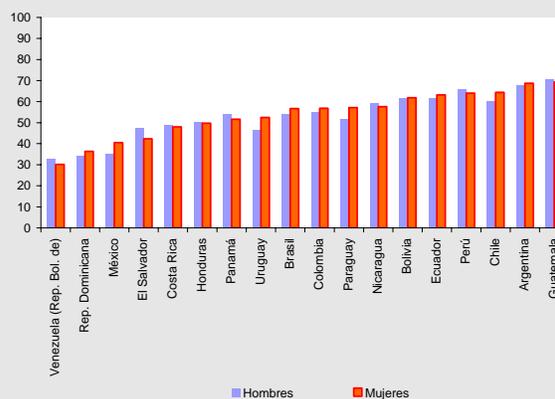


Gráfico 2
América Latina y el Caribe: población que considera que el trato hacia las personas mayores es malo o muy malo según sexo, 2006
 (En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base del procesamiento de datos de la encuesta Latinobarómetro, 2006.

Recuadro V.1 (conclusión)

En la misma encuesta se indagó si se conocía algún caso de violencia familiar hacia las personas mayores y el 22% de los encuestados a nivel regional contestó afirmativamente. En Nicaragua y El Salvador se da cuenta del mayor porcentaje de casos conocidos con 33 y 31%, respectivamente, mientras que en Brasil y Chile se registra un menor conocimiento de casos de este tipo (gráfico 3). Si bien en el ámbito regional no hay diferencias claras entre hombres y mujeres respecto del conocimiento de algún caso de violencia familiar hacia las personas mayores, en siete países (Brasil, Ecuador, Colombia, Perú, República Dominicana, Costa Rica y Paraguay) las mujeres declaran conocer más casos de este tipo de violencia que los hombres (gráfico 4).

Gráfico 3
América Latina y el Caribe: población que afirma conocer un caso de violencia familiar hacia las personas mayores, 2006
(En porcentajes)

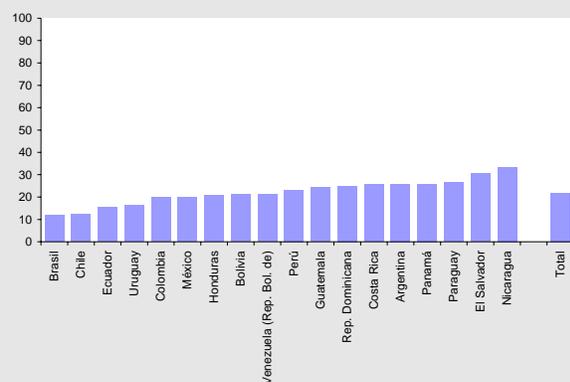
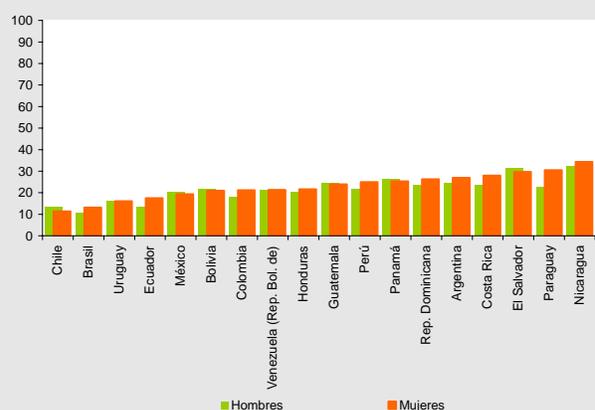


Gráfico 4
América Latina y el Caribe: población que afirma conocer un caso de violencia familiar hacia las personas mayores según sexo, 2006
(En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamiento de datos de la encuesta Latinobarómetro, 2006.

En la actualidad existe consenso de que identificar los casos de maltrato hacia las personas mayores no es suficiente, sino que en todos los países se deberían desarrollar estructuras que permitan prestar servicios (sanitarios, sociales, de protección legal, policiales, etc.) para responder de forma adecuada y, eventualmente, prevenir el problema (OMS, 2002). Teniendo en cuenta que las causas que llevan al maltrato son múltiples, complejas y hay ciertas condiciones que lo favorecen (entre ellas el estrés del cuidador o la cuidadora, la falta de recursos para atender las necesidades de la víctima, la existencia de cuidadores no calificados y situaciones de crisis económicas y desempleo) las tareas de prevención son fundamentales para evitar que este problema se siga extendiendo.

C. VIVIENDA, ENTORNO Y ENVEJECIMIENTO

Los importantes cambios que se han experimentado en el perfil demográfico de América Latina y el Caribe durante las últimas décadas, han traído consigo consecuencias en la planificación y gestión de los servicios sociales. El tema de la vivienda no ha estado ajeno a ello y se vincula con una alta inequidad social y con un importante rezago en la atención de las necesidades de la población (Arriagada, 2003b). Así, el proceso de envejecimiento se produce en un contexto de carencias de vivienda y de dificultades de accesibilidad a servicios básicos y de convivencia en las ciudades.

El acceso a la vivienda es un derecho humano, que debe ser atendido y cuya creación entraña intervención territorial y transformación ecológica. Una vivienda digna resulta fundamental para la supervivencia y para llevar una vida segura, independiente y autónoma. Precisamente por su centralidad en la vida de las personas, porque consume gran parte de sus presupuestos y condiciona su autoestima, la de sus familias y el bienestar de la comunidad donde habitan, existe consenso sobre la conveniencia de concebir el acceso a la vivienda como un derecho exigible frente a los poderes públicos y frente al resto de la sociedad. La pretensión de una vivienda adecuada, en realidad, encierra un derecho compuesto, cuya vulneración acarrea la de otros derechos e intereses fundamentales (Pisarello y De Cabo, 2003).

Una prolongación del derecho a la vivienda tiene que ver con el entorno y con el diseño urbanístico en general. En este sentido, las cuestiones habitacionales admiten por lo menos tres niveles de análisis: i) la vivienda como unidad, ii) su entorno inmediato y iii) el medio urbano o rural como marco existencial y modo de vida. En consecuencia, el grado de dignidad y adecuación de la vivienda no debe circunscribirse sólo a la unidad-vivienda, sino a su entorno inmediato, y de modo especial, al marco urbano o, en su caso, rural de inserción (Bassols Coma, 1983).

La vivienda y su entorno condicionan la calidad de vida de las personas mayores, ya sea en la esfera objetiva de las condiciones de vida y del patrimonio, como en la esfera subjetiva o de percepción de bienestar. La adecuación habitacional implica reconocer la diversidad de necesidades y preferencias de las personas mayores, incluida la opción de "envejecer en casa", como también las situaciones de fragilidad que exigen cuidados y formas especiales de residencia (CELADE, 2003).

La vivienda debe tanto satisfacer las necesidades de autonomía e independencia, como ofrecer seguridad al amplio espectro de situaciones vitales y posibilitar el bienestar de las personas mayores y del resto de las generaciones que convive con ellas. De esta forma, la vivienda puede ser enfocada como una herramienta de fomento de la salud y de la calidad de vida de las personas mayores, variando los alojamientos en su grado de adecuación con respecto a una población adulta mayor heterogénea. En cuanto a los entornos, estos deben facilitar la integración de todos los ciudadanos y ciudadanas, cualquiera sea el motivo de su vulnerabilidad, evitando los riesgos discriminatorios.

En suma, el diseño de políticas habitacionales y de entornos debe abordarse desde una visión renovada de la inclusión social para todos, y los programas habitacionales y urbanos pueden contribuir significativamente a que las personas mayores desarrollen más plenamente actividades y redes de contacto, facilitando una vejez saludable e integrada en condiciones dignas, a su entorno residencial.

1. Seguridad de la tenencia de vivienda en la vejez

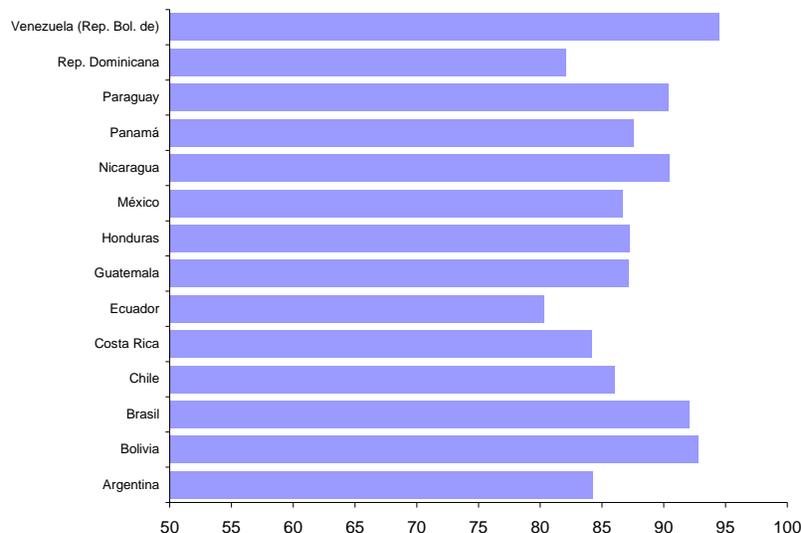
Entre los atributos que debe tener una vivienda adecuada, la estabilidad residencial es de gran importancia ya que da seguridad en la disposición o acceso a la vivienda a lo largo del tiempo y posibilita la vinculación social y territorial con el entorno.

Se debe considerar tanto el tiempo de residencia como la situación legal de tenencia u ocupación y determinar el grado de seguridad del habitante con respecto al horizonte de tiempo en que desea habitar la vivienda. Así, el régimen de propiedad estaría reflejando la estabilidad de las viviendas donde viven las personas mayores, puesto que mide la seguridad residencial e indica mayor grado de protección al desalojo.

En los países con que se cuenta con información sobre el año 2000 respecto a este tema, se aprecia que más del 80% de las personas mayores declara vivir en una vivienda propia (véase el gráfico V.8). Entre

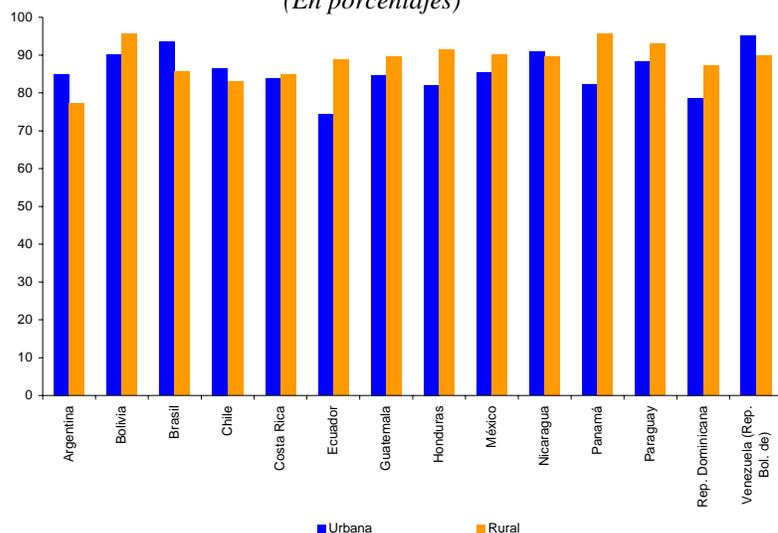
áreas urbanas y rurales no hay un patrón común. En algunos casos el porcentaje de tenencia es mayor en las áreas rurales (Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Nicaragua, México, Panamá, Paraguay y República Dominicana) mientras que en Argentina, Brasil, Chile y la República Bolivariana de Venezuela la tasa de tenencia es mayor entre las personas mayores que viven en áreas urbanas (véase el gráfico V.9).

Gráfico V.8
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN VIVIENDA PROPIA, CENSOS DE 2000
(En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de microdatos censales.

Gráfico V.9
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN VIVIENDA PROPIA SEGÚN ÁREA URBANA Y RURAL, CENSOS DE 2000
(En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de microdatos censales.

Los hogares donde viven personas mayores presentan porcentajes más altos de viviendas en régimen de propiedad que el resto y la tasa de viviendas en régimen de propiedad es mayor en países más adelantados en la transición demográfica. Declarar la propiedad de la vivienda es más frecuente en la vejez, entre otras razones, debido al proceso de titulación de los terrenos.³ Aunque debe tenerse en cuenta que existen sesgos metodológicos en la percepción de la tenencia (en muchos casos un hogar declara ser propietario de su alojamiento, sin serlo del sitio o terreno donde se emplaza).

Contar con una vivienda propia puede significar un activo para las personas mayores y sus familias, toda vez que constituye un patrimonio que puede ser cedido a sus descendientes en forma de herencia. No obstante ello, para que una vivienda cumpla adecuadamente su función debería disponer de una serie de requisitos y servicios (relativos a la salud, movilidad, equipamiento, instalaciones, etc.) que en otros segmentos de población de menor edad podrían considerarse prescindibles (Bosch, 2006)

En este contexto, la política de vivienda resulta esencial entre las medidas dirigidas a las personas mayores porque, si no se garantiza este derecho, el resto de intervenciones sociales puede perder toda su efectividad. Además, la opción de envejecer en su entorno es, a priori, la mejor solución, tanto para respetar la dignidad, voluntad e independencia de la persona como en términos económicos, si se contabiliza el gasto público asociado a los procesos de institucionalización (Bosch, 2006).

2. Panorama habitacional: déficit, calidad de las viviendas y envejecimiento

Los cambios en la estructura etaria de la población han generado nuevas exigencias habitacionales debido al incremento en el ritmo de crecimiento de los hogares con personas mayores, que son unidades consumidoras de viviendas.

En todos los países de la región hay nuevas exigencias habitacionales e importantes déficit de arrastre. Si se considera la fase de envejecimiento en que se encuentran los países y la calidad del parque habitacional, se aprecia que los países menos avanzados en el proceso de envejecimiento tienen problemas generalizados en el parque habitacional y una importante proporción de viviendas precarias y desprovistas de servicios básicos. En cambio, en los países más avanzados en el proceso de envejecimiento la proporción de viviendas inadecuadas disminuye, pero aumenta la magnitud de hogares y familias afectadas por déficit cuantitativo o la necesidad de nuevas viviendas (Arriagada, 2003b y González, 2006).

Para tener una visión de lo que está ocurriendo a nivel habitacional en la región, se seleccionaron doce países en las diferentes etapas del envejecimiento y se calculó el índice de carencia habitacional de los hogares con personas mayores. Para el cálculo de este indicador se utilizó un promedio simple que combina el porcentaje de hogares en vivienda no propia con un índice de materialidad (porcentaje promedio de carencias de piso y muro), porcentaje sin agua dentro de la vivienda y porcentaje en vivienda hacinada. Los datos del cuadro V.2 muestran el siguiente panorama habitacional en algunos países de la región:

³ En la región ha existido la necesidad de consolidar los procesos de titulación y mejorar el funcionamiento de los mercados de tierras (FAO, 2002). El catastro sistemático ha disminuido considerablemente los costos y ha facilitado el acceso de la población al proceso de titulación (Jaramillo, 1998). En el caso de los asentamientos informales en América Latina, los programas gubernamentales se han circunscrito a la creación de políticas de crédito o de regularización y titulación jurídica de la tenencia (Marques, 2006).

Cuadro V.2
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): ÍNDICE DE CARENCIA
 HABITACIONAL DE HOGARES CON PERSONAS MAYORES**

Envejecimiento	Índice de carencia habitacional		
	Bajo (índice menor a 15)	Medio (15 a 30)	Alto (más de 30)
Incipiente			Paraguay - Bolivia Guatemala - Nicaragua
Moderado	Costa Rica República Bolivariana de Venezuela	México - Ecuador Brasil ^a - Panamá	
Moderado-avanzado	Chile		
Avanzado	Uruguay		

Fuente: Camilo Arriagada, “El déficit habitacional en Brasil y México y sus dos megaciudades globales: estudio con los censos de 1990 y 2000”, *serie Población y desarrollo*, N° 62 (LC/L.2433-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.179.

^a El dato sobre piso no estuvo disponible para Brasil.

- Países de envejecimiento incipiente: Los hogares con personas mayores registran los peores índices de carencia habitacional (Paraguay, Bolivia, Guatemala y Nicaragua). La situación habitacional es bastante crítica puesto que existe una significativa frecuencia de hogares con personas mayores que se ven afectados por carencias de piso, de muros, de acceso a agua potable o problemas de hacinamiento, lo que justificaría un volumen relevante de acciones dirigidas a la atención de este grupo social.
- Países de envejecimiento moderado: En México, Ecuador, Brasil y Panamá se registra un índice medio de carencias habitacionales. En los dos primeros, ello se explica principalmente por carencias de acceso al agua potable. En cambio, en Costa Rica y en la República Bolivariana de Venezuela hay un bajo índice de carencias habitacionales en los hogares con personas mayores.
- Países de envejecimiento moderado-avanzado: en Chile habría indicadores habitacionales positivos con la oportunidad de consolidar la situación habitacional de las personas mayores, lo que implica dirigir los programas de vivienda al déficit de arrastre que presenta este país.
- Países de envejecimiento avanzado: en Uruguay el índice de carencias habitacionales es bajo, lo que le da la oportunidad de consolidar la situación habitacional de las personas mayores por medio de acciones focalizadas en un déficit de arrastre cuya cuantía es moderada.

3. Acceso a servicios básicos en la vejez y desigualdades por zona de residencia

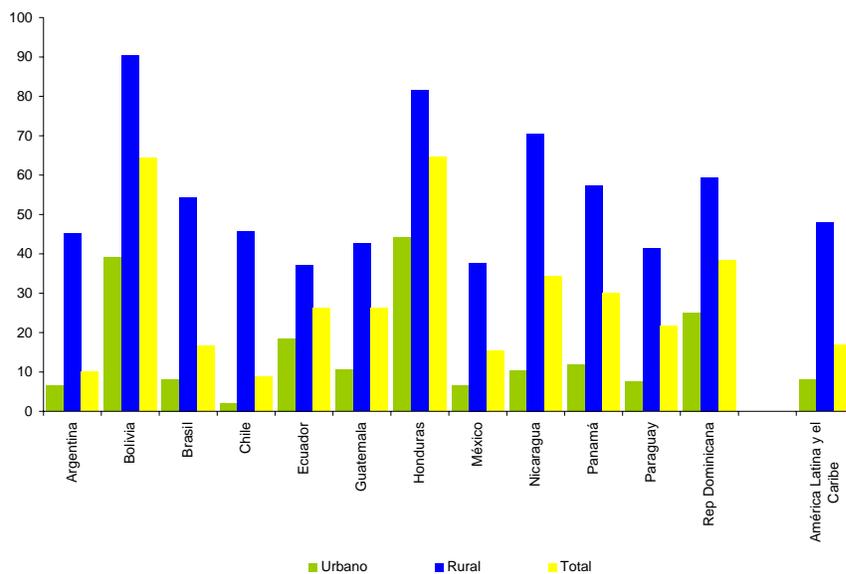
Todas las personas tienen derecho a disponer de agua potable en cantidad suficiente para satisfacer sus necesidades esenciales y a utilizar instalaciones sanitarias aceptables que tengan en cuenta las exigencias de higiene, la dignidad humana, la salud pública y la protección del medio ambiente (Naciones Unidas, 2005b). En razón de ello, los Estados incorporaron dentro de los objetivos de desarrollo del Milenio, la

meta 10 que se compromete a “Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable y a servicios básicos de saneamiento”.

El panorama de la región respecto al acceso de estos servicios por parte de las personas mayores es heterogéneo y poco conocido. Existen diferencias entre los países según su nivel de desarrollo y hay también variaciones en la accesibilidad dentro de los mismos según la zona de residencia. De 14 países considerados, 5,8 millones de personas mayores carecen de acceso a agua potable dentro de la vivienda, lo que corresponde al 17% de la población adulta mayor considerada para el análisis.

Existe una amplia brecha urbano-rural, mientras en las zonas urbanas las personas mayores sin acceso a agua potable representan el 8% (2,2 millones), en el ámbito rural 3,6 millones de personas mayores carecen de este servicio. Así, prácticamente la mitad (48%) de las personas mayores que vive en áreas rurales presenta esta carencia (véase el gráfico V.10). Ello se debe a que los niveles de cobertura de los servicios de agua potable y saneamiento en los países de la región son significativamente más altos en las áreas urbanas que en las rurales.

Gráfico V.10
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PERSONAS MAYORES
 RESIDENTES EN HOGARES SIN SERVICIO DE AGUA POTABLE DENTRO
 DE LA VIVIENDA, CENSOS DE 2000**
(En porcentajes)

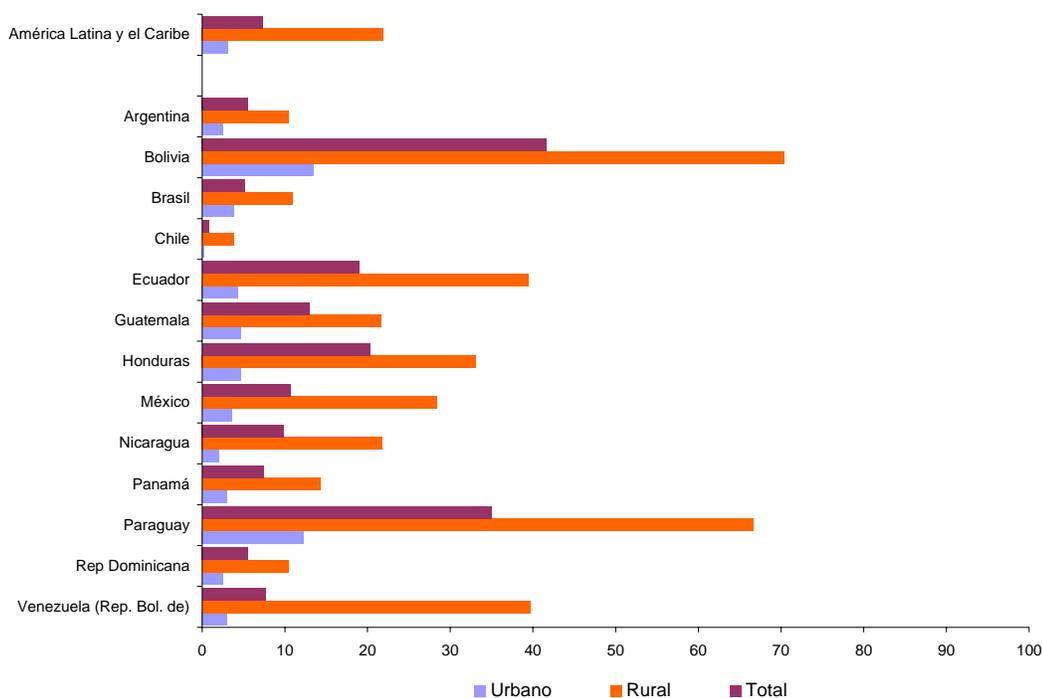


Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de microdatos censales.

Como resultado de esta situación, muchas de las soluciones (tales como camiones cisterna) a las cuales deben recurrir las personas mayores son similares a las de las personas pobres en la mayoría de las zonas sin acceso a servicios, que son de altísimo costo, con lo cual terminan gastando en agua —en proporción a sus ingresos— más que las personas en mejor situación económica. Además, estas soluciones representan un elevado riesgo para la salud puesto que no garantizan la calidad del agua obtenida (Jouravlev, 2004).

La cantidad de personas mayores residentes en hogares sin servicio sanitario es de 2,5 millones (7,3%) y se trata de una situación que afecta más severamente a las áreas rurales. Hay 1,6 millones de personas mayores rurales (22%) que no cuentan con instalaciones sanitarias aceptables, mientras que en el área urbana solo el 3,1% de la población mayor de 60 años reside en hogares sin servicio sanitario (véase el gráfico V.11). Es común además que las soluciones tecnológicas adoptadas en las regiones rurales (como pozos, tanques sépticos y letrinas) no aseguren un nivel de calidad o de funcionalidad de los servicios comparable al existente en las ciudades, especialmente en las conexiones domiciliarias (Jouravlev, 2004).

Gráfico V.11
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PERSONAS MAYORES
 RESIDENTES EN HOGARES SIN SERVICIO SANITARIO, CENSOS DE 2000**
(En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de microdatos censales.

En el Caribe de habla inglesa, los niveles de cobertura de servicios básicos de varios países son superiores al 95% (Bahamas, Barbados, Saint Kitts y Nevis, y Santa Lucía). Dada la escala, en el Caribe anglófono pareciera más fácil compatibilizar las crecientes demandas con los recursos disponibles, debido a una mayor posibilidad de comunicación con las comunidades en cuanto a opciones y costos, lo que las predispone favorablemente a pagar los servicios. Además, la mayor proximidad entre los gobiernos locales y los consumidores directos permite impulsar programas más focalizados, ágiles y de menor costo (Jouravlev, 2004).

Las personas mayores que no cuentan con servicios básicos son extremadamente vulnerables a diversos riesgos asociados, porque al no disponer de agua suficiente, segura y físicamente accesible, ni de servicios de saneamiento apropiados, se dificulta el acceso a un conjunto de otros derechos —como el derecho a un ambiente sano, a la salud y a alimentos adecuados— que directa o indirectamente se relacionan con el agua y el saneamiento (Hopenhayn y Espíndola, 2007). La falta de acceso a servicios básicos de calidad y a un ambiente propicio que proteja la salud y estimule el pleno desarrollo de las capacidades, afecta no solo a las personas mayores, sino que se traduce en desventajas sociales para todo el grupo familiar. Si el hogar está compuesto también por niños, por ejemplo, los riesgos de mortalidad temprana y la mayor incidencia de enfermedades infectocontagiosas o diarreicas también aumenta para ellos.

4. Adecuación de las viviendas y del entorno para la inclusión social en todas las edades

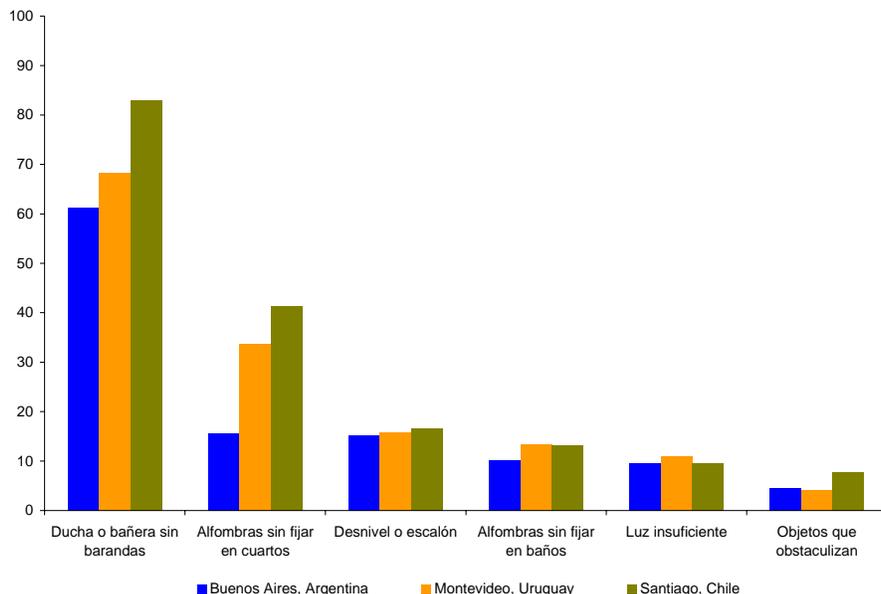
Cuando las personas mayores viven con más miembros de su familia en el hogar, es importante que la vivienda esté dotada de un diseño adecuado para la convivencia de varias generaciones. El reto no es fácil, pero facilita la integración de las personas mayores con su familia (Naciones Unidas, 2006a).

El problema de la vivienda de las personas mayores adopta varias formas, tales como las dificultades de accesibilidad y de movilidad, la inadaptación de las viviendas y las situaciones de aislamiento. Hay que tener en cuenta que estas formas del problema tienden a manifestarse simultáneamente, de modo que lo más usual es sufrir al menos dos o tres de estas dificultades a la vez.

En la Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE), las personas mayores identificaron los principales riesgos a los que se veían expuestas en el hogar. El principal riesgo está asociado con la inexistencia de terminaciones especiales en el baño, por ejemplo apoyos en los aparatos sanitarios y barandas o agarraderos que les permitan una mayor seguridad al utilizar este servicio. En segundo lugar, ubican el riesgo que provocan las alfombras sin fijación que hacen tropezar o resbalar a las personas mayores con el peligro de caídas y de golpes. Otros de los riesgos que identifican las personas mayores son los desniveles o escalones, la luz insuficiente y los objetos que obstaculizan su desplazamiento (véase el gráfico V.12).

Hay que tener en cuenta que éstos son algunos de los riesgos a los que se ven expuestas las personas mayores que habitan en la ciudad capital de los países donde se realizó la encuesta, probablemente en áreas urbanas más pequeñas y en áreas rurales dispersas, los riesgos en las viviendas sean mayores pues la infraestructura habitacional suele ser menos adecuada a las necesidades de la población que envejece.

Gráfico V.12
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): RIESGOS DENTRO DEL HOGAR PARA LAS PERSONAS MAYORES



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE), 2000.

Contar con una vivienda adecuada para todas las generaciones que vivan en ella tiene por objetivo que todos los miembros realicen sus actividades de manera autónoma. Además, el entorno donde se ubica la vivienda es fundamental para mantener una buena salud y para crear o fortalecer las relaciones —formales e informales— entre personas y grupos sociales y favorecer la cohesión social (OPS, 1996).

Aunque en la vejez, pueden existir limitaciones para que las personas se mantengan integradas a la comunidad, la experiencia muestra que el riesgo de fragilización es más elevado que las propias dificultades individuales para participar de la vida en comunidad. Si las condiciones fueran óptimas y adecuadas a las necesidades de las personas mayores —y por cierto de otros grupos sociales— seguramente habría menos posibilidades de segregación generacional. Como se ha resaltado en las Naciones Unidas (2006a) “si las personas de edad no pueden tener movilidad nunca serán verdaderamente independientes... se necesita crear entornos alentadores y propicios que brinden a las personas de edad la opción de envejecer en el hogar si no tienen necesidad o deseo de dejarlos”.

Los barrios y las ciudades deben contar con una propuesta de accesibilidad —tanto social como física— para todos, donde las personas mayores puedan ser protagonistas en el vivir cotidiano. Para ello las ciudades deben contar con la adecuación del entorno urbano —pasamanos, rampas, suelos antideslizantes, eliminación de obstáculos de paso—, pero además se debe diseñar la ciudad con formas, texturas, colores, sonidos y luz que permita visualizar su recorrido para reconocer fácilmente el entorno y sus componentes. Ello no sólo será útil para las personas mayores, sino también para las personas con discapacidad, los niños y las mujeres embarazadas, y para todas las personas que se desplazan por la ciudad, generando entornos propicios para todos.

Si se entiende que la vivienda y un entorno seguro, adecuado y estimulante son un derecho para un nivel de vida digno y un envejecimiento mejor, las políticas que se desarrollen desde esta perspectiva permitirán afrontar una vida más plena a toda la sociedad.

Recuadro V.2

CALIDAD DE LOS ENTORNOS EN LA VEJEZ: PERCEPCIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA Y EL EQUIPAMIENTO EN BARRIOS Y LOCALIDADES DE CHILE

La segunda encuesta de calidad de vida y salud realizada en Chile en el año 2006 incluye aspectos relacionados con la satisfacción de las personas en distintos ámbitos de la vida, como por ejemplo, la percepción del entorno. Con la información recogida en aquel módulo, se logran detectar algunos de los problemas relacionados con la infraestructura y el equipamiento que afectan a las personas mayores en sus barrios o localidades.

A nivel nacional, el mayor problema que perciben las personas mayores en cuanto a infraestructura y equipamiento es la falta de plazas y áreas verdes (43%), le sigue en importancia la falta de infraestructura deportiva (40,5%), la insuficiente pavimentación de sus calles y veredas (38,6%) y la deficiente iluminación de las mismas (35%). La falta de centros comunitarios y locales comerciales representan un problema para el 33,5 y 28,3% de las personas mayores respectivamente (gráfico 1).

El grado de satisfacción es mayor entre las personas que viven en las áreas urbanas que en las rurales. Si se consideran las ocho variables, el 43% de las personas mayores de zonas urbanas dice sentirse insatisfecho con la infraestructura y equipamiento de sus barrios, mientras que en las áreas rurales un poco más de la mitad (53%) de la población adulta mayor indica estar descontenta con la infraestructura y el equipamiento de sus localidades. Las personas mayores rurales presentan más elevados grados de insatisfacción con respecto a la falta de pavimentación de sus caminos (52,5%), ausencia de locales comerciales (50%) e iluminación deficiente de los caminos (46,4%). Otra diferencia entre áreas urbanas y rurales es la valoración del acceso que tienen a medios de comunicación, mientras el 40% de las personas mayores rurales dice sentirse insatisfecha al respecto, sólo el 12% de las personas mayores urbanas está descontento (gráfico 1).

También se aprecian diferencias en el grado de satisfacción según el sexo de las personas mayores, los hombres muestran menores niveles de satisfacción que las mujeres y algunos de los principales problemas que identifican varían entre ellos. Si bien existe consenso en que la falta de áreas verdes es el principal problema, para los hombres representa el 47% de insatisfacción, mientras que el 39% de las mujeres se declara descontenta con las áreas verdes de sus barrios o localidades.

Gráfico 1

Chile: Personas mayores insatisfechas con la infraestructura y el equipamiento de su barrio o localidad según área urbana y rural, 2006
(En porcentajes)

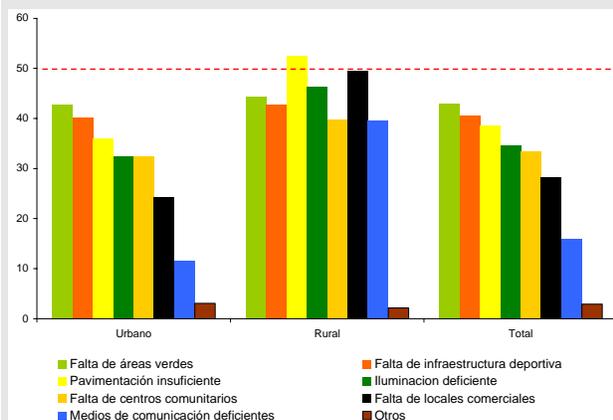
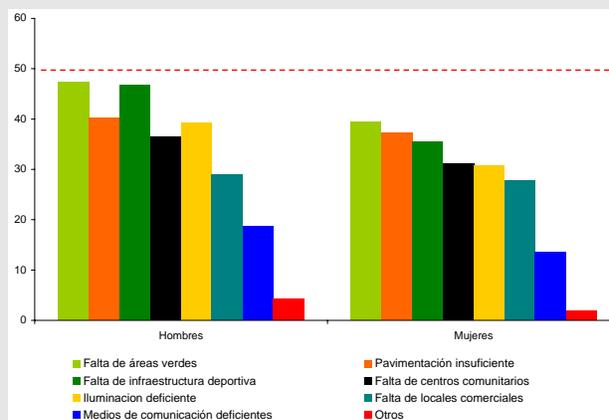


Gráfico 2

Chile: Personas mayores insatisfechas con la infraestructura y el equipamiento de su barrio o localidad según sexo, 2006
(En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamiento de la segunda encuesta de calidad de vida y salud, Santiago de Chile, Ministerio de Salud, 2006.

Recuadro V.2 (conclusión)

El segundo problema más importante para los hombres es la falta de infraestructura deportiva (46,7%), en cambio, para las mujeres es la insuficiente pavimentación de las calles (37,2%). Las mujeres ubican la falta de centros comunitarios y la deficiente iluminación de sus calles prácticamente con el mismo nivel de importancia, a diferencia de los hombres que consideran la iluminación deficiente como un problema más importante que la carencia de centros comunitarios. Las diferencias en los grados de satisfacción entre hombres y mujeres mayores y la distinta valoración que le dan a los problemas de infraestructura y equipamiento manifiestan que las personas mayores tienen necesidades y prioridades distintas según el sexo, la edad y el área urbana o rural donde se localizan.

Estos antecedentes acerca del nivel de satisfacción que tienen las personas mayores con respecto a la infraestructura y el equipamiento de sus barrios y localidades permiten aproximarse a la percepción de bienestar que tiene este grupo de población con respecto a sus condiciones de vida. Además proporciona información muy importante a considerar al momento de desarrollar e implementar intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de los entornos.

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, sobre la base de datos de la segunda encuesta de calidad de vida y salud, Santiago de Chile, Ministerio de Salud, 2006.

D. AVANCES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA REGIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ENTORNOS SOCIALES Y FÍSICOS FAVORABLES

El entorno en que la gente envejece está cambiando con rapidez. Como ya se ha mencionado, el tamaño de la descendencia se reduce, las mujeres se incorporan cada vez con mayor frecuencia al mercado del trabajo, y los roles se extienden y se renuevan a medida que avanza la edad. Por otra parte, persisten dificultades de los jóvenes para independizarse una vez constituidas sus familias, no existen modalidades institucionales para la atención de personas mayores dependientes que les facilite envejecer en casa y persisten rezagos en términos de prestación de servicios básicos para toda la población.

La Estrategia Regional sobre el Envejecimiento establece como meta en la sección sobre creación de un entorno propicio y favorable que *“las personas mayores gozarán de entornos físicos, sociales y culturales que potencien su desarrollo y favorezcan el ejercicio de derechos y deberes en la vejez”*. Las recomendaciones de la Estrategia incluyen en los entornos físicos los asuntos relativos a vivienda, transporte y espacio público, y en los entornos sociales, las redes de apoyo social, imagen y maltrato. Si bien lo relacionado con participación y educación forman parte del primer ámbito de la Estrategia regional sobre personas de edad y desarrollo, a efectos de este análisis, se incluye en esta sección por su estricta vinculación con los demás temas abordados en esta área temática.

En lo que sigue se muestran los avances alcanzados por los países de la región, tomando en consideración las recomendaciones de la Estrategia regional en los temas mencionados en el párrafo anterior. La información vertida en este apartado ha sido suministrada por los países en sus respuestas a la Encuesta sobre Programas dirigidos a las personas mayores en América Latina y el Caribe realizada por el CELADE - División de Población de la CEPAL entre junio y agosto de 2007 (véase el cuadro V.3).

Cuadro V.3

PRINCIPALES ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ENTORNOS FÍSICOS Y SOCIALES DIRIGIDOS A LAS PERSONAS MAYORES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

	Entornos físicos			Entornos sociales			
	Vivienda	Transporte	Accesibilidad	Redes sociales y apoyo familiar	Participación social	Maltrato	Educación
Aruba	X	X	X	X			
Antillas Neerlandesas				X			X
Argentina		X	X	X	X	X	
Belice	X			X	X	X	X
Bolivia						X	
Brasil		X		X	X	X	
Chile	X	X	X	X	X	X	X
Colombia			X			X	
Costa Rica	X	X		X	X	X	X
Cuba	X	X		X	X	X	
El Salvador	X					X	
Guatemala		X		X			
Honduras			X			X	
México	X		X			X	
Nicaragua			X	X		X	
Panamá	X			X		X	
Paraguay			X		X		
Perú	X					X	
Puerto Rico	X	X	X	X		X	
República Dominicana	X		X	X		X	X
Uruguay	X			X	X	X	
Venezuela (Rep. Bol. de)		X				X	

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de las respuestas de los países a la encuesta sobre Programas dirigidos a las personas mayores en América Latina y el Caribe.

1. Entornos sociales: apoyo social, maltrato, participación y educación

Uno de los ámbitos de trabajo que empieza a conquistar espacio en las intervenciones dirigidas a las personas mayores tiene que ver con el fortalecimiento de las redes de apoyo social; vale decir la creación, fomento o consolidación de mecanismos de protección informal que desarrollan las familias y las comunidades con el fin de que las personas envejezcan en casa y se sientan integradas a la comunidad.

En algunos países este tema se trabaja a partir del fomento de voluntariado que presta ayuda específica a las personas mayores (Argentina, Costa Rica, Puerto Rico y Uruguay) y en ciertos casos se trata de personas de edad avanzada que prestan apoyo a otras personas de su misma generación. Otra modalidad de trabajo está relacionada con la prestación de servicios de alimentación. Por ejemplo, en Guatemala se han creado 12 comedores comunitarios para personas mayores de sectores rurales y urbanos; y en Belice, con el apoyo de una organización no gubernamental, se presta asistencia, alimentación y atención en salud a los sectores más pobres de personas mayores.

También se ha ido fortaleciendo el tejido social que presta otro tipo de apoyo a las personas mayores. Por ejemplo en Costa Rica, el Programa de atención a personas mayores institucionalizadas aporta recursos económicos a las instituciones de bienestar social sin fines de lucro que brindan cuidados a la población adulta mayor. En Nicaragua se apoya a las organizaciones locales autogestionadas de personas mayores de áreas rurales. Y en Cuba, los organismos gubernamentales bajo la dirección de los gobiernos locales, coordinan y fortalecen el apoyo familiar y comunitario que se presta a la población adulta mayor. La eficacia de esta acción se demuestra en que, siendo un país altamente envejecido, sólo el 0,6% de las personas mayores se encuentra albergado en los hogares de ancianos.

En Argentina, Antillas Neerlandesas, Aruba, Panamá y Puerto Rico se están poniendo en práctica distintas alternativas de cuidado asentadas en la comunidad. En República Dominicana, el Programa Solidaridad suministra apoyo económico a las familias que mantienen a una persona mayor. En Chile, el Programa integral para el adulto mayor del Ministerio de Planificación está dirigido a mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de pobreza y aislamiento social, acercándolas a la institucionalidad disponible y posibilitando su integración a la comunidad; y en Brasil, se desarrolla el Programa de Referencia de Asistencia Social (CRAS) que brinda atención a las familias de escasos recursos. Entre las acciones que realizan se encuentran las destinadas a mejorar la convivencia intergeneracional familiar y comunitaria.

El maltrato de las personas mayores es una violación a los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación (OMS, 2002) y constituye un área de trabajo que ha sido especialmente impulsada por organismos internacionales. En todos los países se expresa una preocupación al respecto, aunque las modalidades de intervención difieren bastante en términos de sus alcances y recursos. Ello se debe, por una parte, a la falta de información estadística sobre la incidencia del problema; y por otra, a que la violencia hacia las personas mayores ocurre generalmente en el ámbito íntimo, donde tanto la víctima como el agresor o la agresora no quiere reconocer la situación. Para enfrentar este tema, los gobiernos han impulsado campañas de buen trato y han desarrollado acciones específicas ligadas a la prevención. En algunos casos, intervienen directamente las fiscalías y, en otros, se ha empezado a abordar el tema como una política pública donde el Estado tiene particular responsabilidad.

Así, en la mayoría de los países se informa de la realización de campañas de sensibilización en el tema (Belice, Chile, Colombia, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá, Puerto Rico y República Bolivariana de Venezuela). Algunos países dan cuenta de programas nacionales de trabajo más

consolidados, entre ellos Brasil, que cuenta con el Plan de Acción de Enfrentamiento de la Violencia contra las personas mayores (2007-2010), en el cual se enmarcan acciones de prevención, denuncia, tratamiento y rehabilitación de los casos de violencia y además se cuenta con Centros de Referencia Especializada de Asistencia Social, donde se enfatiza la atención de personas víctimas de violencia.

En Argentina también se está desarrollando un programa de prevención de la discriminación, el abuso y el maltrato a las personas mayores, y en Costa Rica, se ejecuta el programa “Construyendo lazos de solidaridad”, a través del cual se financian proyectos de atención, rehabilitación y tratamiento de personas en estado de indigencia, o que hayan sido víctimas de maltrato o abandono. Puerto Rico es otro país donde hay amplia experiencia en el tema a través de la Oficina de la Procuraduría de las Personas de Edad Avanzada y en Perú el Programa nacional contra la violencia familiar y sexual, del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, ha incluido a la población adulta mayor en su población objetivo.

Otra área de trabajo es la orientación sociolegal a la víctima de violencia. En Perú, los servicios de orientación social de los gobiernos locales están realizando acciones de prevención del maltrato a las personas mayores y promoviendo la defensa de sus derechos. En República Dominicana, se creó un servicio especializado en la Fiscalía que, en coordinación con el Consejo Nacional de Envejecientes, actúa frente a las denuncias. En la República Bolivariana de Venezuela, el programa de apoyo y atención jurídica gratuita del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS) presta atención a las víctimas de maltrato; y en Honduras, la fiscalía del consumidor y tercera edad aborda los derechos de las personas mayores en este ámbito.

En Bolivia, la ley de violencia intrafamiliar incluye como agravante la agresión a personas mayores, y en Belice se logró recientemente incluir el tema en la legislación pertinente (marzo de 2007). En Uruguay, en el año 2005 se creó una Comisión Interinstitucional de Maltrato contra el Anciano y el Programa Policía-Adulto Mayor está capacitado para detectar casos de violencia y brindar orientación y asesoramiento a las víctimas. En El Salvador, se realiza un monitoreo de situaciones de maltrato; en Chile, el Servicio Nacional de Adulto Mayor cuenta con una línea telefónica para prestar asistencia a las personas mayores víctimas de violencia, y en Cuba, como estrategia de prevención, se ha introducido el tema en las escuelas de cuidadores para personas que atienden pacientes con dependencia física o mental para favorecer la relación positiva entre ambos.

Por último, el fomento de la participación en la vejez y el acceso a la educación continua también son áreas que están empezando a ser abordadas por los países. Argentina, Brasil, Cuba, Guatemala, Paraguay, Costa Rica, Chile, Honduras, Puerto Rico y Uruguay informan sobre actividades específicas en el tema de fomento de asociatividad, ya sea a través del apoyo a las organizaciones de personas mayores o de la capacitación. Un número más reducido de países desarrolla acciones en educación, por ejemplo, República Dominicana, Costa Rica, Antillas Neerlandesas y Belice. Al respecto es importante destacar la experiencia de Argentina y Brasil en términos de apertura de espacios de participación de las personas de edad, para que puedan aportar una válida opinión a ser tenida en cuenta en las políticas y programas que les afectan. En ambos países, las organizaciones de personas mayores han sido consideradas un punto de partida para su participación en los diálogos sobre políticas.

El área de trabajo de los entornos sociales es comúnmente abordada desde las instituciones rectoras en el tema de envejecimiento en los países de la región, por ello cuenta con una amplia visibilidad a nivel nacional, a diferencia de lo que ocurre en los asuntos de salud o seguridad social, que suelen estar contruidos como asuntos individuales más que colectivos. Sin embargo, con la breve sinopsis realizada en esta sección, se deja en evidencia que, exceptuando algunos países, las intervenciones que se desarrollan no siempre tienen un estatus de política pública y que, de acuerdo con la

información disponible, en varios países se trataría de experiencias piloto que necesitan consolidarse y asegurar un financiamiento que las haga sostenibles.

2. Entornos físicos: vivienda, transporte y accesibilidad

Los entornos físicos son en general un área de intervención escasamente abordada por los países de la región, aunque existen algunas notables excepciones. Las acciones relacionadas con la vivienda están dirigidas en su mayoría a los sectores en situación de pobreza, o al sector con capacidad económica para tener derecho a la adjudicación de créditos. En transporte, solo algunos países ofrecen gratuidad y los demás establecen rebajas, las cuales no siempre son fiscalizadas o implican trámites burocráticos que las personas mayores no siempre están dispuestas a emprender. En accesibilidad del espacio público, las intervenciones más interesantes tienen que ver con estrategias de inclusión en la ciudad, pero en general están circunscritas a algunos países. Otros países han emprendido iniciativas para disminuir las barreras arquitectónicas y su desarrollo está fuertemente ligado a la movilidad de las personas con discapacidad, beneficiando por cierto también a las personas mayores.

Entre los países que han informado de iniciativas en el sector de vivienda están Aruba, Belice, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Panamá, Perú y Uruguay. En Aruba, el Ministerio de Educación, Asuntos Sociales e Infraestructura reserva un número de viviendas para la población con necesidades especiales e incluye a las personas mayores. En Chile se implementa una iniciativa similar, donde el Ministerio de Vivienda y Urbanismo cuenta con un programa especial de viviendas para personas mayores.

En Perú se implementa el programa “Techo propio” y “Techo propio deuda cero” del Ministerio de Vivienda, Saneamiento y Construcción, a través del cual se promueve el acceso a la vivienda y el mejoramiento de las condiciones habitacionales de la población de escasos recursos; si bien no se trata de un programa exclusivo para la población adulta mayor, esta ha sido incluida como parte de los beneficiarios del programa. Acciones parecidas existen en Panamá y El Salvador, países donde se presta asistencia y apoyo material para el mejoramiento de la calidad habitacional de las personas mayores más pobres. En Puerto Rico se implementa el programa de subsidios de arrendamiento y mejora de viviendas para personas de edad avanzada.

En Cuba también hay un plan de construcción y reparación de viviendas que facilita la reparación donde habitan personas de edad avanzada y en Belice se implementa una iniciativa con el mismo objetivo, la cual ha otorgado pequeñas ayudas para reparar las viviendas de las personas mayores más pobres con apoyo financiero de una organización de beneficencia.

En Costa Rica, el Banco Hipotecario dispone de un programa de viviendas para personas mayores solas. En México, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado cuenta con un programa de crédito para que los jubilados adquieran una vivienda nueva o usada, o para su mejoramiento; y en Uruguay, el “Programa de Otras Soluciones Habitacionales” del Banco de Previsión Social incluye un subsidio de alquiler para los asegurados.

Las intervenciones relacionadas con transporte son menos frecuentes aún. Si bien en varios países se ha legislado para realizar descuentos tarifarios para las personas mayores, estos no siempre se hacen efectivos. La opción más recomendable, de acuerdo con lo que informan los países, pareciera ser la entrega de subsidios a las empresas de transporte de manera que las personas mayores solamente hagan uso del beneficio de manera gratuita. De este modo se evitan trámites que incluso suelen dificultar el

acceso al transporte de las personas mayores, aunque se ofrezca rebaja de tarifa. Los países que cuentan con gratuidad de transporte son Aruba, Argentina, Brasil, Guatemala, Puerto Rico y la República Bolivariana de Venezuela y los que informan sobre descuentos específicos en las tarifas de transporte son Belice y Chile.

En Aruba, las personas mayores son liberadas del pago del transporte público desde antes del 2001, y para ello, el Estado entrega un subsidio a las empresas de servicio que en el año fiscal 2007 alcanzó a 611.000 dólares de Estados Unidos. En Argentina, se entrega un subsidio al ferrocarril del área suburbana de la ciudad de Buenos Aires para que los jubilados hagan uso gratuito del servicio. En Brasil, las personas mayores cuentan con gratuidad del transporte público y semiurbano. En Puerto Rico, se implementa el "Programa Dorado" de la Autoridad Metropolitana de Transporte, que otorga gratuidad en el transporte metropolitano para las personas mayores de 75 años, además del programa SENDA destinado a facilitar el acceso a movilización a las personas mayores y personas con discapacidad para desplazarse a distintos destinos (servicios de salud, supermercados, bancos y oficinas gubernamentales). En Guatemala, recientemente se logró un convenio con las empresas privadas para liberar del pago a las personas mayores en el transporte colectivo.

En la República Bolivariana de Venezuela existe exoneración del pasaje vía terrestre en las zonas urbanas y descuentos en los boletos aéreos, interurbanos, y asientos especiales destinados al pasajero de edad avanzada. En Belice, algunas ciudades tienen tarifas de transporte rebajadas para personas mayores y, en Chile, se implementa una tarifa preferencial para la red de transporte subterráneo de la ciudad capital.

Los países donde se ha informado de intervenciones en el espacio público son Aruba, Perú, Colombia, Paraguay, Argentina, Honduras, México y Nicaragua. Cabe destacar en este sentido la experiencia de Brasil que, desde el año 1990, viene impulsando una novedosa política pública para democratizar las ciudades. Se trata del Estatuto de la Ciudad, que persigue una mayor inclusión social y territorial en las zonas urbanas. Este instrumento promueve, entre otros aspectos, el ejercicio pleno de la ciudadanía, así como la manifestación, acción u organización de los habitantes de la ciudad, en especial los más vulnerables, entre los que se ubican las personas mayores, las personas con discapacidad, y los niños y niñas.

En Argentina también se está avanzando en este sentido, el Plan nacional de accesibilidad destinado a la población en general y, en particular a personas con movilidad y comunicación reducida, tiene por objetivo modificar las legislaciones provinciales y municipales de zonificación, planeamiento y edificación para reducir las barreras que impiden la inclusión de todos y para facilitar la vida en comunidad. Una iniciativa similar se quiere impulsar en Aruba, donde a partir de una evaluación realizada en el 2006 acerca de la accesibilidad a los edificios y servicios públicos por parte de las personas con dificultades sensoriales y motoras, se formuló un plan que fue recientemente presentado al Ministerio de Educación, Asuntos Sociales e Infraestructura para su próxima ejecución.

En Perú, el programa Mi Barrio está destinado a mejorar el entorno habitacional y las condiciones de vida de la población de los barrios urbanos marginales y, en Paraguay, se dictan cursos sobre accesibilidad al medio físico dirigido a ingenieros y arquitectos. En Nicaragua, se ha generado una estrategia de divulgación de las "Normas técnicas obligatorias nicaragüenses sobre accesibilidad". También en México y Honduras se está avanzando en términos de accesibilidad a edificios públicos y, en Colombia, a través del Plan nacional de atención a las personas con discapacidad, se implementan programas que facilitan la accesibilidad a los espacios físicos.

En suma, los entornos físicos son un área de trabajo donde hay que fortalecer las acciones en un futuro cercano. El envejecimiento de la población está planteando nuevas demandas relacionadas con la habitación, el transporte y el espacio público. Llama la atención al respecto que no se haya informado en relación a la ampliación de cobertura de servicios básicos o al desarrollo de iniciativas que favorezcan la convivencia intergeneracional a través de soluciones habitacionales específicas, entre otros variados aspectos.

Como ya se mencionó, todos estos temas son centrales para fortalecer la autonomía e independencia en la vejez, y el hecho de que las personas mayores se beneficien de las acciones que se están emprendiendo en el marco de los planes de accesibilidad para personas con discapacidad, demuestra de que las intervenciones en entornos físicos que van en beneficio de un grupo vulnerable, seguramente tendrán un efecto positivo en otros sectores sociales con necesidades específicas, así como en el conjunto de la población.

Capítulo VI

DESAFÍOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA REGIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

La estructura por edad de la población latinoamericana y caribeña ha ido cambiando con mayor o menor intensidad según el avance de la transición demográfica de cada país. Estos cambios en el peso relativo de las generaciones, provocados por el aumento de la esperanza de vida y la disminución del número de hijos, originan un nuevo escenario que tiene profundas implicaciones en la organización familiar, los niveles de bienestar y cohesión social, y las esferas económicas, políticas y culturales (Guzmán, 2002b). El proceso de envejecimiento en la región impone a los países importantes retos, dado que la tasa de crecimiento de la población adulta mayor es más elevada que en los países desarrollados, lo que implica grandes desventajas.

A. LOS PRINCIPALES RETOS

La mayoría de las personas mayores no tiene acceso a pensiones de vejez que les garanticen protección frente a los riesgos de pérdida de ingresos en la edad avanzada. Además la cobertura de seguridad social en el empleo es completamente desigual, por lo que aumentan las posibilidades de desprotección económica para las generaciones futuras.

En la actualidad, una de las formas de evitar la desprotección en la vejez consiste en buscar alternativas de generación de ingresos a través de la inserción en el mercado laboral. Sin embargo, esta suele ser desventajosa en términos económicos y ofrecer precarias condiciones de seguridad. De ahí que la familia actúe como uno de los principales mecanismos de absorción de riesgos económicos en la vejez. Ello se manifiesta no solo a nivel de las transferencias informales de dinero, sino también en la prestación de servicios, los que de ser adquiridos a través del mercado tendrían un costo demasiado elevado para la mayoría de las personas mayores de la región.

Se observa una adaptación lenta de los sistemas de salud a los cambios de la demanda surgida a partir de la dinámica demográfica, epidemiológica y tecnológica, lo que se traduce en un incremento de los costos y gastos de la atención en salud y afecta el acceso a los servicios de salud oportunos y de calidad para toda la población. Asimismo, la cobertura de atención sanitaria es desigual y, aun cuando las personas mayores cuenten con seguros de salud, ello no basta para 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 que respeten los derechos y libertades fundamentales cuando aumenta la dependencia, son asuntos que preocupan a la generación actual de personas mayores cuando ven afectada su salud.

Por otro lado, hay una adecuación tardía de los entornos para potenciar el ejercicio de derechos en la vejez. Persiste una cultura en la que se discrimina en función de la edad y se concibe que la violencia contra los más vulnerables se resuelve en el espacio íntimo. Asimismo, a los rezagos en el acceso a servicios básicos y a vivienda que afectan a la región de manera desigual según la zona de residencia, se suma ahora el déficit cualitativo de las viviendas de las personas mayores, lo que afecta su autonomía y la convivencia intergeneracional. A su vez, los espacios públicos también presentan deficiencias importantes

en términos de acceso y su estado actual en varios países de la región definitivamente no favorece la creación de capital social asociado al entorno.

En América Latina y el Caribe, 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 mayores. 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, 2003). Sin embargo, la disminución del tamaño de la familia, la fuerte diversificación experimentada en las últimas décadas y la sobrecarga de tareas ocasionada a raíz de la necesidad de asumir nuevas demandas 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.

B. LAS RESPUESTAS DE LOS ESTADOS

Para hacer frente a estos desafíos, los países de la región han ido construyendo paulatinamente respuestas para enfrentar una realidad demográfica para la cual muchos de ellos no estaban preparados. Entre ellas, destaca la promulgación de leyes mediante las cuales se protegen exclusivamente los derechos de las personas mayores y se regulan aspectos básicos de la convivencia humana, como la asociación, la no discriminación y la seguridad personal, junto con otorgar una protección especial a derechos como la educación, el trabajo, la seguridad social, la vivienda y la protección de la familia, entre otros.

Estas leyes se basan en los instrumentos internacionales sobre derechos humanos, los que constituyen la dimensión normativa de cualquier intervención con un enfoque de derechos dirigida a las personas mayores. Como consecuencia de estas legislaciones, las intervenciones sectoriales en materia de envejecimiento y desarrollo deberían llevar a la práctica los derechos reconocidos legalmente. No obstante, y salvo ciertos casos notables, las normas legales no siempre se traducen en una cobertura real de los derechos en la vejez y la desprotección se mantiene imperturbable.

La brecha de jure y de facto de los derechos en la vejez obedece en parte a la inexistencia de mecanismos de exigibilidad. En este sentido, existen falencias en cuanto a la información. Los Estados tienen la obligación positiva de producir y entregar información pertinente en relación con los derechos de las personas mayores que ya están reconocidos en su legislación nacional. Si bien existen experiencias en esta dirección, en la mayoría de los países las personas mayores desconocen los derechos que les han sido reconocidos, lo que reduce su efectividad.

Por otra parte, la exigibilidad también depende del presupuesto público. En la mayoría de las legislaciones existentes no se hace alusión a las fuentes de financiamiento para proteger los derechos reconocidos. Y en los casos en que sí se incluyen en el cuerpo legal, esta disposición a menudo no se respeta. Ello restringe las posibilidades de acción de los organismos rectores del tema y de la institucionalidad pública en su conjunto para ampliar los niveles de protección de los derechos en la vejez.

La protección de los ingresos es un tema que también se está incorporando en las políticas públicas de los países de la región y, aunque su inclusión sea incipiente, ya existen experiencias notables al respecto. Algunos países cuentan con sistemas de seguridad social sólidos, lo que se traduce en amplias coberturas y en extensos servicios y beneficios para la población pensionada y jubilada.

A su vez, otros países hacen esfuerzos por promover la empleabilidad de las personas mayores y ofrecen distintas alternativas para mejorar su inserción en el mercado del trabajo. Asimismo, los emprendimientos son un área en la cual ciertos países están incursionando y, aunque aún débiles, las intervenciones en este ámbito también concentran parte de la atención de los gobiernos, sobre todo cuando las deficiencias de los sistemas de seguridad social son notorias.

La protección de los ingresos a través de las pensiones no contributivas —en ausencia de capacidad del sistema contributivo— aún es limitada en la región. En los Estados donde se implementan programas de esta naturaleza, se ha comprobado que estos repercuten significativamente en la disminución de los niveles de pobreza en la vejez y constituyen una importante inversión en desarrollo, lo que se traduce en dividendos para las familias, las comunidades y la economía en general (Naciones Unidas, 2005b).

En cuanto a la protección en salud, los países han ampliado sus esfuerzos para mejorar los servicios y las prestaciones para la población adulta mayor. Asimismo han invertido recursos, tanto en el mejoramiento de algunas prestaciones como en la formación de personal y la fiscalización de los servicios de cuidado de largo plazo. Por otro lado, se observan avances en la creación de institucionalidad dedicada específicamente a la atención de salud en la vejez. Así, en prácticamente todos los países, existe una unidad o un programa específico dentro del ministerio o la secretaría de salud, encargado de la organización y coordinación de las acciones en este ámbito.

Asimismo, varios países dan cuenta de acciones de prevención y fomento de hábitos saludables. Si bien se desconoce el impacto de las actividades emprendidas, se trata de un área de trabajo en la que durante los últimos cinco años se han invertido sistemáticamente recursos y esfuerzos.

No obstante, existen temas complejos en relación con la protección en salud que no han sido plenamente abordados. Uno de ellos se refiere al acceso a medicamentos, que conlleva una proporción importante del gasto de bolsillo en salud. Asimismo, se observa una lenta adecuación del sistema al nuevo perfil epidemiológico y, sobre todo, desigualdades en el acceso a la atención sanitaria, lo que tiene estrecha relación con los niveles de ingresos y la cobertura de seguridad social.

Igualmente, los entornos físicos y sociales están empezando a considerarse como problemas públicos, aunque aún incipientemente. En general, las acciones relacionadas con los entornos sociales constituyen los puntos de mayor interés entre las instituciones rectoras del tema en los países de la región, las que han concentrado parte de sus esfuerzos en la prevención del maltrato, el fomento de la asociatividad y la creación de oportunidades de educación para toda la vida. En cuanto a los entornos físicos, los avances se relacionan principalmente con la ampliación de acciones dirigidas a mejorar los accesos para las personas con discapacidad, con lo que se beneficia también la población en edad avanzada, así como otros grupos sociales. Este logro no se condice con la ubicuidad alcanzada por los asuntos relacionados con vivienda y transporte, bastante menos abordados y que deben reforzarse en el futuro cercano.

C. EL ENVEJECIMIENTO Y UNA SOCIEDAD PARA TODOS

Si bien los ámbitos antes mencionados tienen como eje central a las personas mayores, no es menos cierto que existe una estrecha relación entre los problemas que afectan a la población adulta mayor y el resto de la sociedad. Asimismo, frente a la escasez de recursos en la mayoría de los países de la región, la visibilidad que logren los asuntos sobre el envejecimiento y su asignación presupuestaria y técnica también afectará al conjunto de la sociedad.

Desde esta perspectiva, resulta fundamental que los problemas de las personas mayores —y sus soluciones en términos de protección social— se ubiquen en el marco más amplio de la construcción de una sociedad para todos. Las intervenciones, además de avanzar hacia una cobertura amplia, deberían perseguir objetivos básicos como la solidaridad y la cohesión social como condiciones clave para alcanzar determinados niveles de bienestar, así como el ejercicio de derechos para toda la población.

No existe consenso con respecto a si es económicamente posible hacer frente a la protección social de las personas mayores. Además, las opciones de políticas consideradas abarcan más bien cuestiones de cohesión social, que de parámetros económicos. Un creciente énfasis en la promoción de la responsabilidad personal y familiar en el bienestar de las personas mayores conduciría a un debilitamiento general de la cohesión social (Naciones Unidas, 2005b). Por el contrario, un rol activo del Estado en términos de protección para toda la población y especialmente para los más vulnerables beneficiaría no sólo a los destinatarios de esos fondos, sino también a sus familias y a la creación de capital social y patrimonio económico para las generaciones futuras.

La idea de integración social no está limitada por el tiempo ni el espacio. En cambio, significa que las generaciones presentes y futuras tienen derecho a igualdad y justicia social. Las decisiones que se toman hoy afectan la estructura de integración social presente y futura, así como las oportunidades derivadas de ella. La idea de equidad intergeneracional supone que cada generación atenderá sus propias necesidades de manera de no perjudicar a la generación siguiente ni situarla en una situación de desventaja. De igual modo, al producirse cambios en la sociedad y en su composición demográfica, es preciso replantearse las responsabilidades de las distintas generaciones y ajustarse a las nuevas realidades (Naciones Unidas, 2005b).

El rápido envejecimiento de la población trae consigo múltiples desafíos y exige respuestas que garanticen la distribución justa de los recursos, de modo de responder adecuadamente a las necesidades de todos los grupos etarios de la sociedad. Exige, asimismo, cambios en las actitudes, políticas y prácticas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Por ende, si los países de América Latina y el Caribe encuentran un camino de progreso y justicia, las personas de edad no podrán quedar excluidas. La pregunta clave es cómo ayudar a que este grupo etario participe plenamente en lo que el progreso posibilita y la justicia exige (CELADE, 1997).

La efectiva inserción social de las personas mayores se relaciona con la equidad en el acceso a diferentes servicios sociales y económicos, así como con la garantía de sus derechos.

En los países que carecen de pensiones básicas y donde la pobreza tiende a ser un fenómeno extendido en toda la población, las políticas encaminadas a mejorar la seguridad de ingresos durante la vejez deberían contemplarse como parte de las estrategias de reducción de la pobreza. Si las pensiones no contributivas constituyen parte del abanico de respuestas frente a la pobreza, y además se abordan todos los demás aspectos involucrados, es probable que aumenten las posibilidades de que las futuras

generaciones rompan el círculo de transmisión intergeneracional de este flagelo. En cambio, en los países que disponen de estos programas, es fundamental continuar avanzando hacia una mayor cobertura de las prestaciones, tomando en cuenta principios tales como la universalidad de la seguridad social.

En los países que soportan una doble carga epidemiológica, las políticas sanitarias tendrán que abordar de una forma más explícita esta situación. Así, algunos se enfrentarán todavía con el problema de alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad materna e infantil, al tiempo que deben reajustar sus sistemas sanitarios para hacer frente a las necesidades de una creciente población de edad avanzada (Naciones Unidas, 2007b). En cambio, en los países más adelantados es fundamental hacer hincapié en la promoción de la salud en todas las etapas de la vida, con el fin de reducir al mínimo las enfermedades crónicas. Igualmente es de suma importancia mejorar la solidaridad de los sistemas sanitarios, ampliando las oportunidades de acceso en condiciones de igualdad para toda la población.

En los países donde persiste el rezago habitacional y de acceso a los servicios básicos, se deberá avanzar simultáneamente hacia el cumplimiento del objetivo de desarrollo del Milenio de aumentar el acceso sostenible al agua potable y los servicios básicos e ir readecuando las nuevas soluciones habitacionales para facilitar la convivencia entre varias generaciones. Asimismo es imprescindible crear condiciones que favorezcan el envejecimiento en casa y apoyar a las familias en las tareas de cuidado que realizan determinados miembros del hogar.

De acuerdo con un informe reciente de las Naciones Unidas (2007b), los países en desarrollo deben evitar repetir los errores de algunos de los países más ricos, que construyeron numerosas instituciones para las personas de edad. En muchos casos, la atención de la comunidad resulta una solución más eficaz e incluso, si no existe otra opción que el ingreso a un centro de larga estadía, el proceso debe adaptarse a la cultura local y no limitarse a seguir las pautas previamente establecidas.

La oportunidad de avanzar en todos estos ámbitos está estrechamente vinculada a la posibilidad de aprovechar el bono demográfico. En la región, las modificaciones de la estructura etaria se están desarrollando de modo tal que la proporción de personas en edad de trabajar irá aumentando en los próximos decenios del siglo XXI. Es decir, las relaciones de dependencia tenderán a disminuir por lo menos durante un cierto lapso, por lo que la mayoría de los países de la región tendrá ante sí la posibilidad de ampliar el potencial productivo y prepararse para la fase final de transición demográfica caracterizada por el incremento relativo de la población de mayor edad.

Frente a este panorama, el reto central para América Latina y el Caribe consiste en aprovechar el potencial positivo creado por la transición demográfica y prepararse oportuna y adecuadamente para enfrentar las nuevas necesidades derivadas de estos cambios, con el fin de impulsar un desarrollo sostenible con equidad social en la región (Machinea, 2007).

En suma, y como destaca un reciente informe del Secretario General de las Naciones Unidas, los Estados han realizado esfuerzos para hacer frente al reto que impone el envejecimiento de la población (Naciones Unidas, 2006a). De acuerdo con la información disponible, esas medidas son esenciales y deben complementarse con nuevas intervenciones. En este sentido, y aunado a lo antes dicho, resulta de suma importancia mejorar las capacidades y los recursos de la infraestructura institucional disponible en los países de la región; fortalecer las capacidades técnicas de los equipos nacionales a cargo de los asuntos de envejecimiento, y anticipar la planificación y graduar debidamente las medidas que se pondrán en práctica, siendo fundamental para ello contar con datos actualizados y accesibles sobre la población adulta mayor y sus necesidades.

Igualmente, en aquellos países más adelantados, es fundamental medir la eficacia de las legislaciones, las políticas y los programas que se implementan. En este sentido, es preciso realizar un análisis acucioso de las materias de política pública más importantes en las que se deben invertir los recursos. Cada vez más, se reconoce que los procesos participativos son especialmente importantes para mejorar la gestión pública. Un proceso normativo y programático participativo mejorará la eficacia de las intervenciones y facilitará la inclusión de las personas mayores en las decisiones que les afectan.

Para avanzar en este camino, es preciso estimar el valor y el significado del contrato intergeneracional para cada sociedad. Hay que celebrar lo que este acuerdo aporta a la sociedad en términos de cohesión social y valorar la disposición de las sociedades a cumplir con sus compromisos sociales (Naciones Unidas, 2005a). Los gobiernos deben reformar las políticas de manera de que apoyen y mantengan una sociedad que incluya a todos, en lugar de circunscribir las acciones relativas a las personas mayores como asuntos alejados del devenir de una sociedad.

De acuerdo con lo propuesto por la CEPAL en su último período de sesiones, es apremiante que la región avance, por una parte ampliando los niveles de protección social de toda la población y, por otra, fortaleciendo los mecanismos de solidaridad —en este caso entre generaciones— junto con disminuir las desigualdades que afectan la cohesión social (CEPAL, 2006).

ANEXO

Cuadro A.1

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TOTAL, PROPORCIÓN Y TASA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN
DE 60 AÑOS Y MÁS, 1950-2050**

Países y territorios	Población de 60 años y más					Porcentaje de la población de 60 años y más					Tasa de crecimiento de la población de 60 años y más				
	1950	1975	2000	2025	2050	1950	1975	2000	2025	2050	1950-1975	1975-2000	2000-2025	2025-2050	
América Latina y el Caribe	9 305 994	20 986 036	42 920 967	100 452 132	183 688 194	5,6	6,5	9,0	14,8	24,3	3,3	2,9	3,4	2,4	
Total	683 409	1 301 713	2 702 504	6 117 689	14 632 168	5,1	5,3	6,0	8,6	15,9	2,6	2,9	3,3	3,5	
Belize	4 000	9 000	14 000	37 000	93 000	5,8	6,7	5,8	9,5	19,1	3,2	1,8	3,9	3,7	
Bolivia	152 272	264 090	537 452	1 191 151	2 786 304	5,6	5,5	6,4	9,0	16,7	2,2	2,8	3,2	3,4	
Guatemala	132 998	280 006	660 749	1 429 230	3 625 044	4,2	4,5	5,9	7,2	13,0	3,0	3,4	3,1	3,7	
Guayana Francesa	2 000	4 000	9 000	37 000	71 000	7,8	7,1	5,5	12,6	17,5	2,8	3,2	5,7	2,6	
Haití	179 625	321 103	527 062	1 039 305	2 542 712	5,5	6,5	6,3	8,3	15,7	2,3	2,0	2,7	3,6	
Honduras	92 424	152 257	345 833	842 440	2 129 510	6,7	5,0	5,3	8,6	17,2	2,0	3,3	3,6	3,7	
Nicaragua	53 612	114 638	263 681	672 506	1 569 275	4,5	4,4	5,3	9,8	19,6	3,0	3,3	3,7	3,4	
Paraguay	66 478	156 619	344 727	869 057	1 815 323	4,5	5,9	6,3	10,8	18,0	3,4	3,2	3,7	2,9	
Total	6 088 688	14 114 818	30 618 474	77 426 570	143 952 331	5,1	5,8	7,6	14,6	24,3	3,4	3,1	3,7	2,5	
Bahamas	5 000	11 000	25 000	67 000	118 000	6,3	5,8	8,2	16,9	26,3	3,2	3,3	3,9	2,3	
Brasil	2 627 168	6 541 030	14 031 549	35 076 146	63 117 213	4,9	6,0	8,0	15,2	24,6	3,6	3,1	3,7	2,3	
Colombia	625 956	1 425 447	2 854 086	8 125 841	14 918 105	5,0	5,6	6,7	14,6	23,9	3,3	2,8	4,2	2,4	
Costa Rica	73 731	141 318	297 281	878 067	1 654 843	7,6	6,9	7,6	15,8	26,6	2,6	3,0	4,3	2,5	
Ecuador	275 680	422 401	902 716	2 255 926	4 423 165	8,1	6,1	7,3	13,2	21,9	1,7	3,0	3,7	2,7	
El Salvador	93 072	194 906	451 705	953 718	2 249 054	4,8	4,7	7,2	10,4	20,1	3,0	3,4	3,0	3,4	
Guyana	28 000	40 000	52 000	130 000	127 000	6,6	5,5	6,9	19,0	26,6	1,4	1,0	3,7	-0,1	
Jamaica	83 000	173 000	258 000	420 000	620 000	5,9	8,6	10,0	14,4	22,4	2,9	1,6	1,9	1,6	
México	1 486 500	3 320 844	7 342 634	18 444 919	35 262 511	5,4	5,6	7,3	14,9	26,8	3,2	3,2	3,7	2,6	
Panamá	55 834	112 037	233 629	597 233	1 114 440	6,5	6,5	7,9	14,2	22,5	2,8	2,9	3,8	2,5	
Perú	433 205	843 213	1 854 445	4 238 416	8 495 511	5,7	5,6	7,1	12,6	21,8	2,7	3,2	3,3	2,8	
República Dominicana	105 758	233 602	638 708	1 509 370	2 729 130	4,5	4,6	7,7	12,5	19,5	3,2	4,0	3,4	2,4	
Santa Lucía	4 000	8 000	14 000	27 000	52 000	5,1	7,6	9,6	13,8	24,1	2,8	2,2	2,6	2,6	
Suriname	18 000	21 000	37 000	77 000	122 000	8,4	5,8	8,7	16,0	28,6	0,6	2,3	2,9	1,8	
Venezuela (Rep. Bol. de)	173 784	627 020	1 625 721	4 625 934	8 949 359	3,4	4,9	6,7	13,2	21,8	5,1	3,8	4,2	2,6	
Total	1 686 950	3 905 182	6 702 127	12 020 128	18 813 891	7,0	10,3	12,4	18,0	25,8	3,4	2,2	2,3	1,8	

Cuadro A.1 (conclusión)

Países y territorios	Población de 60 años y más					Porcentaje de la población de 60 años y más					Tasa de crecimiento de la población de 60 años y más				
	1950	1975	2000	2025	2050	1950	1975	2000	2025	2050	1950-1975	1975-2000	2000-2025	2025-2050	
Antillas Neerlandesas	10 000	14 000	23 000	53 000	74 000	9,0	8,4	10,7	25,6	39,8	1,3	2,0	3,3	1,3	
Argentina	1 207 209	2 971 006	4 941 660	7 749 566	12 476 798	7,0	11,4	13,4	16,9	24,7	3,6	2,0	1,8	1,9	
Chile	416 741	814 176	1 568 467	3 846 562	5 698 093	6,9	7,8	10,2	20,1	28,2	2,7	2,6	3,6	1,6	
Guadalupe	14 000	29 000	55 000	119 000	154 000	6,7	8,8	12,8	24,7	32,9	2,9	2,6	3,1	1,0	
Trinidad y Tabago	39 000	77 000	114 000	252 000	411 000	6,1	7,6	8,8	18,0	31,0	2,7	1,6	3,2	2,0	
Total	846 947	1 664 323	2 897 862	4 887 745	6 289 804	7,9	10,7	15,3	24,7	33,6	2,7	2,2	2,1	1,0	
Barbados	18 000	33 000	35 000	81 000	99 000	8,5	13,4	13,1	26,7	36,4	2,4	0,2	3,4	0,8	
Cuba	411 955	928 847	1 635 230	2 918 713	3 733 718	7,0	10,0	14,7	26,1	37,5	3,3	2,3	2,3	1,0	
Martinica	17 000	31 000	61 000	117 000	142 000	7,7	9,4	15,8	29,0	40,6	2,4	2,7	2,6	0,8	
Puerto Rico	136 000	272 000	597 000	1 025 000	1 327 000	6,1	9,3	15,6	23,7	30,0	2,8	3,1	2,2	1,0	
Uruguay	263 992	399 476	569 632	746 032	988 086	11,8	14,1	17,1	21,0	26,5	1,7	1,4	1,1	1,1	

Fuente: Estimaciones y proyecciones de población del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL [en línea] www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.

Cuadro A.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: UBICACIÓN DE LOS PAÍSES, SEGÚN LA ETAPA DE ENVEJECIMIENTO, 2000

Etapas	Países y territorios	Índice de envejecimiento	Tasa global de fecundidad
Envejecimiento incipiente	Belice	14,3	3,6
	Bolivia	16,1	4,1
	Guatemala	13,4	4,8
	Guayana Francesa	15,3	3,8
	Haití	15,2	4,3
	Honduras	13,1	4,0
	Nicaragua	12,6	3,3
	Paraguay	16,9	3,7
Envejecimiento moderado	Bahamas	27,0	2,3
	Brasil	27,1	2,4
	Colombia	21,1	2,6
	Costa Rica	23,8	2,4
	Ecuador	21,3	3,0
	El Salvador	20,2	3,0
	Guyana	22,7	2,5
	Jamaica	30,1	2,7
	México	22,2	2,5
	Panamá	24,9	2,7
	Perú	20,9	2,9
	República Dominicana	21,1	3,0
	Santa Lucía	31,9	2,3
	Suriname	25,7	2,7
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	19,8	2,8	
Envejecimiento moderadamente avanzado	Antillas Neerlandesas	51,1	2,1
	Argentina	48,0	2,5
	Chile	36,6	2,1
	Guadalupe	50,0	2,1
	Trinidad y Tabago	32,8	1,7
Envejecimiento avanzado	Barbados	75,0	1,5
	Cuba	71,6	1,6
	Martinica	66,7	1,9
	Puerto Rico	65,7	1,9
	Uruguay	69,9	2,3

Fuente: Estimaciones y proyecciones de población del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL [en línea], www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.

Cuadro A.3
**COMUNIDAD EUROPEA (PAÍSES SELECCIONADOS): POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS,
 TOTAL NACIONAL Y TRES CIUDADES DE MAYOR TAMAÑO, 1999-2003**
(En porcentajes)

País	Total nacional	Ciudades		
Reino Unido	15,59	Londres	Birmingham	Liverpool
		12,44	14,53	15,28
Francia	16,12	París	Lyon	Lille
		15,4	14,67	12,78
Alemania	16,64	Berlín	Hamburgo	Munich
		15,02	17,08	16,05
Países Bajos	13,6	Amsterdam	Rotterdam	Utrecht
		11,99	15	11,85
España	16,63	Madrid	Barcelona	Valencia
		19,54	22,03	17,61
Italia	18,25	Roma	Milán	Nápoles
		19,04	22,78	15,59

Fuente: Oficina de Estadística de las Comunidades Europeas (EUROSTAT) [en línea], <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>>.

Cuadro A.4
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): POBLACIÓN
 DE 60 AÑOS Y MÁS, TOTAL NACIONAL, CIUDAD PRINCIPAL,
 RESTO URBANO Y RURAL, RONDA DE CENSOS DE 2001**
(En porcentajes)

País y año censal	Entidad geográfica	Población de 60 años y más	Mujeres de 60 años y más	Población de 60 años y más y menos de 4 años de escolaridad
Argentina, 2001	Total nacional	13,4	57,8	24,6
	Gran Buenos Aires	15,2	59,9	16,9
	Resto urbano	12,6	58,2	26,1
	Rural	11,8	47,1	48,3
Bolivia, 2001	Total nacional	7,0	53,7	67,4
	La Paz	5,9	55,2	46,5
	Resto urbano	5,5	56,0	49,2
	Rural	9,2	51,7	86,8
Brasil, 2000	Total nacional	8,6	55,1	49,3
	Río de Janeiro	11,0	59,7	25,1
	São Paulo	8,3	58,5	30,3
	Resto urbano	8,4	56,3	48,9
	Rural	8,4	47,1	72,1
Chile, 2002	Total nacional	11,4	55,9	30,9
	Santiago	11,2	59,1	20,5
	Resto urbano	10,9	56,4	29,5
	Rural	13,4	46,9	58,7
Costa Rica, 2000	Total nacional	7,9	52,3	49,7
	San José	8,8	57,1	33,3
	Resto urbano	8,2	54,5	43,3
	Rural	7,0	46,0	70,1
Ecuador, 2001	Total nacional	9,1	51,9	47,7
	Quito	8,4	55,9	26,0
	Resto urbano	8,8	53,1	38,1
	Rural	9,8	49,5	64,3
Guatemala, 2002	Total nacional	6,4	50,3	77,6
	Ciudad de Guatemala	7,3	56,3	41,9
	Resto urbano	6,9	51,5	75,8
	Rural	5,8	47,1	93,6
Honduras, 2001	Total nacional	5,8	51,1	50,3
	Tegucigalpa	5,3	59,3	28,5
	Resto urbano	5,9	54,5	42,5
	Rural	5,9	47,4	69,8
México, 2000	Total nacional	7,3	53,2	49,5
	Ciudad de México	7,0	57,1	29,2
	Resto urbano	7,0	54,4	44,3
	Rural	8,3	48,7	72,6
Panamá, 2000	Total nacional	8,6	50,6	41,3
	Ciudad de Panamá	8,0	55,9	21,0
	Resto urbano	9,0	53,5	31,1
	Rural	9,1	43,8	66,5
Paraguay, 2002	Total nacional	7,1	53,2	39,2
	Asunción	7,5	58,3	24,6
	Resto urbano	6,7	54,9	37,6
	Rural	7,2	48,2	51,5

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base del procesamiento de los microdatos censales del sistema de Recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM), censos del año 2000.

Cuadro A.5
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ÍNDICE DE DEPENDENCIA TOTAL Y EN LA VEJEZ,
 SEGÚN QUINQUENIOS, 1950-2050**

Etapas	Países y territorios	Índice de dependencia					Índice de dependencia en la vejez				
		1950	1975	2000	2025	2050	1950	1975	2000	2025	2050
Envejecimiento incipiente	Belice	81,6	116,1	84,8	57,7	62,2	10,5	14,5	10,6	14,2	31,1
	Bolivia	88,7	94,5	84,8	61,2	58,6	10,6	10,8	11,8	14,5	26,4
	Guatemala	95,4	97,4	99,8	71,3	55,2	8,3	8,9	11,8	12,3	20,1
	Guayana Francesa	66,7	80,6	70,1	65,9	63,7	13,3	9,7	9,3	20,5	28,6
	Haití	82,5	90,5	86,8	62,7	61,4	10,2	11,9	11,5	13,5	25,4
	Honduras	94,0	110,2	92,2	61,9	59,0	12,1	10,3	10,7	14,0	27,3
	Nicaragua	93,7	106,2	85,7	61,1	64,9	8,0	8,4	9,6	15,8	32,3
Paraguay	106,3	98,8	80,7	61,7	62,9	9,3	11,1	11,6	17,4	29,4	
Envejecimiento moderado	Bahamas	83,7	89,0	59,8	61,1	76,7	11,6	11,0	12,7	27,5	45,8
	Brasil	86,7	86,4	60,4	59,8	73,6	9,1	11,3	12,9	24,3	42,8
	Colombia	90,9	96,8	64,9	58,5	71,3	9,5	11,1	11,3	23,1	40,9
	Costa Rica	85,5	93,3	64,9	57,9	76,7	14,2	13,3	12,5	24,9	47,0
	Ecuador	91,0	99,7	71,9	60,5	67,9	15,5	12,2	12,6	21,2	36,8
	El Salvador	91,7	101,4	74,8	57,7	65,6	9,1	9,5	12,6	16,5	33,3
	Guyana	91,4	98,6	60,4	66,3	68,3	12,7	10,8	11,2	31,5	44,7
	Jamaica	71,8	115,8	75,2	65,4	70,6	9,9	18,2	17,4	24,0	38,3
	México	91,6	106,9	68,1	57,2	77,0	10,3	11,3	12,4	23,4	47,4
	Panamá	87,8	97,5	66,1	62,0	69,8	12,2	12,8	13,2	22,9	38,2
	Perú	89,5	95,3	71,7	59,1	67,5	10,8	10,9	12,4	20,0	36,5
	República Dominicana	104,2	100,2	72,3	66,3	65,9	8,9	8,9	12,6	20,8	32,3
	Santa Lucía	82,6	118,0	69,7	58,2	73,4	10,9	16,0	16,9	22,1	41,9
	Suriname	93,7	113,5	67,4	63,4	76,2	16,2	11,8	13,8	26,1	46,8
Venezuela (Rep. Bol. de)	88,2	93,1	68,0	61,1	68,0	6,4	9,5	11,2	21,4	36,6	
Envejecimiento moderadamente avanzado	Antillas Neerlandesas	76,2	72,2	60,2	70,5	116,1	14,3	15,5	20,4	43,4	86,2
	Argentina	60,2	68,4	70,8	63,8	73,8	11,3	19,2	22,9	27,8	42,8
	Chile	77,2	81,2	61,2	65,6	81,1	12,1	14,2	16,4	33,3	51,1
	Guadalupe	85,8	102,5	60,7	77,1	96,2	12,4	17,3	20,2	44,3	64,4
	Trinidad y Tabago	87,1	84,0	54,2	60,7	91,8	11,5	13,8	13,4	28,9	59,4
Envejecimiento avanzado	Barbados	71,5	83,6	50,5	70,2	103,8	14,6	25,4	18,9	45,5	74,4
	Cuba	76,4	89,8	54,4	67,5	100,2	12,3	18,7	22,7	43,8	75,1
	Martinica	81,1	98,8	63,6	80,7	112,1	13,1	19,3	25,4	52,0	85,5
	Puerto Rico	97,2	74,8	64,6	73,3	85,7	12,0	16,1	25,6	41,0	55,8
	Uruguay	65,8	71,9	71,8	68,8	77,0	19,5	24,3	29,5	35,4	46,9

Fuente: Estimaciones y proyecciones de población del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL [en línea], www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.

Bibliografía

- Abramovich, Víctor (2004), “Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo de América Latina”, documento preparado para la reunión “Derechos y desarrollo en América Latina: una reunión de trabajo” (Santiago de Chile, 9 y 10 de diciembre de 2004).
- Abramovich, Víctor y Christian Curtis (2006), *El umbral de la ciudadanía: el significado de los derechos sociales en el Estado social constitucional*, Buenos Aires, Editores del Puerto.
- Arriagada, Camilo (2005), “El déficit habitacional en Brasil y México y sus dos megaciudades globales: estudio con los censos de 1990 y 2000”, *serie Población y desarrollo*, N° 62 (LC/L.2433-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.179.
- _____ (2003a), “Acceso a la vivienda de las personas mayores en América Latina: diagnóstico y desafíos regionales después del Plan Mundial de Madrid”, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, inédito.
- _____ (2003b), “La dinámica demográfica y el sector habitacional en América Latina”, *serie Población y desarrollo*, N° 33 (LC/L.1843-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.8.
- Banco Mundial/Banco Interamericano de Desarrollo (2004), “Informe del gasto público para lograr sostenibilidad fiscal y servicios públicos eficientes y equitativos” [en línea] www.bancomundial.org.bo.
- Barker, David (1998), *Mothers, Babies and Health in Later Life*, Londres, Churchill Livingstone, marzo.
- Bassols Coma, Martín (1983), “Consideraciones sobre el acceso a la vivienda en la Constitución española de 1978”, *Revista de derecho urbanístico*, N° 85, Madrid, Editorial Montecorvo.
- Bertranou, Fabio (2006), *Envejecimiento, empleo y protección social en América Latina*, Santiago de Chile, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Bertranou, Fabio, Woulter Van Ginneken y Carmen Solorio (2004), “The impact of tax-financed pensions on poverty reduction in Latin America: evidence from Argentina, Brazil, Chile, Costa Rica and Uruguay”, *International Social Security Review*, vol. 57, N° 4, Oxford, Blackwell Publishing.
- Bosch Meda, Jordi (2006), “El problema de la vivienda en la vejez en Cataluña”, *Revista ACE*, vol. 1, N° 1, Barcelona, Centro de Política de Suelo y Valoraciones.
- Bravo, Jorge y Mauricio Holz (2007), “Interage transfers in Chile, 1997: economic significance”, documento presentado en el Seminario “Ageing in Developing Countries: Building Bridges for Integrated Research Agendas” (Santiago de Chile, 23 y 24 de abril de 2007).
- Bucheli, Marisa, Rodrigo Ceni y Cecilia González (2007), *The Public Transfers Flows Between Generations: Uruguay (1994)*, Montevideo, Departamento de Economía, Universidad de la República.
- Casado, David y G. López (2001), *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*, Colección Estudios Sociales, N° 6, Barcelona, Fundación “La Caixa”.
- CCHD (Caribbean Commission on Health and Development) (2006), *Report of the Caribbean Commission on Health and Development*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Comunidad del Caribe (CARICOM).
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – División de Población de la CEPAL) (2007), *Observatorio demográfico N° 2: población económicamente activa* (LC/G.2337-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.07.II.G.28.
- _____ (2006a), “Envejecimiento. América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades de una sociedad que envejece”, *Temas de población y desarrollo*, N° 5, Santiago de Chile.
- _____ (2006b), “Los derechos en la vejez”, *Envejecimiento y desarrollo*, N° 4, Santiago de Chile.

- _____ (2004), “América Latina y el Caribe: estimaciones y proyecciones de población 1950-2050”, *Boletín demográfico*, N° 73 (LC/G.2225-P), Santiago de Chile, enero.
- _____ (2003), “La situación de las personas mayores”, documento presentado en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento (Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003).
- _____ (1997), *Envejecimiento: cuatro facetas de una sociedad para todas las edades*, serie A, N° 309 (LC/DEM/G.174), Santiago de Chile.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2007a), *Estudio económico de América Latina y el Caribe, 2006-2007* (LC/G.2338-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.2.
- _____ (2007b), *Panorama social de América Latina 2006* (LC/G.2326-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.133.
- _____ (2006), *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294(SSES.31/3)), Santiago de Chile.
- _____ (2005), *Panorama social de América Latina 2005* (LC/G.2288-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.161.
- _____ (2004), *Panorama social de América Latina 2004* (LC/G.2259-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.148.
- _____ (2000), *Panorama social de América Latina 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18.
- CEPAL/SEGIB (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Secretaría General Iberoamericana) (2007), *Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe* (LC/G.2335), Santiago de Chile, enero.
- Cercone, J. (2005), “Análisis de la situación y sistemas de salud de países del Caribe”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Chackiel, Juan (2004), “La dinámica demográfica en América Latina”, *serie Población y desarrollo*, N° 52 (LC/L.2127-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.55.
- Chesnais, Jean Claude (1990), *El proceso de envejecimiento de la población*, serie E, N° 35 (LC/DEM/G.87), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Descola, Phillippe (1986), *La selva culta: simbolismo y praxis en la ecología de los achuar*, Quito, Abya Yala-MLAL.
- Drago, Marcelo (2007), “El modelo de garantías explícitas en las políticas públicas chilenas”, documento presentado en el Taller sobre garantías explícitas en la implementación de los derechos económicos, sociales y culturales en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, 2 al 4 de abril.
- Escobar, Guillermo (2006), *Federación Iberoamericana del Ombudsman*, Madrid, Trama Editorial.
- FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación) (2002), “Equilibrio entre la seguridad alimentaria y el manejo sustentable de los recursos naturales en América Latina y el Caribe”, documento presentado en la 27ª Conferencia Regional de la FAO para América Latina y el Caribe, La Habana, Cuba, 22 al 26 de abril.
- Frenk, J. y otros (1991), “La transición epidemiológica en América Latina”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 111, N° 6, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Gaylin, D.S. y J. Kates (1997), “Refocusing the lens: epidemiological transition theory, mortality differentials, and the AIDS pandemic”, *Social Science and Medicine*, vol. 44, N° 5, Amsterdam, Elsevier.

- Gill, Indermit, Truman Packard y Juan Yermo (2004), *Keeping the Promise of Old Age Income Security in Latin America: a Regional Study of Social Security Reforms*, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Giorguli, Silvia, Selene Gaspar y Paula Leite (2006), *La migración mexicana y el mercado de trabajo estadounidense: tendencias, perspectivas y ¿oportunidades?*, México, D.F., Consejo Nacional de Población (CONAPO).
- Goldani, Ana María (2006), “Familias e envelhecimento: complexidades do ‘cuidado’”, documento presentado en la Reunión sobre indicadores para el seguimiento del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Río de Janeiro, 24 al 26 de julio.
- González, Daniela (2006), “Vivienda, uso del espacio urbano y envejecimiento en América Latina”, presentación preparada para el curso Indicadores de calidad de vida en la vejez, Santiago de Chile, 4 al 8 de diciembre.
- Guedes, Gilvan Ramalho (2006), “Os diferenciais de gênero na influência do status sócio-econômico e da estrutura domiciliar nos resultados de saúde do idoso brasileiro”, documento presentado en el XV Encuentro Nacional de Estudios Poblacionales, Caxambu, Minas Gerais, Brasil, 18 al 22 de septiembre.
- Guendel, Ludwig (2000), *La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los derechos humanos: la búsqueda de una nueva utopía*, San José, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)/Universidad de Costa Rica.
- Guzmán, José Miguel (2002a), “Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe”, *serie Población y desarrollo*, N° 28 (LC/L.1737-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.02.II.G.49.
- _____ (2002b), “¿Podremos construir una sociedad para todas las edades?” [en línea] <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/guzman.htm>
- Guzmán, José Miguel y otros (2006), “La démographie de l’Amérique latine et de la Caraïbe depuis 1950”, *Revue Population 2006*, N° 5/6, Paris, Institut national d’études démographiques.
- Guzmán, José Miguel y Sandra Huenchuan (2004), “Políticas hacia las familias con adultos mayores: notas preliminares”, *Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces*, Irma Arriagada y Verónica Aranda (comps.), *serie Seminarios y conferencias*, N° 42 (LC/L.2230-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.150.
- Ham Chande, Roberto (2003), *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*, México, D.F., El Colegio de la Frontera Norte.
- Hill, Kenneth, José Morelos y Rebeca Wong (coords.) (1999), *Las consecuencias de las transiciones demográficas y epidemiológicas en América Latina*, México, D.F., El Colegio de México.
- Hoeymans, N. y otros (1999), “The contribution of chronic conditions and disabilities to poor self-rated health in elderly men”, *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, vol. 54, N° 10, Washington, D.C., Gerontological Society of America.
- Hopenhayn, Martín y Ernesto Espindola (2007), “El derecho a entornos saludables para la infancia y la adolescencia: un diagnóstico desde América Latina y el Caribe”, *Desafíos*, N° 5, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Hoskins, Dalmer (2002), “Prioridades del desarrollo en un mundo que está envejeciendo”, *Informe del seminario realizado el 31 de octubre de 2002 en el National Press Club*, Washington, D.C., HelpAge International/National Academy of Social Insurance/Initiative for Policy Dialogue.

- Huenchuan, Sandra (2006), “El envejecimiento de la población indígena en América Latina: aproximación conceptual y sociodemográfica”, *Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas*, documentos de proyecto, N° 72 (LC/W.72), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL.
- Huenchuan, Sandra y Alejandro Morlachetti (2006), “Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina”, documento preparado para la Reunión de expertos sobre población, desigualdades y derechos humanos, Santiago de Chile, 26 y 27 de octubre.
- Ibacache, Jaime y América Painemal (2001), “Relaciones familiares en el mundo mapuche. ¿Armonía o desequilibrio?”, documento de trabajo, N° 1, Temuco, Servicio de Salud Araucanía.
- Idler, E.L. (2003), “Discussion: gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the two”, *The Gerontologist*, vol. 43, N° 3, Washington, D.C., The Gerontological Society of America.
- Idler, E.L., L.B. Russell y D. Davis (2000), “Survival, functional limitations, and self-rated health in the NHANES 1 epidemiologic follow-up study, 1992”, *American Journal of Epidemiology*, vol. 152, N° 9, Oxford, Oxford University Press.
- INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores) (2007), “Programas de adultos mayores en zonas rurales y programa 70+” [CD-ROM] [fecha de consulta: agosto de 2007].
- INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) (2007), “Prevalencia de la discapacidad en personas de 65 años y más” [correo electrónico] [fecha de recepción 30 de agosto de 2007].
- _____ (2003), *Encuesta Nicaragüense para Personas con Discapacidad 2003*, Managua.
- Iwakami Beltrão, K., A. Camarano, A. y J. Leitão e Mello (2004), “Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros: resultados não-esperados dos avanços da Segurança Rural”, documento presentado en el Primer Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), Caxambú, Brasil, septiembre.
- Jaramillo, Carlos Felipe (1998), “El mercado rural de tierras en América Latina: hacia una nueva estrategia”, *Perspectivas sobre mercados de tierras rurales en América Latina*, Informe técnico, N° ENV-124, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Jaspers, Dirk (2007), “Una pirámide que exige nuevas miradas”, *Notas de la CEPAL*, N° 53, julio, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Jouravlev, Andrei (2004), “Los servicios de agua potable y saneamiento en el umbral del siglo XXI”, serie *Recursos naturales e infraestructura*, N° 74 (LC/L.2169-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.98.
- Kirk, Dudley (1996), “Demographic transition theory”, *Population Studies*, vol. 50, N° 3, Londres, Population Investigation Committee.
- Lima-Costa, María Fernanda y otros (2003), “Socioeconomic position and health in a population of Brazilian elderly: the Bambui Health and Aging Study (BHAS)”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 13, N° 6, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS), junio.
- Livi-Bacci, Máximo (1994), “Population policies: a comparative perspective”, *International Social Science Journal*, N° 141, París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).
- Machinea, José Luis (2007), “Los retos de la población en América Latina y el Caribe”, *Notas de la CEPAL*, N° 53, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), julio.

- _____ (2006), “Discurso de José Luis Machinea, Secretario Ejecutivo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe con ocasión de la inauguración de la Reunión del Comité Especial sobre Población del período de sesiones” (DIS2-ES), 20 de marzo.
- Maldonado, Jesús y María José Hernán (1998), “Los retos de la solidaridad ante el cambio familiar”, *Cuadernos técnicos de servicios sociales*, Madrid, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.
- Marín, Pedro Paulo y otros (2007), “Exclusión social de discapacitados físicos y mentales dependientes institucionalizados en América Latina y el Caribe”, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID)/Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Marques, Leticia (2006), “El derecho humano a la vivienda adecuada en América Latina: de la teoría a la práctica” [en línea] <http://www.idrc.ca/openebooks/323-2/>.
- Martínez, Jorge y Marcela Ferrer (2006), “Población, desarrollo y derechos humanos: una propuesta para su abordaje en América Latina y El Caribe”, documento preparado para la Reunión de expertos sobre población, desigualdades y derechos humanos, Santiago de Chile, 26 y 27 de octubre.
- Mesa-Lago, Carmelo (2004), “Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social”, *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 144 (LC/L.2090-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.29.
- _____ (1978), *Social Security in Latin America*, Pennsylvania, University of Pittsburgh Press.
- MIDES (Ministerio de Desarrollo Social) (2004), “Diagnóstico nacional de la situación de las personas mayores en Panamá: edificar una sociedad para todos las edades” [en línea] <http://www.portaldoenvelhecimento.net/download/panama.pdf>.
- Molarius, Anu y Staffan Janson (2002), “Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women”, *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 55, N° 4, Amsterdam, Elsevier.
- Naciones Unidas (2007a), *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* (A/RES/61/106), Nueva York, enero.
- _____ (2007b), *Estudio económico y social mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece*, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- _____ (2007c), *World Population Ageing, 2007*, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- _____ (2006a), *Seguimiento de los programas de población, con especial referencia a la evolución de las estructuras de edad de las poblaciones y sus consecuencias para el desarrollo. Informe del Secretario General* (E/CN.9/2007/4), Nueva York, Consejo Económico y Social, diciembre.
- _____ (2006b), *Living Arrangements of Older Person Around the World* (ST/ESA/SER.A/240), Nueva York, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- _____ (2005a), *Desarrollo social, incluidas cuestiones relativas a la situación social en el mundo y a los jóvenes, el envejecimiento, las personas con discapacidad y la familia* (A/60/501), Nueva York, Asamblea General.
- _____ (2005b), *Informe sobre la situación social en el mundo* (A/60/117), Nueva York, julio.
- _____ (2004), *Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con los artículos 16 y 17 del Pacto. Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Chile* (E/C.12/1/Add.105), Nueva York.
- _____ (2001), *Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con los artículos 16 y 17 del Pacto. Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Honduras* (E/C.12/1/Add.57), Nueva York.
- _____ (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 (ECOSOC).

- _____ (1999), “Año Internacional de las Personas Mayores 1999” [en línea] <http://www.un.org/esa/socdev/iyop/esiyo1.htm>.
- _____ (1995a), *Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad*, Observación general, N° 6 (E/C.12/1995/16/Rev.1), Ginebra, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales.
- _____ (1995b), *Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (A./CONF.166/9)*, Copenhague.
- OACDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2004), *Los derechos humanos y la reducción de la pobreza. Un marco conceptual (HR/PUB/04/1)*, Nueva York, Naciones Unidas.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (1973), *Liste des préoccupations sociales communes à la plupart des pays de l'OCDE*, París.
- Offe, Claus (1992), *La sociedad del trabajo: problemas estructurales y perspectivas de futuro*, Madrid, Alianza.
- OISS (Organización Iberoamericana de Seguridad Social) (2007), “Situación y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnóstico”, Proyecto sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en los países del Cono Sur, Madrid.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2006), “Anexo estadístico”, *Panorama laboral 2006: América Latina y el Caribe*, Lima, Oficina Regional para América Latina y el Caribe [en línea] http://www.oit.org.pe/portal/documentos/pl_2006_esp_final_corregido.pdf
- _____ (2002a), *Resolución y conclusiones relativas a la seguridad social. Seguridad social: un nuevo consenso*, Ginebra.
- _____ (2002b), “Una sociedad inclusiva para una población que envejece: el desafío del empleo y la protección social”, documento presentado a la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 8-12 de abril.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2007), *World Health Statistics 2007*, Francia.
- _____ (2004), [en línea] <http://www.who.int/research/en/>, causes of death.
- _____ (2003), *Informe sobre la salud en el mundo: forjemos el futuro*, Ginebra [en línea] http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf.
- _____ (2002), “El maltrato de las personas mayores”, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, Ginebra.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2007), “La renovación de la APS y la atención a los adultos mayores”, julio, inédito.
- _____ (2005), *Informe sobre la salud en el mundo 2005*, Washington, D.C.
- _____ (2002), *La salud en las Américas*, Washington, D.C.
- _____ (1996), “Gente sana en entornos saludables”, *Informe anual del Director, 1996*, Washington, D.C.
- _____ (1994), *La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques*, Washington, D.C.
- Otero, Ángel y otros (2004), “Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española”, *Revista española de salud pública*, vol. 78, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Paddison, Oliver (2005), *Social Security in the English-Speaking Caribbean (LC/CAR/L.64)*, Puerto España, sede subregional de la CEPAL para el Caribe.
- Palloni, Alberto, Susan De Vos y Martha Peláez (2002), “Aging in Latin America and the Caribbean”, *Working Paper*, N° 99-02, Madison, Wisconsin, Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin.
- Palloni, Alberto y otros (2007), “The influence of early conditions on health status among elderly Puerto Ricans”, *Social Biology*, vol. 52, N° 3-4, Washington, D.C., Society for the Study of Social Biology.

- Pautasi, Laura y Corina Rodríguez (2006), “Ingreso ciudadano y equidad de género: ¿modelo para armar? Una aproximación al caso latinoamericano”, *La renta básica como nuevo derecho ciudadano*, Gerardo Pisarello y Antonio De Cabo, Madrid, Editorial Trotta.
- Pisarello, Gerardo (2003), *Vivienda para todos: un derecho en (de)construcción: el derecho a una vivienda digna y adecuada como un derecho exigible*, Madrid, Editorial Icaria.
- Pisarello, Gerardo y Antonio De Cabo (2006), *La renta básica como nuevo derecho ciudadano*, Madrid, Editorial Trotta.
- Reyes Gómez, Laureano (2002), *Envejecer en Chiapas. Etnogerontología Zoque*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México.
- Robles, Leticia (2003) “Una vida cuidando a los demás. Una carrera de vida en ancianas cuidadoras”, ponencia presentada en el 51º Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile, 14 al 18 de julio.
- Rodríguez, Jorge (2004), “Migración interna en América Latina y el Caribe: estudio regional del período 1980-2000”, *serie Población y desarrollo*, N° 50 (LC/L.2059-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.3
- _____ (2003), “La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición”, *serie Población y desarrollo*, N° 46 (LC/L.1996-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.158.
- Rodríguez, Jorge (2001), *Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes*, *serie Población y desarrollo*, N° 17 (LC/L.1588-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.131.
- Romero, Dalia, Íuri da Costa Leite y Célia Landmann Szwarcwald (2005), “Expectativa de vida saludable no Brasil: uma aplicação do método de Sullivan”, *Cadernos de saúde pública*, vol. 21, N° 1, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.
- Rosero-Bixby, Luis y Arodys Robles (2006), “Los dividendos demográficos en Costa Rica a partir del mapeo de la economía del ciclo vital del individuo”, ponencia presentada al II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), Guadalajara, México, 3 al 5 de septiembre.
- Saad, Paulo (2004), “Transferencias de apoyo intergeneracional no Brasil e na América Latina”, *Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?*, A.A. Camarano (org.), Rio de Janeiro, Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA).
- _____ (2003), “Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuestas SABE”, *Notas de población*, N° 77 (LC/G.2213-P), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL.
- Sánchez, Carmen Delia (1996), *Sistema de apoyo y familiares de pacientes de Alzheimer*, San Juan, Puerto Rico, Oficina del Gobernador para Asuntos de la Vejez.
- Schkolnik, Susana (2007), *Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador*, Quito, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL/Ministerio de Bienestar Social.
- _____ (2004), “La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?”, *serie Seminarios y conferencias*, N° 36 (LC/L.1588-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.131.
- Schkolnik, Susana y Juan Chackiel (2004), “Los sectores rezagados en la transición de la fecundidad en América Latina”, *Revista de la CEPAL*, N° 83 (LC/G.2231-P), Santiago de Chile, agosto.

- Schwarz, A. (2002), “La relación entre desarrollo y protección social”, *Informe del seminario realizado el 31 de octubre de 2002 en el National Press Club*, Washington, D.C., Estados Unidos, HelpAge International/National Academy of Social Insurance/Initiative for Policy Dialogue.
- Sempere, Antonio y Faustino Cavas (2007), *Ley de dependencia. Estudio de la Ley 39/2006, sobre promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Pamplona, Editorial Aranzadi.
- Sojo, Ana María (2006), “La garantía de prestaciones en salud en América Latina: equidad y reorganización de los cuasimercados a inicios del milenio”, *serie Estudios y perspectivas*, N° 44 (LC/MEX/L.708), México, D.F., sede subregional de la CEPAL en México. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.9.
- Spizzichino, Daliele y Viviana Egidi (2007), “Objective and subjective dimensions of gender differences health. An analysis of the Italian health interview survey”, documento presentado en el Workshop of the EAPS Working Group on Health, Morbidity and Mortality: Individual, Area and Group Variation in Morbidity and Mortality, Roma, 17 al 19 de septiembre.
- Superintendencia de Salud (2006), “Impacto del envejecimiento en el gasto en salud: Chile 2002-2020”, Documento de trabajo, Santiago de Chile, julio.
- Tabor, Steven (2002), “Transferencias directas en efectivo”, *serie Documentos de discusión sobre la protección social*, N° 223, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Tellechea, Lourdes (2007), “Derechos humanos en los cuidados a largo plazo”, presentación realizada en la Reunión/Taller Internacional (La Habana, 10 al 12 de mayo de 2007).
- Titelman, Daniel (2000), “Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes”, *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 104 (LC/L.1425-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.99.
- Vallin, Jacques (1994), *La demografía*, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL.
- Vásquez, Javier (2004), “Discriminación y violencia en la vejez: mecanismos legales e instrumentos internacionales para la protección de los derechos en la edad avanzada”, documento preparado para la Reunión de Expertos sobre Envejecimiento - II Foro Centroamericano y del Caribe sobre Políticas para Adultos Mayores, San Salvador, 10 al 12 de noviembre.
- 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).
- _____ (2003), “Discurso del oficial a cargo del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL, señor Miguel Villa”, *Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe* (Santiago de Chile, 9 al 12 de diciembre de 2002) (LC/L.1995), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° venta: S.03.II.G.157.
- Villa, Miguel y Daniela González (2004), “Dinámica demográfica de Chile y América Latina: una visión a vuelo de pájaro”, *Revista de sociología*, N° 18, Santiago de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Villa, Miguel y Jorge Rodríguez (2002), *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas* (LC/R.2086), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL.
- Villa, Miguel y Luis Rivadeneira (2000), “El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica”, *Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad: ponencias presentadas al seminario técnico, serie Seminarios y conferencias*, N° 2 (LC/L.1399-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.88.