

Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

Perspectiva regional y de derechos humanos

SANDRA HUENCHUAN

Editora

Desarrollo Social



NACIONES UNIDAS

CEPAL



POR UN DESARROLLO
SOSTENIBLE CON IGUALDAD

Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL



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



www.cepal.org/es/suscripciones

Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

**Perspectiva regional
y de derechos humanos**

Sandra Huenchuan
Editora



Libros de la CEPAL

154

Alicia Bárcena

Secretaria Ejecutiva

Mario Cimoli

Secretario Ejecutivo Adjunto

Raúl García-Buchaca

Secretario Ejecutivo Adjunto
para Administración y Análisis de Programas

Hugo Beteta

Director de la sede subregional de la CEPAL en México

Paulo Saad

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

Ricardo Pérez

Director de la División de Publicaciones y Servicios Web

Este libro fue preparado en forma conjunta por la sede subregional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en México y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL.

Su elaboración estuvo a cargo de Sandra Huenchuan, Asistente Superior de Investigación en Asuntos Sociales de la Unidad de Desarrollo Social de la sede subregional de la CEPAL en México, bajo la supervisión de Miguel del Castillo, Jefe de dicha Unidad. Los capítulos I y II fueron preparados por el CELADE-División de Población de la CEPAL, que contó con la labor de Zulma Sosa, Asesora Regional en Población y Desarrollo, y de Daniela González, Asistente de Información, bajo la supervisión de Paulo Saad, Director de esa División. Cecilia Gallo, Alejandro Morlachetti y María Cecilia Villarreal produjeron aportes específicos para el documento.

Una primera versión de este documento fue preparada para la Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe, que se celebró en Asunción del 27 al 30 de junio de 2017. Esa versión fue ampliada y mejorada sobre la base de aportes y sugerencias recibidos por los países en dicha oportunidad.

Se agradecen los comentarios del Comité Editorial de la CEPAL, que contribuyeron a enriquecer esta publicación.

Los límites y los nombres que figuran en los mapas incluidos en este documento no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.

Publicación de las Naciones Unidas

ISBN: 978-92-1-122002-5 (versión impresa)

ISBN: 978-92-1-058640-5 (versión pdf)

ISBN: 978-92-1-358097-4 (versión ePub)

Número de venta: S.18.II.G.18

LC/PUB.2018/24-P

Distribución: G

Copyright © Naciones Unidas, 2018

Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago

S.18-00629

Esta publicación debe citarse como: S. Huenchuan (ed.), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*, Libros de la CEPAL, N° 154 (LC/PUB.2018/24-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2018.

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

Índice

Prólogo.....	11
Capítulo I	
Cambio demográfico, disparidades y convergencias regionales	19
Introducción.....	19
A. Las grandes tendencias demográficas.....	20
1. Rápido descenso de la fecundidad hacia el nivel de reemplazo	20
2. Ganancia de años de vida	23
3. La ubicación de los países en el proceso de transición demográfica	24
4. La población seguirá creciendo hasta mediados de siglo.....	27
B. Los efectos de la transformación demográfica.....	29
1. Disminución de la población joven y aumento de las personas mayores	29
2. Diferentes etapas del proceso de envejecimiento	31
3. Surgimiento de sociedades y economías envejecidas	34
C. La dependencia demográfica.....	37
Bibliografía.....	40
Anexo I.A1	41
Capítulo II	
Situación sociodemográfica de las personas mayores en América Latina y el Caribe	49
Introducción.....	49

A. Tamaño de la población y estructura por sexo y edad.....	50
B. Envejecimiento interno.....	54
C. Diferencias territoriales de las estadísticas sobre personas mayores	57
D. Las personas mayores en las ciudades.....	59
E. El acceso a la educación formal por generaciones.....	62
F. Vejez femenina acompañada	63
G. Los roles de las personas mayores en el hogar	64
1. Los arreglos residenciales de las personas mayores.....	64
2. Las personas de edad que viven solas en sus hogares.....	67
3. Mujeres mayores jefas de hogar	71
H. Discapacidad y limitaciones funcionales.....	72
I. El acceso al agua potable en los hogares con personas mayores	75
Bibliografía.....	78
Anexo II.A1	79
Capítulo III	
Los derechos humanos en un contexto de envejecimiento y la protección de los derechos de las personas mayores	
	85
Introducción.....	85
A. Aspectos teórico-conceptuales	88
1. La construcción social de la vejez como base de la diferencia y la falta de autonomía	88
2. El fundamento y estandarización de los derechos humanos de las personas mayores	91
B. El marco internacional de los derechos humanos de las personas mayores y el debate actual.....	95
1. Identificación y definición de los titulares de derechos	96
2. El carácter multifacético de los derechos humanos en la vejez	97
3. Asuntos específicos relacionados con la protección de los derechos humanos de las personas mayores	99
C. El marco interamericano de derechos humanos de las personas mayores.....	105
1. El proceso de elaboración de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.....	105
2. Búsqueda de consenso sin retroceder.....	108
3. Las responsabilidades de los Estados y mecanismos de seguimiento.....	110
4. La triple dimensión de los derechos protegidos en la Convención	113
5. Implementación de la Convención: sugerencias para aprovecharla al máximo	116
Bibliografía.....	130

Capítulo IV

La universalización de la protección social de la vejez
en el contexto de la Agenda 2030..... 135

Introducción..... 135

- A. La universalización de la protección social en contexto
de cambio demográfico 138
 - 1. Las oportunidades que ofrece el segundo bono
demográfico para universalizar la protección social..... 139
- B. Ampliación de la seguridad de ingresos en la vejez 147
 - 1. Cobertura contributiva 147
- C. Mejora y expansión de la protección en materia de salud 154
 - 1. Años de vida saludable..... 154
- D. Necesidad de más y mejores servicios de cuidados
a largo plazo 165
 - 1. Incremento de la necesidad potencial de cuidadores..... 166
 - 2. Vínculo entre los cuidados de largo plazo y la atención
en salud 170
 - 3. Prioridades de políticas sobre cuidados de largo plazo
en la vejez..... 178
 - 4. Cuidado a largo plazo para personas mayores
de América Latina y el Caribe..... 182

Bibliografía..... 185

Capítulo V

Las disparidades que afectan los derechos humanos de las personas
mayores y el cumplimiento de los ODS..... 191

Introducción..... 191

- A. Igualdad y no discriminación en el acceso al crédito en la vejez 194
 - 1. El acceso al crédito en el marco de los derechos humanos.... 194
 - 2. La discriminación por edad en el acceso al crédito 198
 - 3. El acceso al crédito para personas mayores
en América Latina y el Caribe 204
- B. Prevención y erradicación del maltrato de las personas
mayores como un problema de derechos humanos..... 209
 - 1. El derecho a una vida libre de violencia en la vejez 209
 - 2. Causas y consecuencias del maltrato contra
las personas mayores 212
 - 3. Prevención y erradicación del maltrato de las personas
mayores en América Latina y el Caribe..... 217
- C. Los cuidados paliativos al final de la vida
y la muerte digna..... 220
 - 1. El derecho a la vida y a la dignidad en la vejez 220
 - 2. El derecho al consentimiento libre e informado
y a la voluntad anticipada 223

3. Los cuidados paliativos y la atención a las personas mayores ...	224
4. Los cuidados paliativos como una obligación del Estado.....	226
5. Los cuidados paliativos en América Latina y el Caribe.....	227
Bibliografía.....	233
Capítulo VI	
Síntesis y conclusiones	237
A. Expresiones del cambio demográfico en curso.....	237
B. Universalidad de la protección social en la vejez.....	240
C. Derechos humanos de las personas mayores.....	243
D. De las enseñanzas aprendidas al fortalecimiento de las instituciones.....	247
E. La necesidad de una mayor protección internacional.....	249
Bibliografía.....	251
Publicaciones recientes de la CEPAL.....	253
Cuadros	
I.A1.1 América Latina y el Caribe (31 países): tasa global de fecundidad, por países y subregiones, 1965-2065	41
I.A1.2 América Latina y el Caribe (31 países): esperanza de vida al nacer, por subregiones y países, 1965-2065	42
I.A1.3 América Latina y el Caribe: población de 60 años y más según el sexo, por subregiones y países, 1965-2060	43
I.A1.4 América Latina y el Caribe: índice de envejecimiento y relación de dependencia en la vejez, por subregiones y países, 1965-2060	46
I.A1.5 América Latina y el Caribe: relación de apoyo a los padres y relación de apoyo potencial, por subregiones y países, 1965-2060	47
II.1 América Latina y el Caribe: número y proporción de personas de 60 años y más, según sexo, 2017-2060	51
II.2 América Latina (12 ciudades): población total, población de 60 años y más e indicadores de envejecimiento, censos de 2000 y 2010	60
II.3 América Latina (10 países): población analfabeta de 60 años y más, según sexo, censos de 1990, 2000 y 2010	62
II.A1.1 América Latina y el Caribe: población de 60 años y más y de 75 años y más, por subregiones y países, 1965-2060.....	79
II.A1.2 América Latina y el Caribe: relación de feminidad de la población de 60 años y más y de 75 años y más, por subregiones y países, 1965-2060.....	81
II.A1.3 América Latina (12 países): población de 60 años y más que vive en áreas urbanas y rurales, censos de 1990, 2000 y 2010	83

IV.1	América Latina y el Caribe: estimación de la necesidad de cuidadores informales por cada 100 personas de 65 años y más sobre la base de la demanda estimada de Estados Unidos, Noruega y Australia, 2015-2030	168
IV.2	Elementos esenciales de los cuidados de largo plazo según lo establecido en documentos internacionales	173
V.1	América Latina y el Caribe: nivel de desarrollo de los programas de cuidado paliativo, 2014	228

Gráficos

I.1	América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad, por subregiones, 1965-2065	22
I.2	América Latina y el Caribe (países seleccionados): tasa global de fecundidad, 1965-2065	22
I.3	América Latina y el Caribe: esperanza de vida al nacer, por subregiones, 1965-2065	24
I.4	América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad y esperanza de vida al nacer, 2015-2020	25
I.5	América Latina y el Caribe: población y tasas de crecimiento, 1965-2075	27
I.6	América Latina y el Caribe: evolución y proyección de la población por tres grandes grupos de edad, 1950-2100	30
I.7	América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad y porcentaje de población de 60 años y más, 2015-2020	32
I.8	América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad y porcentaje de población de 60 años y más, 2030-2035	33
II.1	América Latina y el Caribe: número y proporción de personas de 60 años y más, 2017-2060	51
II.2	América Latina y el Caribe (31 países): población de 60 años y más y de 75 años y más, 2017	55
II.3	América Latina y el Caribe (31 países): población de 60 años y más y de 75 años y más, 2030	56
II.4	América Latina y el Caribe (12 países): población de 60 años y más en las áreas urbanas y rurales, censos de 1990, 2000 y 2010	58
II.5	América Latina y el Caribe (10 países): personas casadas o unidas y viudas, por sexo, censos de 1990, 2000 y 2010	63
II.6	América Latina y el Caribe (12 países): personas mayores y hogares con personas mayores, censos de 2010	65
II.7	América Latina y el Caribe (12 países): hogares con personas mayores, censos de 1990, 2000 y 2010	66
II.8	América Latina y el Caribe (12 países): hogares con personas mayores en las áreas urbanas y rurales, censos de 2010	67
II.9	América Latina y el Caribe (13 países): hogares unipersonales de personas mayores, censos de 1990, 2000 y 2010	68

II.10	América Latina y el Caribe (13 países): hogares unipersonales de personas mayores en áreas urbanas y rurales, censos de 2010.....	68
II.11	América Latina y el Caribe (13 países): personas de edad que viven solas, censos de 1990, 2000 y 2010	69
II.12	América Latina y el Caribe (11 países): personas de edad que viven solas en las áreas urbanas y rurales, censos de 2010	70
II.13	América Latina y el Caribe (11 países): personas de edad que viven solas, según sexo, censos de 2010	71
II.14	América Latina y el Caribe (10 países): personas mayores jefas de hogar, según sexo, censos de 1990, 2000 y 2010	72
II.15	América Latina y el Caribe (8 países): personas mayores que tienen algún tipo de discapacidad, censos de 2000 y 2010	73
II.16	América Latina y el Caribe (8 países): personas mayores que tienen algún tipo de discapacidad, según sexo, censos de 2010	75
II.17	América Latina y el Caribe (11 países): población de 60 años y más con acceso al agua potable dentro de la vivienda en las áreas urbanas y rurales, censos de 2010.....	77
IV.1	América Latina y el Caribe: bonos demográficos y crecimiento de la relación de dependencia total, 2000-2100	140
IV.2	América Latina y el Caribe: relación de dependencia de educación y relación de dependencia en la vejez, 2000-2050	141
IV.3	América Latina y el Caribe: riqueza por pensiones per cápita de la población de 65 años y más, 2000-2050 (anual)	142
IV.4	América Latina y el Caribe: resumen del ciclo vital de la población de 0 a 24 años, 2000-2050	143
IV.5	América Latina y el Caribe: resumen del ciclo vital de la población de 65 años y más, 2000-2050.....	143
IV.6	América Latina y el Caribe (18 países): gasto per cápita en salud.....	145
IV.7	América Latina (17 países): afiliación o cotización de los ocupados a los sistemas de pensiones según sexo, alrededor de 2008 y 2015	148
IV.8	América Latina (17 países): percepción de pensiones totales, contributivas y no contributivas entre las personas de 65 años y más, alrededor de 2008 y 2015.....	149
IV.9	América Latina: disparidades en los montos de las pensiones medias mensuales, recibidas por las personas de 65 años y más, según el sexo, el área de residencia, el nivel educacional y el decil de ingreso, alrededor de 2015.....	150
IV.10	América Latina (17 países): proporción de mujeres de 60 años y más sin ingresos propios y proporción de mujeres de 60 años y más que son receptoras de pensiones, alrededor de 2015.....	151
IV.11	América Latina (12 países): población económicamente activa de 60 años y más y gasto público en protección social no relacionado con la salud.....	152

IV.12	América Latina (12 países): hogares en situación de pobreza con jefe de hogar de 65 años y más según sexo, 2014.....	153
IV.13	América Latina (12 países): personas de 65 años y más en situación de pobreza según sexo, 2014.....	153
IV.14	América Latina y el Caribe (20 países): esperanza de vida sana y carente de buena salud a los 60 años, 2000 y 2015.....	155
IV.15	América Latina (5 países): esperanza de vida libre de discapacidad y esperanza de vida con algún grado de discapacidad a los 60 años, por sexo, censos de la década de 2010.....	156
IV.16	América Latina y el Caribe: años de vida perdidos de la población de 60 años y más por enfermedades no transmisibles cada 100.000 habitantes, 2010.....	158
IV.17	América Latina y el Caribe (28 países): incremento de la prevalencia de la dependencia severa en la población de 60 años y más, 2020-2050.....	159
IV.18	América Latina y el Caribe (19 países): variación de muertes por Alzheimer y otras demencias de la población de 75 años y más, entre 2007 y último año disponible.....	160
IV.19	América Latina y el Caribe (25 países): muertes por enfermedades del sistema respiratorio de la población de 75 años y más, 2007 y último año disponible.....	161
IV.20	Prevalencia de factores de riesgo en América Latina y el Caribe: nivel alto, medio y bajo, 2014.....	162
IV.21	América Latina (7 países): utilización de servicios de salud por grandes grupos de edad, 2003.....	163
IV.22	América Latina (18 países): cobertura de gastos en salud de la población de 60 años y más por tipo de seguro, 2000, 2007 y 2016.....	165
IV.23	América Latina (10 países): tiempo medio destinado al trabajo remunerado y no remunerado de la población femenina de 15 años o más, último período disponible.....	167
IV.24	América Latina (20 países): proporción de cuidadores informales requeridos respecto de la población económicamente activa menor de 65 años, 2015-2030.....	169

Recuadros

I.1	Explicación metodológica de la agrupación etaria utilizada en el análisis de sociedades y economías envejecidas.....	34
I.2	Las Cuentas Nacionales de Transferencias.....	38
II.1	El envejecimiento demográfico de los pueblos indígenas.....	52
II.2	El envejecimiento demográfico de la población afrodescendiente.....	53
II.3	La sobrevivencia después de los 60 años de edad.....	56
III.1	Problemas contemporáneos de las personas mayores y sus derechos humanos.....	93

III.2	Lecciones aprendidas de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	103
III.3	Artículo 36: sistema de peticiones individuales	112
IV.1	Alcances y limitaciones de los instrumentos regionales	171
IV.2	Protección económica frente a la necesidad de cuidado de largo plazo en la vejez.....	175
IV.3	Experiencias de cuidados de largo plazo en el hogar	181
V.1	Recomendaciones de los órganos de Derechos Humanos.....	195
V.2	Acceso de las personas mayores al crédito en México	201
V.3	El acceso de las personas mayores al crédito en otras regiones del mundo	202
V.4	Chile y la protección de las personas mayores como consumidores	208
V.5	El maltrato de las personas mayores en los Comités de los Tratados de Derechos Humanos	209
V.6	La experiencia en la prevención y erradicación del maltrato de las personas mayores en otras regiones del mundo.....	215
V.7	El cuidado paliativo en otras regiones del mundo	232

Diagramas

III.1	Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores	114
III.2	Elementos del derecho a la no discriminación en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores	119
III.3	Artículo 11 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores: consentimiento libre e informado	126
III.4	Interdependencia de los derechos humanos en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores	129
IV.1	Ámbitos de intervención en materia de cuidados de largo plazo de las personas mayores	172

Mapas

I.1	América Latina y el Caribe: transformación de la estructura etaria de la población, 2015-2060	36
I.2	América Latina y el Caribe: transformación de la estructura económica de la población, 2015-2060	39
II.1	América Latina (4 ciudades): población de 60 años y más, según división administrativa menor, censos de la década de 2010	61

Prólogo

El cambio de estructura por edades de la población es un fenómeno que ha sido anunciado con prudente anticipación. Hoy en día el envejecimiento demográfico es un proceso en marcha, con variaciones subregionales y entre países, pero bien establecido. Desde el punto de vista de sus implicancias económicas y sociales se trata quizás de la transformación más importante de esta época.

A nivel mundial, entre 2015 y 2030 la población de 60 años y más se elevará de 900 millones a más de 1.400 millones de personas. Ello supone un incremento del 64% en tan solo 15 años, siendo el grupo de edad que más crece. En términos relativos, el porcentaje de población de 60 años y más pasará del 12,3% en 2015 al 16,4% en 2030. Aunque la situación de las regiones es marcadamente distinta, y Europa es y seguirá siendo el continente más envejecido del mundo, en nuestra región el proceso de envejecimiento se produce de manera más rápida, pasando de 70 millones de personas mayores a 119 millones en el mismo período, lo que supone un aumento del 59%.

América Latina y el Caribe se encuentra además en la antesala de un cambio sin precedentes en su historia: en 2037 la proporción de personas mayores sobrepasará a la proporción de menores de 15 años. En valores absolutos, la población de 60 años y más, compuesta en la actualidad por unos 76 millones de personas, tendrá un período de amplio incremento que la llevará a alcanzar las cifras de 147 millones de personas en 2037 y 264 millones en 2075. Si bien la región en su conjunto está entrando en una etapa de envejecimiento acelerado, en la mitad de los países —algunos de los cuales corresponden a los más pobres— el proceso es incipiente y moderado, y los mayores cambios ocurrirán de aquí a 2030.

El envejecimiento en nuestra región ocurre en paralelo a la estabilización numérica de la población, que dejará de crecer alrededor del año 2060. Si bien las proyecciones aún indican un aumento de la población de unos 730 millones de personas en 2050, se prevé que hacia el final del siglo XXI se haya reducido a cerca de 690 millones de personas. A raíz de esta tendencia en la evolución de la población regional, al terminar el siglo esta representará en el mundo casi la misma proporción que representaba en la década de 1950 (6,8%), mientras que en 2030 el 8,4% de la población adulta mayor mundial vivirá en nuestra región.

Más allá de las cifras, lo más inquietante para la región es el escenario en el que ocurre el envejecimiento poblacional, caracterizado por la desigualdad, la pobreza, el agotamiento de un modelo de crecimiento económico insostenible, y el avance del desempleo y del empleo de baja productividad. Frente a ello, la planificación basada en los escenarios demográficos es más importante que nunca puesto que, aunque existan variaciones, ofrece un marco que permite la adopción de decisiones trascendentales para el desarrollo de los pueblos.

Desde hace más de 20 años, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha insistido en que, además de tener en cuenta el crecimiento de la población de edad avanzada —los llamados *baby boomers* en los países anglosajones—, hay que preocuparse de la cohorte que será la encargada de sostener los principales cambios demográficos a partir de la segunda mitad del presente siglo. Ello, aunado a otros factores, particularmente aquellos relacionados con las decisiones económicas y sociales de los Gobiernos, muestran que el cambio de estructura por edades de la población es uno de los elementos fundamentales para definir y ahondar en las reformas necesarias para alcanzar el bienestar de los países y sus ciudadanos.

En la agenda internacional, y pese a su importancia, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) hicieron caso omiso del envejecimiento y las personas mayores, concentrándose en otros asuntos relacionados con la transición demográfica y epidemiológica. Su omisión limitó su inclusión en las metas e indicadores para medir el éxito de los ODM y, como corolario, el tema fue excluido de las prioridades de apoyo técnico y financiero de varios fondos y programas de las Naciones Unidas. Esto influyó en que, durante los primeros 15 años de este siglo, los asuntos de las personas mayores transitaran un camino distinto, a veces paralelo, con logros importantes referidos a la visibilidad de sus derechos humanos.

Ejemplo de lo anterior fue la aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en 2015 y su ratificación, hasta ahora por seis países: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Costa Rica, El Salvador y Uruguay.

Asimismo, en el ámbito de las Naciones Unidas, la labor del Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento ha permitido dar mayor visibilidad a las personas mayores en la agenda de desarrollo social y los derechos humanos en el mundo. Por su parte, en el Consejo de Derechos Humanos, la creación y vigencia del mandato de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad está facilitando el examen de situaciones en países específicos y un análisis más a fondo de los asuntos de las personas mayores.

En 2015, con la adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, las personas mayores, la edad, o ambas, se incluyeron explícitamente en algunos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), lo que sirvió de puerta de entrada para incorporarlas en la implementación de la Agenda y en el seguimiento de los ODS. Esta incorporación no fue al azar: fueron las mismas organizaciones de la sociedad civil, que están trabajando en favor de los derechos humanos de las personas mayores, las que generaron un debate y propuestas para incluirlas en la Agenda 2030. Su acción permitió que la consigna de que “nadie se quede atrás” comprendiese a las personas mayores.

Los cambios demográficos tendrán implicaciones para alcanzar los ODS. En comparación con el resto del mundo, las tendencias demográficas descritas en este libro también pueden favorecer a la región. La caída de la fecundidad y la disminución de la relación de dependencia de niños constituyen una oportunidad inédita para que varios países de la región aprovechen el primer bono demográfico. Y, en el caso de los países más envejecidos, el segundo bono demográfico en ciernes crea una nueva coyuntura donde el envejecimiento de la población se puede transformar en un factor impulsor del desarrollo.

En efecto, teniendo en cuenta que la esperanza de vida aumenta para una cantidad considerable de personas en edad avanzada, ello puede redundar en un mayor ahorro durante el ciclo vital —en particular en las edades en que se produce más que lo que se consume—, para financiar el consumo en la vejez, lo que a su vez se traduciría en una capacidad superior de inversión productiva y social. Con la disminución del tamaño de la fuerza laboral, los países tendrían que apoyarse más en la productividad y en fomentar una mayor participación de grupos específicos de población en el mercado del trabajo, como las mujeres y los jóvenes. Asimismo, habría una menor presión para financiar la educación, lo que representa una oportunidad única para mejorar tanto la enseñanza en todos sus niveles como la formación en el puesto de trabajo. La reducción del tamaño de la población más joven (15 a 24 años) facilita el financiamiento de políticas destinadas a mejorar sus calificaciones, lo que favorece la transición de la escuela al trabajo, y el aumento de su productividad en el futuro.

La realización del segundo bono demográfico no es automática —al igual que lo que ocurre con el primer bono—, porque depende, entre otras cosas, de la inversión en capital humano, el empleo productivo, la educación, la innovación y los entornos inclusivos. No obstante, la diferencia principal con la utilización del primer bono demográfico es que las condiciones para que se realice el segundo son plenamente compatibles con la implementación exitosa de la Agenda 2030.

La Agenda 2030 es indivisible e interdependiente. A través de algunos objetivos las personas mayores pueden ser incorporadas en su implementación y seguimiento. Asimismo, una mirada transversal de las necesidades e intereses de las personas mayores permite identificar un área de oportunidad en otros ODS que no las incluyen de manera particular, pero que son extensivas a todas las personas. Los primeros seis ODS y el octavo abordan asuntos que son fundamentales para la vida de las personas mayores en cuanto individuos, y los Objetivos 7, 11, 12 y 16 facilitan la creación de un entorno que les favorece, como ocurre con otros grupos desfavorecidos. Los Objetivos 10 y 17 guardan una relación directa con asuntos estructurales e institucionales que dan una mayor visibilidad a los asuntos que les afectan directamente a ellas y a sus familias. Además, hay metas específicas que son de suma importancia para las personas mayores. Estas son la 1.3 sobre protección social universal, la 3.8 sobre cobertura de salud universal, la 5.4 sobre reconocimiento y valoración de los cuidados, la 10.2 sobre inclusión social, económica y política, la 11.5 sobre accesibilidad universal y la 17.18 sobre desagregación de datos y estadísticas.

En este libro se brinda un marco para alinear la Agenda 2030 con los derechos humanos de las personas mayores en lo que respecta principalmente a la universalidad e igualdad como principios rectores de su implementación. El conocimiento más profundo de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores sirve de guía para hacer hincapié en las personas mayores en la implementación de los ODS, independiente si estos las incluyen explícitamente o no. Asimismo, cabe recordar que la Agenda 2030 no deroga los compromisos asumidos en los convenios internacionales, por lo que su aplicación ha de ir de la mano con el cumplimiento de otras obligaciones internacionales.

Un elemento clave para la implementación de los ODS desde la perspectiva de los derechos humanos es la no discriminación. Las actitudes y prácticas que discriminan, además de ser injustas, ocasionan un despilfarro de recursos, por lo que es fundamental eliminar los obstáculos creados socialmente, con el fin de garantizar el pleno respeto de la dignidad y la igualdad de derechos de todas las personas. La aplicación no discriminatoria de la Agenda 2030 facilitará a la sociedad, entre otras cosas, el empleo efectivo del potencial de toda la población, en especial de aquella con más desventajas, como lo son las mujeres, las personas mayores, las personas con discapacidad y los jóvenes.

Este libro ofrece también un análisis de la protección social de las personas mayores en el marco de la meta 1.3 sobre universalidad de la protección social, la meta 3.8 sobre cobertura universal de salud y la meta 5.4 sobre reconocimiento y valor de los cuidados. Desde la perspectiva de la CEPAL, y como bien se indica en el cuarto capítulo, la protección social de las personas mayores lleva aparejada la integración de tres pilares básicos: pensiones, atención básica de salud y cuidados para la autonomía.

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

El escenario actual con respecto al cumplimiento futuro de la meta 1.3 no está exento de obstáculos. Una gran parte de las personas mayores no tiene acceso a pensiones de vejez que les garanticen protección frente a los riesgos de pérdida de ingresos en la edad avanzada. Además, la cobertura de seguridad social de la población ocupada es muy desigual, lo que aumenta las posibilidades de desprotección económica para las generaciones futuras. En los últimos años se han producido avances notables en lo referente a la expansión de las pensiones no contributivas, que ayudan a reducir parte de los riesgos económicos que surgen en la edad avanzada; sin embargo, es necesario continuar profundizando los mecanismos disponibles para incrementar la protección de ingresos en la vejez, sobre todo en el caso de las mujeres mayores, ancianos indígenas y la población rural de edad avanzada.

Asimismo, en relación con la meta 3.8, se observa una adaptación lenta de los sistemas de salud a los cambios de la demanda surgidos a partir de las dinámicas demográfica, epidemiológica y tecnológica, lo que se traduce en un incremento de los costos y gastos de los servicios de atención de la salud y un acceso insuficiente de la población a servicios de salud adecuados y de calidad. Además, la cobertura de salud es desigual y, aun si las personas mayores cuentan con seguros médicos, ello no implica que puedan acudir a un centro asistencial cuando lo necesitan. La posibilidad de obtener medicamentos a un costo accesible y de recibir prestaciones sanitarias eficaces y adecuadas a sus necesidades es muy limitada todavía en la región.

De forma paralela, es indispensable reforzar los cuidados a largo plazo. El envejecimiento trae aparejado el riesgo de sufrir dependencia, y las personas mayores pueden necesitar los cuidados de otras personas debido a una discapacidad, una enfermedad crónica o un trauma, situaciones que pueden limitar su capacidad de llevar a cabo actividades

de cuidado personal básico o tareas cotidianas. En los últimos años, la situación de los cuidados a largo plazo ha mejorado, pero siguen existiendo rezagos. Tanto los marcos normativos generales y específicos de los países de la región como el abanico existente de programas sociales relacionados con la protección de la vejez revelan que los riesgos asociados al cuidado se concentran cada vez más en las familias. Esto acrecienta la vulnerabilidad de las personas que precisan cuidado y de las que lo brindan (meta 5.3), que en la actualidad se ven directamente afectadas por la distribución desigual de los recursos según el origen familiar.

Pese a que cada uno de los países de la región presenta sus propios motivos de inquietud, un balance general permite comprobar que existe una elevada sintonía entre ellas. Las medidas a poner en práctica para su solución responderán a las particularidades de cada lugar, aunque igualmente deben ser concordantes con las orientaciones generales que enmarcarían el quehacer en esa materia en los próximos años. A ese respecto, sirven de fuente la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y, mientras no exista un instrumento internacional, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Ambos instrumentos sirven de marco para poner en el centro a la autonomía y la dignidad, ya sea para la defensa de los derechos de las personas mayores o para el diseño e implementación de las políticas dirigidas a mejorar su bienestar. La autonomía implica que toda persona tiene el derecho de decidir sobre su destino y a que se respete su deseo o voluntad. Como bien se documenta en este libro, la autonomía contempla la capacidad de tomar decisiones independientes sobre la vida, dentro del contexto de la ética personal y social, así como la posibilidad de vivir libre de tortura y violencia de cualquier tipo. La autonomía está íntimamente ligada a la dignidad, que significa que todas las personas deben ser respetadas en su valor como tales hasta el final de sus vidas. La edad de la vejez nunca puede ni debe ser causa o excusa para restringir o limitar la autonomía, o para atropellar o socavar la dignidad de las personas mayores. En este sentido, es indispensable ofrecer a las actuales y futuras generaciones de personas mayores la oportunidad de una buena vejez. Que la edad no sea una limitación para que sigan disfrutando de sus derechos ni un obstáculo insalvable para que continúen ejerciendo sus libertades.

Otra expresión de la autonomía y la dignidad de las personas mayores que nos parece muy novedosa, aunque hasta ahora prácticamente ajena en las políticas públicas, es la interdependencia. Se trata de un concepto sumamente interesante y lleno de potencialidad que aporta este libro. La interdependencia tiene como trasfondo la reciprocidad. Forma parte de la capacidad de dar y no solo de recibir y que, en el caso

de las personas mayores, consiste en entregar bienes —materiales e inmateriales— según sus circunstancias y posibilidades. La valoración contractual del individuo y el supuesto de la acumulación en los años de vida activa y de carga en la vejez, son puestos en entredicho desde la perspectiva de la interdependencia. Además, se pone en juego otro principio de los derechos humanos, que es el de la solidaridad, tan trascendental aunque difícil de ejercitar si el Estado no da claras señales en el sentido de apreciarla y promoverla.

Nuestra región necesita dedicar más tiempo a pensar y analizar los temas relacionados con el envejecimiento y las personas mayores. En las páginas siguientes se abordan temas que fueron escogidos sobre la base de la experiencia de trabajo de la CEPAL en los países de la región. Por supuesto, no todos los temas que hoy se debaten en la agenda regional han sido objeto de análisis, pero los más importantes están presentes. Uno de ellos es la desigualdad ante la muerte, la que debe ser visibilizada y constituirse como un asunto público. Aunque todavía persisten en el mundo posiciones encontradas acerca de la mejor manera de asegurar la muerte digna desde la perspectiva de derechos humanos, es preciso valorar los crecientes esfuerzos desplegados en nuestra región por conceptualizarla como parte de la autonomía y dignidad de las personas mayores. Para algunas de ellas los cuidados paliativos ayudan a dejar esta vida sin dolor por medio del acceso a los tratamientos modernos que permiten humanizar la muerte. Para otras, los cuidados paliativos ofrecen la oportunidad de recuperar la autonomía, es decir, devuelven la posibilidad de decidir sobre los tratamientos, su aplicación o no y el derecho a que se respete la voluntad de la persona. Lamentablemente, ambas dimensiones de los cuidados paliativos continúan siendo un privilegio y no están asegurados para todos aquellos que no tienen tiempo para esperar.

En definitiva, los contenidos del libro nos invitan a reflexionar sobre nosotros mismos, sobre la vida que queremos y la sociedad que anhelamos (más solidaria, más interdependiente, donde nadie sobra) y sobre lo que podríamos hacer para dar cabida en ella, con toda justicia y en pie de igualdad, a las personas mayores con total respeto a su autonomía y dignidad.

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

Capítulo I

Cambio demográfico, disparidades y convergencias regionales

Introducción

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

La magnitud y la velocidad de los cambios demográficos que están ocurriendo y que continuarán en las próximas décadas son muy relevantes. Estos estarán asociados a un aumento más paulatino del tamaño de la población, que tenderá a estabilizarse en las décadas siguientes, aunque después del 2070 la población de la región comenzará a descender en términos absolutos. Sin embargo, las principales modificaciones se concentrarán en la estructura por edad de la población, a raíz del avance

y la profundización del proceso de envejecimiento demográfico. Estos cambios se darán en los países de la región en distintos momentos, pues existe una heterogeneidad de contextos demográficos, aunque en la segunda mitad del siglo XXI se apreciará una mayor convergencia entre los países.

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

A. Las grandes tendencias demográficas

1. Rápido descenso de la fecundidad hacia el nivel de reemplazo

La caída de la fecundidad fue la principal característica de la transformación demográfica regional en la segunda mitad del siglo XX. América Latina y el Caribe pasó de tasas de fecundidad muy altas (5,5 hijos por mujer), en comparación con el contexto mundial en el período 1965-1970, a tasas levemente inferiores al nivel de reemplazo (2,05 hijos por mujer) entre 2015 y 2020 (véase el anexo I.A1.1).

Esta profunda transformación sociodemográfica responde a una constelación de factores determinantes. Uno de ellos es el incremento relativamente sostenido del producto per cápita hasta comienzos de la década de 1970, que influyó en las grandes modificaciones sociales, como la ampliación de los estratos medios y asalariados, la extensión de la escolaridad y una veloz urbanización. Los cambios en las estructuras económicas y sociales trajeron aparejada una serie de cambios culturales, que, a su vez, contribuyeron a la adopción de pautas de comportamiento reproductivo compatibles con un ideal de familia de tamaño más reducido (aspiración facilitada por la disponibilidad de procedimientos anticonceptivos).

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

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

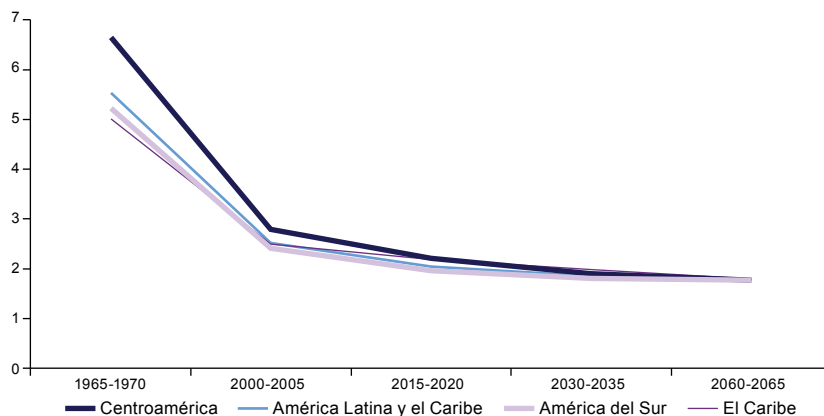
El descenso de la fecundidad se ha producido con grandes diferencias entre las subregiones y los países de la región en cuanto a las fechas de inicio, los períodos de mayor velocidad del cambio y los momentos en que se alcanza el nivel de reemplazo. Estas diferencias de trayectoria se transmiten hacia el futuro a través de diferentes efectos en el tamaño y el peso relativo de las distintas generaciones en la población total y, por lo tanto, en la aparición, vigencia y duración del primer bono demográfico y del envejecimiento¹.

El inicio de la caída de la fecundidad fue relativamente más temprano en el Caribe y en América del Sur, donde, en la mayoría de los países, ya había comenzado a fines de la década de 1960 (véanse el gráfico I.1 y el anexo I.A1.1). En cambio, en algunos países centroamericanos, como Belice y Guatemala, el descenso no comenzó hasta los años ochenta. En las tres subregiones hubo algunos países en los que la fecundidad cayó rápidamente: Barbados y Cuba ya tenían una fecundidad inferior al nivel de reemplazo en el quinquenio 1980-1985 y a inicios del siglo XXI el fenómeno se extendió a Antigua y Barbuda, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, México, Panamá y Trinidad y Tabago (CEPAL, 2016).

Se prevé que el cambio de la fecundidad será cada vez menos intenso, como se indica en las proyecciones de población de las Naciones Unidas (2015b), e incluso es probable que baje a niveles inferiores al de reemplazo y se mantenga así durante largo tiempo. La rápida convergencia implica que casi todos los países de la región alcanzarían ese nivel antes de 2050. Sin embargo, las diferentes tendencias nacionales dan lugar a significativos desfases temporales en cuanto a su estabilización. Así, dos países rezagados en la transición demográfica como Bolivia (Estado Plurinacional de) y Guatemala llegarían a ese nivel en el período 2050-2055 y en el período 2055-2060, respectivamente, es decir, 70 o 75 años más tarde que las Bahamas y Cuba (véase el gráfico I.2). Al igual que el promedio regional, la fecundidad de todos los países continuaría disminuyendo más allá del nivel de reemplazo durante entre tres y seis quinquenios más, antes de que se revierta la tendencia (CEPAL, 2016).

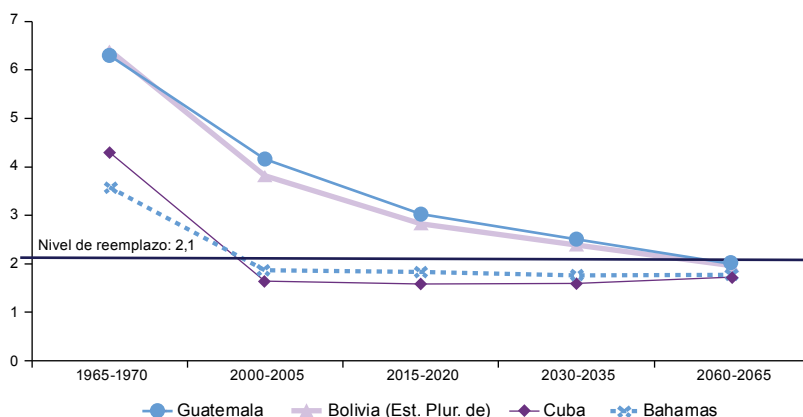
¹ Véase el capítulo 4 de este libro.

Gráfico I.1
América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad, por subregiones, 1965-2065
 (En número de hijos por mujer)



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

Gráfico I.2
América Latina y el Caribe (países seleccionados): tasa global de fecundidad, 1965-2065
 (En número de hijos por mujer)



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

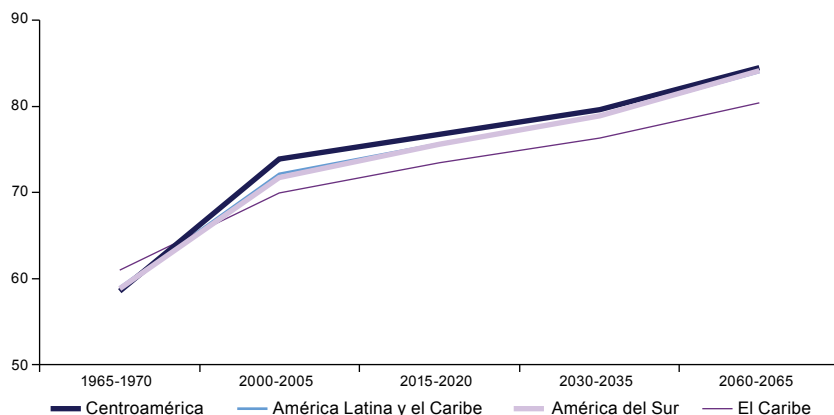
2. Ganancia de años de vida

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

El aumento de la esperanza de vida ha sido un proceso constante y continuado durante todo el siglo pasado y se extiende hasta el presente. De un promedio aproximado de 59 años entre 1965 y 1970 se pasó a casi 76 años en el presente quinquenio (2015-2020). En promedio, la población ha ganado 17 años de vida en los últimos 55 años, es decir, 1,5 años por quinquenio. Sin embargo, ese promedio regional solo equivale al que tenían los países desarrollados hace 25 años (CEPAL, 2008). Los avances de la esperanza de vida se dieron en todos los países, pero aún persisten diferencias muy significativas entre ellos y entre subregiones, que no se justifican dados los adelantos en materia epidemiológica y socioeconómica (véanse el gráfico I.3 y el anexo I.A1.2).

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

Gráfico I.3
América Latina y el Caribe: esperanza de vida al nacer,
por subregiones, 1965-2065
(En años)



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

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

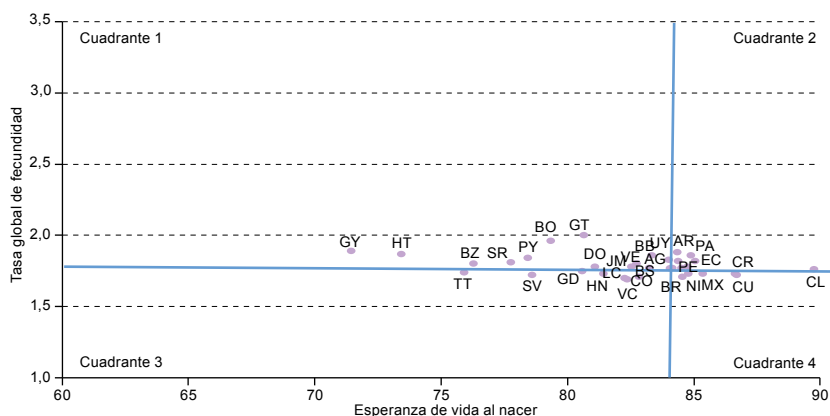
3. La ubicación de los países en el proceso de transición demográfica

Las tendencias descritas sobre la fecundidad y la mortalidad, componentes del cambio demográfico, ubican a los países en diferentes etapas de la transición demográfica. Como se ha indicado, las trayectorias han tenido intensidades y tiempos distintos, por lo que, si se considera el quinquenio actual (2015-2020), los países se ubican en diferentes estadios de la transición. En el gráfico I.4 se expone la situación de los países respecto de su tasa global de fecundidad y de su esperanza de vida al nacer, y se constatan las situaciones de mayor avance y de rezago.

Si bien la manera tradicional de estudiar la transición demográfica ha sido con las tasas brutas de natalidad y mortalidad, es sabido que estas tasas se ven afectadas principalmente por la estructura por edad de la

población y otros factores espurios, por lo que no muestran con claridad el nivel del fenómeno. Para eliminar esos problemas, se han seleccionado la tasa global de fecundidad, que indica el promedio de hijos por mujer, y la esperanza de vida al nacer, que hace referencia al promedio de años que vivirá la población nacida en determinado año.

Gráfico I.4
América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad
y esperanza de vida al nacer, 2015-2020
(En hijos por mujer y en años)



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

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

En el segundo cuadrante se ubican países que tienen tasas de fecundidad sobre el nivel de reemplazo, o muy cercanas a este, pero con esperanzas de vida superiores a la media regional (Argentina, Ecuador, México, Nicaragua y Panamá). Seis países (Brasil, Colombia, El Salvador, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía y Trinidad y Tabago) ocupan el tercer cuadrante, con tasas globales de fecundidad bajo el nivel de reemplazo, pero con esperanzas de vida inferiores a la media regional.

En el cuarto cuadrante se encuentran los países más avanzados en la transición demográfica y entre ellos se destacan Chile, Costa Rica y Cuba por presentar las tasas de fecundidad más bajas, inferiores a 1,8 hijos por mujer, y esperanzas de vida al nacer superiores a los 80 años.

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

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

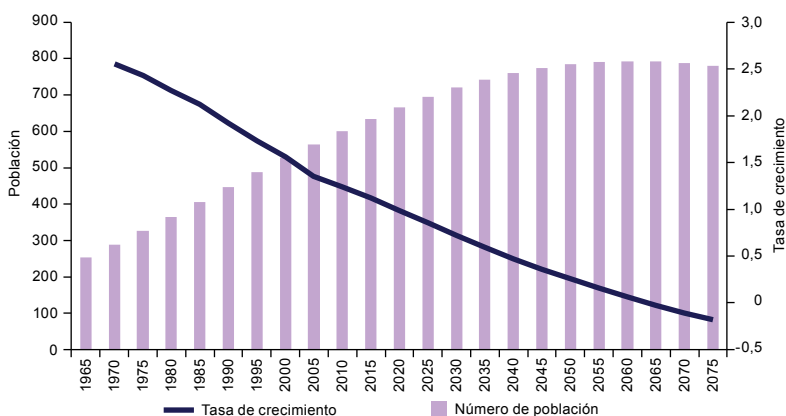
Esta nueva situación, y particularmente esta convergencia, se hace más evidente si se examina la situación de los países respecto de su tasa global de fecundidad y de su esperanza de vida al nacer en el quinquenio 2060-2065. Las situaciones de mayor avance y de rezago no son tan marcadas, particularmente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

4. La población seguirá creciendo hasta mediados de siglo

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

También se presentan las tasas de crecimiento de la población, que expresan la intensidad del ritmo con que esta se ha incrementado. Se muestra que el ritmo medio anual de crecimiento ha ido disminuyendo con el paso de las décadas. Si bien en el quinquenio 1965-1970 la población se incrementaba a un ritmo medio anual del 2,6%, en el período 2015-2020 disminuye a un 1% y en los siguientes 15 años el ritmo de crecimiento continuará bajando y se ubicará en un 0,6%. Tal como lo muestran las barras del gráfico I.5, esto no indica que la población en términos absolutos disminuyera, sino que su incremento fue y será cada vez más lento. La tasa de crecimiento de la población regional empieza a presentar un crecimiento negativo (-0,03%) en el quinquenio 2060-2065, lo que coincide con la disminución de las cifras absolutas de población, pues, como ya se comentó, en 2060 la población alcanzará su mayor número para comenzar a decrecer en los años siguientes.

Gráfico I.5
América Latina y el Caribe: población y tasas de crecimiento, 1965-2075
(En millones y por 100)



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

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

Al revisar las proyecciones de las tasas de crecimiento natural² se constata que, en la actualidad, la mayor parte de los países de la región registran tasas que oscilan entre 10 y 20 personas por cada mil. Sin embargo, son muy pocos los países que están en los extremos: la Argentina, el Brasil, Chile, Cuba y el Uruguay, todos con crecimientos inferiores a las 10 personas por cada mil, mientras que en el otro extremo solo se encuentran Guatemala y Honduras, con crecimientos superiores a las 30 personas por cada mil.

Los impactos de la transformación demográfica que ha experimentado la región se reflejarán en el futuro próximo y mediano, ya que la población de la región crecerá a ritmos extraordinariamente inferiores a los del pasado, y al mismo tiempo habrá una clara tendencia a la homogenización de los niveles de crecimiento. En efecto, de acuerdo con las proyecciones, la mediana de la tasa de crecimiento total de la región descenderá a 0,6 personas por cada cien en el período 2030-2035 y será negativa en el período 2060-2065 (-0,04 por cien). En este último quinquenio, todos los países de la región tendrán crecimientos inferiores a las 10 personas por cada mil, la mayoría de ellos estarán agrupados alrededor del crecimiento nulo (poblaciones estacionarias), y seis países ya tendrán un crecimiento natural negativo (CEPAL, 2014).

El panorama de homogenización del crecimiento natural cambia al considerar el papel de la migración en el crecimiento total, puesto que, al

² Tasa de crecimiento natural es el cociente entre el crecimiento natural anual (nacimientos menos defunciones) de un determinado período y la población media del mismo período. Puede definirse también como la diferencia entre las tasas brutas de natalidad y de mortalidad. Tasa de crecimiento total es el cociente entre el incremento medio anual durante un período determinado y la población media del mismo período y representa la variación observada como consecuencia de la variación de nacimientos, defunciones y movimientos migratorios. Puede definirse también como la suma algebraica de la tasa de crecimiento natural y la tasa de migración.

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

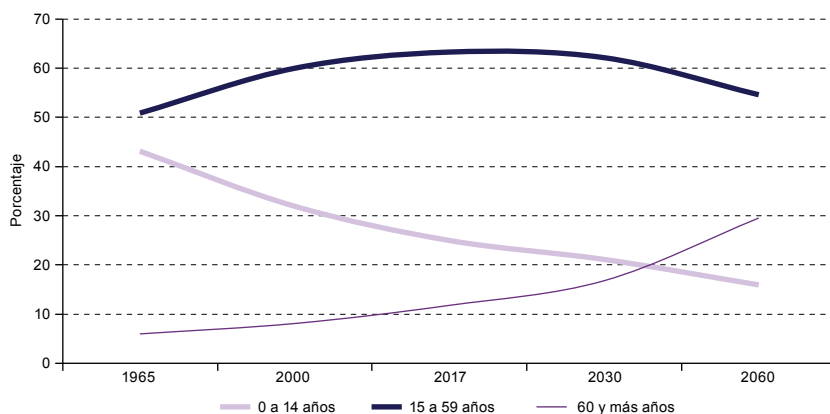
B. Los efectos de la transformación demográfica

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

1. Disminución de la población joven y aumento de las personas mayores

A medida que la región avanza en la transición demográfica y que la mortalidad y la fecundidad llegan a niveles bajos o muy bajos, el impacto directo de estas últimas en el crecimiento natural de la población se va haciendo cada vez más pequeño, situación que ya se advirtió en la sección A. Por el contrario, el efecto de estos cambios en la estructura por edad de la población es de gran magnitud y se prolonga en el tiempo a medida que generaciones representativas de diferentes etapas del cambio demográfico avanzan en su trayectoria vital. Desde la década de 1960, la estructura por edad de la población de los países de América Latina y el Caribe ha experimentado grandes transformaciones, que han implicado el paso de una población relativamente joven al inicio del período a una población que comienza un proceso acelerado de envejecimiento (véase el gráfico I.6). El peso de la población menor de 20 años (aproximación de la población en edad escolar) empezó a disminuir desde fines de la década de 1960. En la medida en que las grandes cohortes de población nacidas antes de esa década fueron llegando a la edad de trabajar, el peso de la población potencialmente activa (20 a 64 años) empezó a aumentar, lo que dio origen al período del primer bono demográfico.

Gráfico I.6
América Latina y el Caribe: evolución y proyección de la población por tres grandes grupos de edad, 1950-2100
 (En porcentajes)



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

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

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

La situación ha sido heterogénea en la región. Hay países que ya presentan una mayor proporción de personas de 60 años y más que de niños menores de 15 años: por ejemplo, Cuba, que en 2010 igualó la proporción

de ambos grupos con un 17%, y Barbados, donde en 2015 la proporción de estos dos grupos de población se ubicó en el 19%. En los próximos siete años Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Chile y el Uruguay presentarán proporciones de población similares en ambos grupos y después del 2025 en esos países comenzará a aumentar con mayor fuerza la proporción de personas mayores. Mientras que en 2030 Costa Rica y Brasil tenderán a igualar la proporción de menores de 15 y mayores de 60 años, Colombia, Antigua y Barbuda, Jamaica y San Vicente y las Granadinas presentarán proporciones similares de ambos grupos alrededor del 2035. En 2040, el 20% de la población de México y la Argentina corresponderá a estos grupos de población extremos y el grupo de 60 años y más continuará aumentando su proporción sostenidamente. En 2045 siete países (Granada, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Ecuador, Perú y Venezuela (República Bolivariana de)) presentarán una proporción cercana al 20% en ambos grupos de población. A mediados del siglo, se incorporarán tres países (República Dominicana, Honduras y Suriname) más a esta tendencia de aumento de la proporción de personas de edad y disminución de los menores de 15 años. Así, en 2065 todos los países de la región habrán invertido la tendencia y la proporción de personas mayores será superior a la de los niños.

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

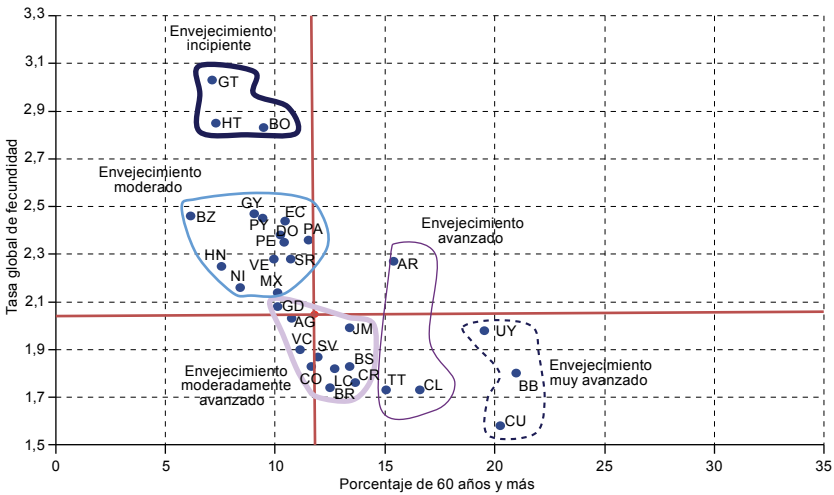
2. Diferentes etapas del proceso de envejecimiento

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

Con la finalidad de conocer en qué etapa del envejecimiento se encuentran los países de la región, en el gráfico I.7 se ubica a los países según los siguientes indicadores: la tasa global de fecundidad y el porcentaje de personas de 60 años o más. Se han seleccionado estos indicadores puesto que

la fecundidad es el fenómeno que con mayor fuerza remodela la estructura por edad de la población desde que se inicia su descenso, mientras que el porcentaje de personas de 60 y más años muestra el peso de este grupo en la población total. La media regional de estos indicadores se ubica en una tasa global de fecundidad levemente por debajo del nivel de reemplazo (2,05 hijos por mujer) y un porcentaje de personas mayores de 11,8%.

Gráfico I.7
América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad y porcentaje de población de 60 años y más, 2015-2020
(En hijos por mujer y por 100)



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

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

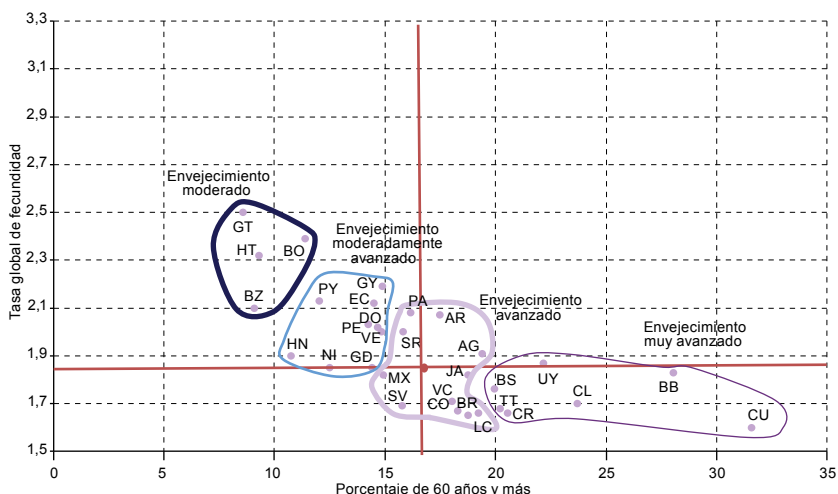
el 14%. En una etapa avanzada del envejecimiento se encuentran 3 países (Argentina, Chile y Trinidad y Tabago), que presentan tasas de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo (1,73 hijos por mujer, a excepción de la Argentina, que presenta una TGF de 2,3) y porcentajes de personas de 60 y más años que oscilan entre el 15 % y el 17 %. Finalmente, en una etapa muy avanzada del envejecimiento están el Uruguay, Barbados y Cuba, que, si bien siguen la tendencia del grupo anterior respecto de las tasas globales de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, lo más significativo es que en su caso la proporción de personas mayores es superior al 20%.

En el quinquenio 2030-2035 aumentará el envejecimiento demográfico en la región (véase el gráfico I.8). Los países transitarán a etapas más avanzadas del envejecimiento: así, por ejemplo, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala y Haití estarán en una etapa moderada del envejecimiento, mientras que nueve países (Ecuador, Granada, Guyana, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de)) se ubicarán en la fase moderadamente avanzada. En una etapa de envejecimiento avanzado se encontrarán Antigua y Barbuda, la Argentina, el Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica, México, Panamá, Perú, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Santa Lucía. Por su parte, siete países de la región (Bahamas, Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, Trinidad y Tabago y Uruguay) se ubicarán en una etapa muy avanzada del envejecimiento: en todos ellos la proporción de personas mayores será superior al 20% (véase el gráfico I.7).

Gráfico I.8

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

(En hijos por mujer y por 100)



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

3. Surgimiento de sociedades y economías envejecidas

El envejecimiento acelerado de la población pasará a ser la tendencia demográfica más relevante en la región. A partir de ese momento, los cambios en la estructura de edades estarán dominados por la dinámica de las generaciones de personas mayores, de manera que el envejecimiento y su incidencia sobre las demandas sociales será el fenómeno demográfico más significativo.

Recuadro I.1 Explicación metodológica de la agrupación etaria utilizada en el análisis de sociedades y economías envejecidas

En este acápite se aborda el tema de los cambios en la estructura por edad con una agrupación etaria diferente a la que se ha realizado en este documento. Para analizar la relación que la población tiene con el consumo y las actividades productivas y reproductivas en las distintas etapas del ciclo de vida, se examina la evolución de la población en cuatro grandes grupos de edad. Cuando se analiza desde la perspectiva de la transición etaria o de la sociedad etaria, los cuatro grandes grupos de edad son los siguientes: 0 a 19 años (población juvenil), 20 a 39 años (adultos jóvenes), 40 a 59 años (adultos) y 60 años o más (personas de edad). Respecto a la transición económica, se consideran los siguientes cuatro grandes grupos de edad: 0 a 19 años (población juvenil), 20 a 39 años (adultos jóvenes), 40 a 64 años (adultos) y 65 años o más (personas de edad). Se utilizan estos grupos pues la población en edad de trabajar se define como el grupo de 20 a 64 años, mientras que se consideran como dependientes los grupos de 0 a 19 años y los mayores de 65 años. Se escogieron estas divisiones a fin de reflejar mejor la nueva realidad económica de estas poblaciones en el siglo XXI, ya que presentan implicaciones importantes sobre las demandas y ofertas económicas y sociales. De allí la relevancia de su análisis como elemento clave para el diseño de políticas públicas.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2014), La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe. La hora de la igualdad según el reloj poblacional (DDR/2(MDP.1)), Santiago.

La transición de la estructura etaria se produce siguiendo una secuencia particular. Desde antes de 2000 se produce una oleada caracterizada por el declive de la población juvenil (de 0 a 19 años), patrón que se repite una generación después con los adultos jóvenes y más tarde con los adultos de mediana edad. La fase final de la transición de la estructura etaria ocurre con la oleada de la población de personas mayores, que continúa creciendo hasta más allá de 2060 (CEPAL, 2014).

Debido a que en el pasado las tasas de fecundidad tenían niveles de cinco o seis hijos por mujer y luego cayeron a dos hijos por mujer o menos, la generación nacida antes de esta disminución fue más cuantiosa que las posteriores. Probablemente no se verá una generación tan numerosa en el futuro. Conforme esta cohorte iba envejeciendo, fue creciendo el grupo de niños y jóvenes, después el de adultos jóvenes, luego el de adultos de mediana edad y finalmente el grupo de las personas mayores, en los máximos sucesivos de los grupos de edad.

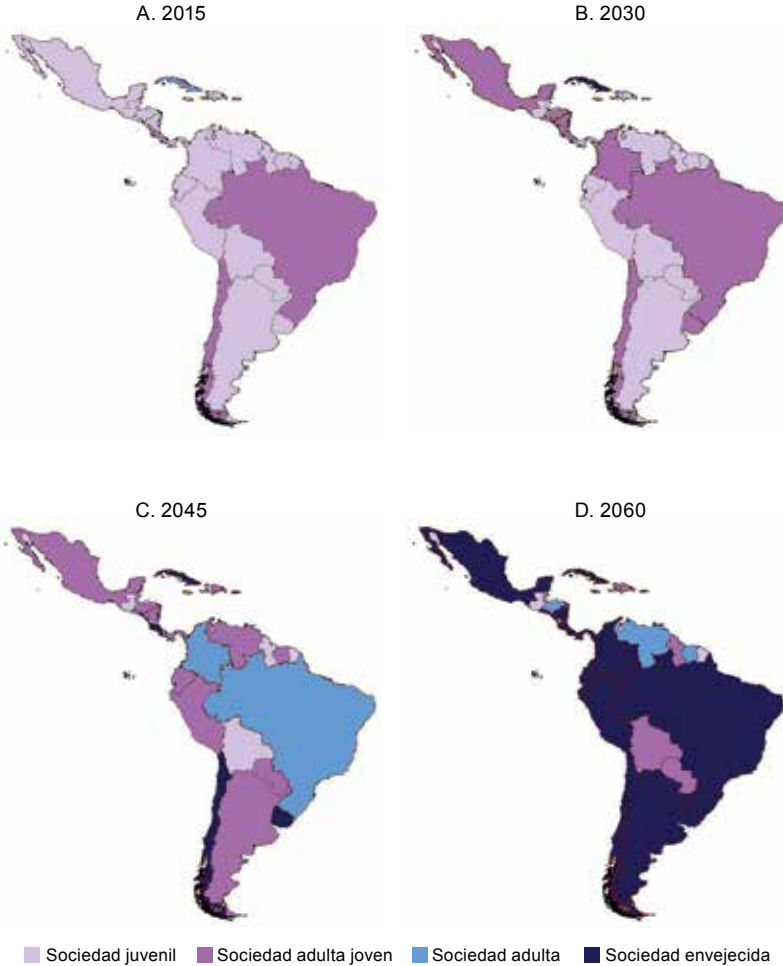
Los puntos de cruce de las trayectorias de los diferentes grupos de edad constituyen hitos importantes y marcan etapas diferentes de la transformación etaria. El punto de cruce de la curva de la población de 0 a 19 años con la del grupo de 20 a 39 años marca el fin de una primera etapa, la de la sociedad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

La transición de la estructura etaria sigue una secuencia particular. Históricamente, el grupo poblacional predominante ha sido el de niños y jóvenes de 0 a 19 años. Sin embargo, se proyecta que el fin de la sociedad juvenil en la región se producirá en 2023, cuando el grupo de 20 a 39 años pase a ser el más numeroso. En 2045 se espera que la población de 40 a 59 años supere a la de 20 a 39 años y se origine así la sociedad adulta. Siete años más tarde, en 2052, la población de 60 años o más pasará a ser predominante, lo que dará inicio al período de la sociedad envejecida.

La asincronía de la transición de la estructura etaria es un fenómeno mundial, pero también regional. La diversidad es evidente en el mapa I.1, que muestra el estado de la región en cuatro momentos del período 2015-2060 de acuerdo con las cuatro etapas definidas. En 2015 había 21 países con abundancia de población juvenil y por ende se encontraban en la etapa de sociedad juvenil, mientras que 4 países (Brasil, Chile, Costa Rica y Puerto Rico) se ubicaban en la etapa de sociedad adulta joven. Cuba es el único país del mundo que ya ha entrado en la etapa final de la transformación: se trata de una sociedad en la que abundan las personas mayores, que forman el grupo demográfico más relevante en términos de cantidad (mapa I.1). Quince años más tarde, el panorama cambia pues el predominio de población juvenil comienza a disminuir: se reduce a 14 la cantidad de países (Argentina, Belice, Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador, Guyana Francesa, Guatemala, Guyana, Haití, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y República Bolivariana de Venezuela y Suriname) que se ubican en esta categoría; mientras que 10 países (Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Uruguay y Jamaica) presentan un predominio de adultos jóvenes; en la fase de sociedad adulta solo se ubica Puerto Rico y Cuba continúa siendo el único país que se ubica en la etapa de sociedad envejecida (mapa I.1). En 2045 solo 5 países (Estado Plurinacional de Bolivia, Guyana Francesa, Guatemala, Guyana y Haití) estarán aún en la fase de sociedad juvenil, mientras que 12 países (Argentina, Belice, República Dominicana, Ecuador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Bolivariana de Venezuela y Suriname) estarán en la fase de sociedad joven adulta; en tanto 4 países (Brasil, Colombia, El Salvador y Jamaica) se ubicarán en la etapa de sociedad adulta y aumentará a 5 el número de países (Chile, Costa Rica, Cuba, Uruguay y Puerto Rico) que presentarán

características de una sociedad envejecida. En 2060 solo 2 países seguirán presentando características de una sociedad juvenil (Guyana Francesa y Guatemala), 6 países (Belize, Estado Plurinacional de Bolivia, República Dominicana, Guyana, Haití y Paraguay) se ubicarán en la fase de sociedad adulto joven, en tanto que 3 países (Honduras, República Bolivariana de Venezuela y Suriname) presentarán características de una sociedad adulta, mientras que en el resto de los países (15) de la región ya existe una sociedad donde las personas de edad son mayoría y por lo tanto conforman el grupo más relevante en términos numéricos (mapa I.1).

Mapa I.1
América Latina y el Caribe: transformación de la estructura etaria de la población, 2015-2060



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

C. La dependencia demográfica

Como consecuencia de la transformación de la estructura etaria, los países de la región experimentan actualmente, y lo seguirán haciendo en el mediano plazo, un período en el que la relación de dependencia demográfica —es decir, la relación de la población potencialmente dependiente y la potencialmente activa— desciende a valores nunca antes observados. Este es un período particularmente importante para los países.

La relación de dependencia se ha desglosado en dos tramos que resultan significativos: la relación de dependencia de los jóvenes (población de 0 a 19 años dividida por la población de 20 a 64 años) y la relación de dependencia de las personas mayores (población de 65 años y más dividida por la población de 20 a 64 años)³. La secuencia es muy clara: en 1950 los países de la región se alineaban en el sector de relaciones de dependencia de personas mayores muy bajas y de relaciones de dependencia de jóvenes que tendían a ser altas. La Argentina y el Uruguay presentaban las relaciones de dependencia de jóvenes más bajas (entre un 60% y un 80%), mientras en el otro extremo Guatemala, el Paraguay y la República Dominicana se acercaban a un nivel de 140 dependientes jóvenes por cada 100 activos.

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

Los cambios serán sustanciales hacia 2040, período que se caracteriza por un rápido aumento de las relaciones de dependencia de las personas mayores en todos los países. Superará el 60% en Cuba y se acercará al 40% en Chile y en el Uruguay, y habrá aumentado incluso en Guatemala. Pero el cambio más impresionante del panorama demográfico en esta nueva era se apreciará claramente en 2070, cuando se pase a una distribución de las relaciones de dependencia diametralmente opuesta a la que se observaba en 1950. Ese año todos los países se alinearán en niveles muy bajos de relaciones de dependencia de jóvenes —una homogeneización de este rasgo—, y alcanzarán niveles elevados de la relación de dependencia de personas

³ La dependencia demográfica es una medida bruta, y no captura la dependencia económica real ni refleja con precisión los cambios en los roles económicos a través del tiempo (por ejemplo, una persona de 17 años de edad solía considerarse parte de la fuerza de trabajo).

mayores, aunque con cierta variabilidad. Sin embargo, en términos generales se producirá una clara tendencia a la homogenización de este fenómeno, como también se ha visto en todos los otros componentes demográficos analizados.

Las economías envejecidas son un fenómeno nuevo que en las próximas décadas se consolidará como dominante a nivel mundial y regional. Para aproximarse a la comprensión de esta transformación se pueden utilizar datos sobre los patrones de consumo por edad (véase el recuadro 2) y las estimaciones y proyecciones de la estructura etaria de la población, con el propósito de calcular la cantidad agregada consumida por las personas mayores (de 65 años y más) y compararla con la consumida por los niños y jóvenes (personas de 0 a 19 años).

Recuadro I.2 **Las Cuentas Nacionales de Transferencias**

Debido a que este fenómeno de las economías envejecidas es tan novedoso y a que se propagará, reviste fundamental importancia implementar mecanismos para medir su efecto en las economías, tratar de predecirlo y adaptarse a él. A través del proyecto sobre las Cuentas Nacionales de Transferencia (CNT) se está implementando a nivel mundial una metodología estándar para medir la actividad económica de los países según la edad. Esa metodología comprende el consumo de bienes y servicios (tanto privados como públicos), las ganancias provenientes del trabajo, las ganancias financieras, los impuestos y las transferencias (tanto hechas por el gobierno como dentro de las familias). En su conjunto, estas actividades por edad definen la economía generacional. Las Naciones Unidas han publicado recientemente un manual en el que figuran los conceptos, la metodología y los procedimientos de cálculo para medir estos flujos económicos durante el ciclo de vida (Naciones Unidas, 2013).

A pesar de que sus componentes se han estudiado minuciosamente a título individual, la innovación de las CNT consiste en presentar un marco integrado para el análisis de la economía generacional en su totalidad. Una segunda innovación reside en el uso de un método estandarizado en todos los países participantes, y la tercera es la facilidad con que el marco se puede extender más allá de la dimensión etaria, para medir diferencias por sexo o por estatus socioeconómico.

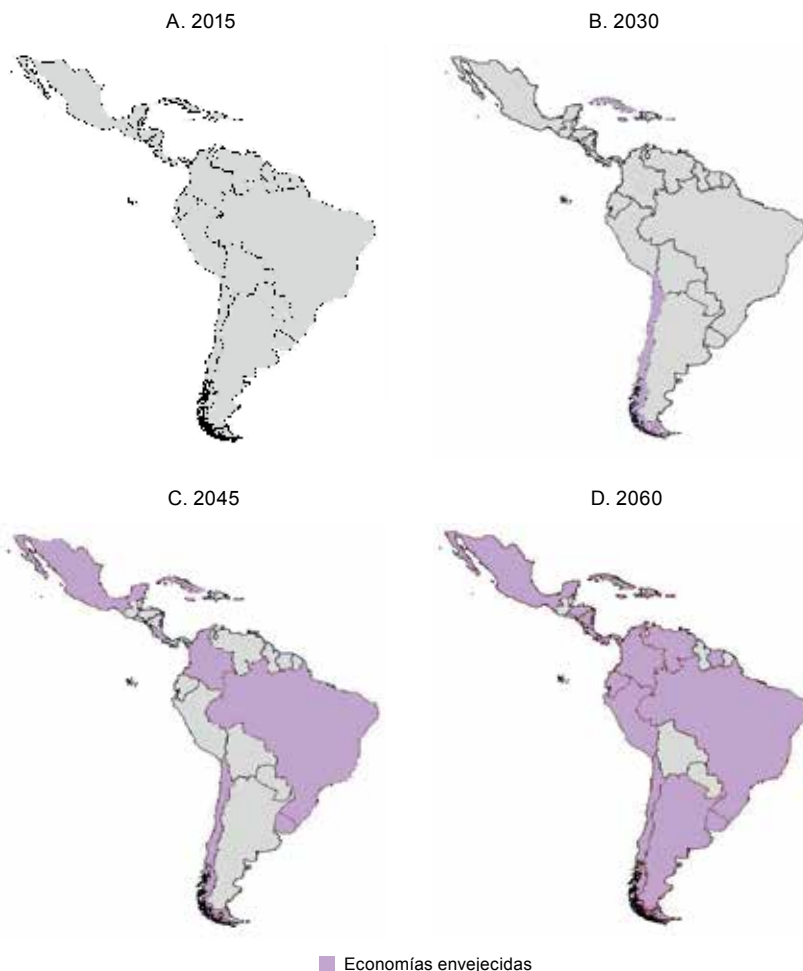
Actualmente, 11 países de América Latina participan en el proyecto global, que comprende 53 países miembros de Asia, África, Europa y las Américas. Los países miembros de la región son la Argentina, Bolivia, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Jamaica, México, el Perú y el Uruguay. Se han estimado medidas base de la economía generacional en estos países que han revelado características peculiares de la región en comparación con otras partes del mundo. Entre estas características se encuentra el nivel limitado de consumo de los niños y jóvenes, asociado a los bajos niveles de la inversión pública, sobre todo en educación.

Esto es particularmente preocupante, ya que las inversiones en educación son fundamentales para la reducción de la desigualdad en las generaciones futuras.

Fuente: Saad, P. y otros, *Juventud y bono demográfico en Iberoamérica* (LC/L.3575), Madrid, Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Iberoamericana de Juventud/Fondo de Población de las Naciones Unidas (CEPAL/OIJ/UNFPA), enero, 2012; T. Miller, P. Saad y M. Holz, "National Inequality Accounts: The case of Chile", *Policy in Focus*, International Policy Center for Inclusive Growth, por aparecer.

En 2015, ningún país de la región se ubicaba en la categoría de economía envejecida; en 2030, dos países lo harán: Chile y Cuba. A ellos se sumarán, en 2045, el Brasil, Colombia, Costa Rica, Jamaica, México y el Uruguay. En 2060, 19 países de la región serán economías envejecidas, ya que a esa categoría se habrán incorporado la Argentina, el Ecuador, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú, la República Dominicana, Suriname y Venezuela (República Bolivariana de).

Mapa I.2
América Latina y el Caribe: transformación de la estructura económica de la población, 2015-2060



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

Bibliografía

- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL) (2003), “La situación de las personas mayores”, documento presentado en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Santiago, 19 a 21 de noviembre.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2018), *La ineficiencia de la desigualdad. Síntesis* (LC/SES.37/4), Santiago.
- _____(2016), “Los impactos de las tendencias demográficas”, *Panorama Social de América Latina*, 2015 (LC/G.2691-P), Santiago.
- _____(2015a), *América Latina y el Caribe: una mirada al futuro desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe regional de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en América Latina y el Caribe*, 2015 (LC/G.2646), Santiago, septiembre.
- _____(2015b), *Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo* (LC/L.4061(CRPD.2/3)/Rev.1), Santiago, septiembre.
- _____(2014), *La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe. La hora de la igualdad según el reloj poblacional* (DDR/2(MDP.1)), Santiago.
- _____(2013), *Panorama Social de América Latina*, 2012 (LC/G.2557-P), Santiago.
- _____(2008), *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe* (LC/G.2378(SES.32/14)), Santiago.
- Di Cesare, M. (2011), “El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones”, *Documentos de Proyectos* (LC/W.395), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Naciones Unidas (2015a), “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” (A/RES/70/1), Nueva York.
- _____(2015b), “World Population Prospects: The 2015 Revision”, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales [DVD Edition].
- _____(2013), “World Population Prospects: The 2012 Revision” [online] <http://esa.un.org/wpp>.
- Rodríguez, J. (2004), “Migración interna en América Latina y el Caribe: Estudio regional del período 1980-2000”, *serie Población y Desarrollo*, N° 50 (LC/L.2059-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Villa, M. y D. González (2004), “Dinámica demográfica de Chile y América Latina: una visión a vuelo de pájaro”, *Revista de Sociología*, N° 18-2004, Santiago, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Anexo I.A1

Cuadro I.A1.1
América Latina y el Caribe (31 países): tasa global de fecundidad,
por países y subregiones, 1965-2065
(En número de hijos por mujer)

País	1965-1970	2000- 2005	2015-2020	2030-2035	2060-2065
América Latina y el Caribe	5,53	2,52	2,05	1,85	1,77
El Caribe	5,01	2,50	2,19	1,98	1,80
Antigua y Barbuda	4,00	2,27	2,03	1,91	1,83
Bahamas	3,58	1,87	1,83	1,76	1,77
Barbados	3,53	1,75	1,80	1,83	1,86
Cuba	4,30	1,64	1,58	1,60	1,72
Granada	4,80	2,43	2,08	1,85	1,75
Haití	6,00	4,00	2,85	2,32	1,87
Jamaica	5,78	2,45	1,99	1,82	1,78
República Dominicana	6,65	2,83	2,38	2,03	1,78
San Vicente y las Granadinas	6,41	2,24	1,90	1,71	1,72
Santa Lucía	6,48	2,10	1,82	1,66	1,70
Trinidad y Tabago	3,81	1,75	1,73	1,68	1,74
Centroamérica	6,65	2,79	2,21	1,90	1,77
Belize	6,35	3,35	2,46	2,10	1,80
Costa Rica	5,26	2,17	1,76	1,66	1,73
El Salvador	6,36	2,62	1,87	1,69	1,69
Guatemala	6,30	4,16	3,03	2,50	2,00
Honduras	7,42	3,63	2,25	1,90	1,73
México	6,75	2,63	2,14	1,82	1,73
Nicaragua	6,95	2,84	2,16	1,85	1,73
Panamá	5,41	2,61	2,36	2,08	1,86
América del Sur	5,22	2,41	1,96	1,81	1,77
Argentina	3,05	2,52	2,27	2,07	1,88
Bolivia (Estado Plurinacional de)	6,41	3,82	2,83	2,39	1,96
Brasil	5,38	2,25	1,74	1,65	1,71
Chile	4,46	2,00	1,73	1,70	1,76
Colombia	6,18	2,30	1,83	1,67	1,71
Ecuador	6,40	2,88	2,44	2,12	1,82
Guyana	5,28	2,95	2,47	2,19	1,89
Paraguay	6,15	3,24	2,45	2,13	1,84
Perú	6,70	2,80	2,35	2,02	1,78
Suriname	5,94	2,71	2,28	2,00	1,81
Uruguay	2,80	2,20	1,98	1,87	1,82
Venezuela (República Bolivariana de)	5,90	2,72	2,28	2,00	1,80

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

Cuadro I.A1.2
América Latina y el Caribe (31 países): esperanza de vida al nacer,
por subregiones y países, 1965-2065
(En años)

	1965-1970	2000-2005	2015-2020	2030-2035	2060-2065
América Latina y el Caribe	58,95	72,15	75,71	78,88	84,03
El Caribe	61,01	69,97	73,45	76,32	80,41
Antigua y Barbuda	65,04	74,02	76,67	79,16	84,01
Bahamas	65,22	73,18	75,96	78,37	83,23
Barbados	64,59	73,75	76,17	78,60	83,32
Cuba	68,48	77,16	80,04	82,66	86,71
Granada	63,00	70,89	73,89	76,04	80,57
Haití	46,21	58,34	63,85	67,80	73,42
Jamaica	67,61	72,78	76,11	78,19	82,53
República Dominicana	56,91	71,09	74,08	76,55	81,10
San Vicente y las Granadinas	63,94	70,71	73,29	74,98	78,61
Santa Lucía	61,57	72,07	75,57	77,80	82,27
Trinidad y Tabago	64,77	68,67	70,74	72,33	75,90
Centroamérica	58,57	73,87	76,76	79,61	84,52
Belice	64,26	68,52	70,46	72,35	76,28
Costa Rica	65,17	77,81	80,10	82,75	86,62
El Salvador	53,91	69,60	73,87	77,03	82,37
Guatemala	50,11	69,02	72,64	75,65	80,66
Honduras	51,03	70,96	73,84	76,51	81,43
México	60,29	74,89	77,50	80,35	85,36
Nicaragua	51,96	70,92	75,90	79,43	84,79
Panamá	64,35	75,54	78,18	80,70	84,88
América del Sur	58,82	71,76	75,59	78,88	84,15
Argentina	65,80	74,34	76,92	79,55	84,33
Bolivia (Estado Plurinacional de)	44,70	62,11	69,58	73,83	79,33
Brasil	57,97	71,10	75,42	79,04	84,56
Chile	61,46	77,87	82,67	85,60	89,74
Colombia	60,07	71,67	74,73	77,57	82,83
Ecuador	56,78	73,62	76,72	79,87	85,05
Guyana	61,55	65,28	66,75	68,30	71,45
Paraguay	65,04	70,75	73,19	74,75	78,42
Perú	51,49	71,61	75,50	79,06	84,76
Suriname	62,42	68,08	71,56	73,58	77,74
Uruguay	68,55	75,33	77,75	80,03	84,38
Venezuela (República Bolivariana de)	63,27	72,82	74,88	77,60	82,74

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

Cuadro I.A1.3
**América Latina y el Caribe: población de 60 años y más según el sexo,
 por subregiones y países, 1965-2060**

Región, subregión, país	1965			1980			1995		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
América Latina y el Caribe	15 224	7 116	8 109	23 753	10 872	12 881	36 701	16 359	20 342
El Caribe	1 587	790	797	2 551	1 232	1 320	3 549	1 659	1 890
Antigua y Barbuda	4	1	2	6	2	3	7	3	4
Bahamas	7	3	4	13	6	7	20	8	11
Barbados	26	9	17	36	15	21	37	15	22
Cuba	647	350	297	1 065	526	539	1 383	652	732
Granada	7	3	4	9	4	5	10	4	6
Haití	245	115	130	361	170	192	478	220	258
Jamaica	142	63	79	200	93	107	247	116	131
República Dominicana	162	85	77	285	148	136	538	272	266
San Vicente y las Granadinas	6	2	4	8	4	5	10	4	5
Santa Lucía	7	3	4	9	4	5	15	7	8
Trinidad y Tabago	52	25	27	87	41	46	109	48	61
Centroamérica	3 225	1 531	1 694	5 007	2 299	2 708	8 367	3 765	4 602
Belize	7	3	4	9	4	5	13	6	7
Costa Rica	80	40	40	146	72	74	267	125	142
El Salvador	164	75	89	248	113	135	410	188	222
Guatemala	214	105	110	329	161	168	579	275	304
Honduras	114	54	61	174	82	93	299	143	157
México	2 489	1 180	1 309	3 835	1 743	2 093	6 354	2 821	3 533
Nicaragua	83	38	46	142	63	79	242	108	134
Panamá	74	38	36	123	61	61	203	98	104

Cuadro I.A1.3 (continuación)

Región, subregión, país	1965			1980			1995					
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres			
América del Sur	10 412	4 794	5 618	16 194	7 341	8 853	24 785	10 936	13 850			
Argentina	2 194	1 073	1 121	3 376	1 510	1 866	4 653	1 985	2 668			
Bolivia (Estado Plurinacional de)	258	116	142	327	148	179	528	248	280			
Brasil	4 400	1 968	2 432	7 049	3 194	3 856	11 136	4 865	6 270			
Chile	682	304	378	969	424	544	1 433	623	810			
Colombia	991	445	546	1 560	706	854	2 413	1 077	1 335			
Ecuador	351	162	189	482	227	255	761	360	401			
Guyana	35	16	19	43	21	22	48	22	26			
Paraguay	114	51	63	186	86	101	296	139	157			
Perú	643	301	342	969	451	518	1 587	743	844			
Suriname	20	10	10	23	11	12	35	16	19			
Uruguay	332	153	179	430	191	239	553	233	320			
Venezuela (República Bolivariana de)	390	194	196	776	370	406	1 336	621	715			
Región, subregión, país	2015			2030			2045			2060		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
América Latina y el Caribe	70 922	31 827	39 095	120 959	54 348	66 611	180 447	81 918	98 530	233 842	108 746	125 097
El Caribe	5 745	2 659	3 086	8 946	4 133	4 813	11 400	5 233	6 166	13 346	6 196	7 150
Antigua y Barbuda	10	4	5	21	9	12	27	12	15	32	14	18
Bahamas	49	21	28	90	40	50	122	55	67	152	70	82
Barbados	56	25	32	81	35	45	88	38	50	87	38	48
Cuba	2 215	1 047	1 168	3 552	1 696	1 856	4 030	1 943	2 088	3 951	1 937	2 014
Granada	11	5	6	16	7	9	23	11	12	32	15	17
Haití	755	342	413	1 168	532	635	1 853	842	1 011	2 742	1 244	1 498
Jamaica	357	172	185	537	256	281	695	313	382	872	403	469
República Dominicana	1 023	489	533	1 722	801	921	2 511	1 149	1 362	3 303	1 527	1 776
San Vicente y las Granadinas	12	6	6	21	10	10	26	13	14	31	14	16
Santa Lucía	23	11	13	39	17	21	53	24	29	65	30	35
Trinidad y Tabago	193	87	106	277	120	157	344	144	200	349	144	205

Cuadro I.A.1.3 (conclusión)

Región, subregión, país	2015			2030			2045			2060		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Centroamérica	16 144	7 508	8 636	28 786	13 275	15 510	46 832	21 658	25 174	65 548	31 100	34 449
Belize	21	11	11	42	19	23	73	31	41	118	51	67
Costa Rica	613	290	323	1 111	525	587	1 580	753	827	2 001	969	1 032
El Salvador	703	302	400	1 010	406	604	1 387	541	846	1 921	788	1 133
Guatemala	1 145	519	627	1 834	776	1 058	3 307	1 414	1 893	5 516	2 471	3 045
Honduras	581	278	304	1 044	492	552	1 827	847	980	2 985	1 404	1 581
México	12 177	5 696	6 481	22 094	10 311	11 784	35 909	16 814	19 095	49 128	23 585	25 543
Nicaragua	473	209	264	878	383	495	1 560	693	867	2 324	1 088	1 236
Panamá	430	204	227	773	364	408	1 189	564	625	1 556	744	812
América del Sur	49 033	21 661	27 372	83 227	36 940	46 287	122 216	55 027	67 189	154 948	71 450	83 498
Argentina	6 559	2 753	3 807	8 634	3 687	4 947	11 947	5 294	6 653	15 177	6 955	8 222
Bolivia (Estado Plurinacional de)	988	468	520	1 499	699	800	2 359	1 092	1 268	3 486	1 615	1 870
Brasil	24 392	10 726	13 665	42 879	18 860	24 019	63 803	28 501	35 302	78 815	36 123	42 692
Chile	2 818	1 219	1 598	4 800	2 129	2 671	6 515	2 961	3 554	7 924	3 691	4 233
Colombia	5 226	2 347	2 879	9 721	4 386	5 335	13 872	6 247	7 624	17 146	7 839	9 307
Ecuador	1 602	751	851	2 840	1 333	1 507	4 427	2 083	2 344	6 185	2 960	3 225
Guyana	64	29	34	122	58	64	120	56	64	154	74	80
Paraguay	598	292	306	942	455	487	1 398	666	732	2 082	982	1 100
Perú	3 127	1 440	1 687	5 409	2 464	2 944	8 537	3 976	4 560	11 726	5 629	6 097
Suriname	56	25	31	94	42	52	123	54	69	147	64	83
Uruguay	657	268	389	796	335	461	957	421	536	1 119	513	606
Venezuela (República Bolivariana de)	2 925	1 332	1 592	5 442	2 468	2 974	8 073	3 637	4 436	10 865	4 948	5 917

Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision [DVD Edition]", Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2015.

Cuadro I.A1.4
**América Latina y el Caribe: índice de envejecimiento y relación de dependencia en la vejez,
 por subregiones y países, 1965-2060**

Región, subregión, país	Índice de envejecimiento										Relación de dependencia en la vejez									
	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060						
América Latina y el Caribe	13,9	16,4	22,1	43,5	79,4	130,6	185,0	11,8	12,1	12,9	17,7	27,0	39,6	54,0						
El Caribe	16,6	23,5	30,8	53,0	89,0	126,7	166,7	13,3	15,6	16,7	21,6	32,3	41,1	51,4						
Antigua y Barbuda	15,2	23,5	36,6	44,5	93,4	131,3	164,9	12,3	13,4	18,0	16,5	33,2	41,1	50,5						
Bahamas	12,2	16,5	22,5	59,9	104,2	153,3	188,2	10,3	10,7	11,5	18,8	33,2	43,8	56,6						
Barbados	28,5	47,5	61,0	102,4	155,9	179,7	185,4	22,3	25,2	22,1	32,6	51,0	59,5	61,1						
Cuba	21,9	34,2	56,2	119,3	232,1	302,4	331,5	14,9	18,8	19,6	30,3	57,7	76,2	89,2						
Granada	15,2	24,3	26,8	38,4	63,2	115,0	189,8	17,6	19,3	19,7	16,0	22,7	34,0	55,7						
Haití	13,7	15,5	14,4	20,9	32,7	55,9	91,6	10,9	12,1	11,9	11,9	14,9	21,2	31,2						
Jamaica	18,6	23,2	29,4	54,2	87,8	151,7	225,2	16,7	18,5	17,7	20,1	31,3	43,1	67,2						
República Dominicana	8,5	11,5	18,4	32,4	57,5	93,0	139,5	8,9	9,3	12,2	16,1	23,4	32,0	42,9						
San Vicente y las Granadinas	13,2	18,7	26,2	44,6	92,4	141,0	192,7	15,6	17,0	16,0	17,0	29,6	40,2	53,4						
Santa Lucía	14,6	17,5	29,6	54,2	100,8	161,3	221,3	15,0	15,9	18,9	19,5	30,8	43,5	59,7						
Trinidad y Tabago	13,0	23,6	28,2	68,4	117,2	160,2	181,6	11,1	13,8	14,3	21,9	32,3	45,2	51,1						
Centroamérica	11,5	12,0	17,6	32,7	61,3	110,8	170,9	11,2	10,9	11,8	15,1	22,6	34,6	50,2						
Belize	13,7	13,7	14,6	18,3	32,7	57,9	95,9	13,8	13,6	12,2	9,6	14,0	20,0	30,5						
Costa Rica	11,2	16,6	22,7	57,2	113,5	180,2	246,5	9,9	10,7	13,0	19,6	33,4	48,4	68,2						
El Salvador	11,2	12,4	19,5	42,4	71,4	123,2	205,4	10,4	10,7	13,3	18,7	25,4	35,2	57,7						
Guatemala	10,0	10,2	12,6	19,1	27,8	49,1	83,8	9,0	9,3	11,2	12,4	14,1	20,3	30,2						
Honduras	10,3	10,2	12,1	22,7	43,3	85,2	155,6	10,1	9,9	10,6	11,8	16,6	26,2	44,7						
México	11,9	12,2	18,6	34,7	67,5	124,8	191,0	11,7	11,2	11,8	15,3	23,7	37,2	53,8						
Nicaragua	8,2	9,3	12,1	25,9	53,9	110,0	186,6	8,6	9,0	10,1	12,5	19,4	32,9	52,4						
Panamá	12,7	15,1	22,0	40,3	69,9	110,4	151,9	11,3	11,7	12,6	17,7	26,6	37,5	47,5						

Cuadro I.A1.4 (conclusión)

Región, subregión, país	Índice de envejecimiento										Relación de dependencia en la vejez																		
	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060								
América del Sur	14,5	17,5	23,1	47,6	87,3	140,6	193,6	11,8	12,1	12,9	18,4	28,5	41,8	56,1	32,7	39,6	45,6	60,0	78,5	112,0	148,7	16,4	20,8	23,1	25,3	29,0	37,9	47,3	
Argentina	14,8	13,8	17,5	28,4	41,1	65,1	100,6	12,5	11,3	13,1	15,8	18,7	25,2	34,8	14,8	102,4	172,4	234,6	10,3	10,3	11,3	16,4	24,5	39,9	55,4	73,8			
Bolivia (Estado Plurinacional de)	20,2	25,9	35,8	77,9	140,0	206,5	264,0	14,9	10,5	10,9	16,7	29,2	43,1	59,3	11,0	13,9	18,8	44,6	95,5	155,1	214,6	10,8	10,5	10,9	16,7	29,2	43,1	59,3	
Chile	15,0	14,4	18,2	34,2	59,3	96,6	144,6	13,7	11,6	11,7	16,3	23,8	33,3	45,3	15,0	14,4	18,2	34,2	59,3	96,6	144,6	13,7	11,6	11,7	16,3	23,8	33,3	45,3	
Ecuador	11,2	12,6	19,0	28,8	56,5	66,4	99,1	11,4	10,6	11,4	13,2	25,4	23,2	32,5	11,2	12,6	19,0	28,8	56,5	66,4	99,1	11,4	10,6	11,4	13,2	25,4	23,2	32,5	
Guyana	11,0	13,8	15,4	29,9	46,5	74,8	120,6	11,1	11,3	11,6	14,8	19,3	25,8	38,9	12,4	13,2	18,2	35,7	63,0	107,5	160,9	11,1	10,7	11,6	16,0	23,7	34,9	48,5	
Paraguay	12,4	15,7	22,7	38,2	69,1	100,1	134,1	13,1	11,5	13,5	16,3	25,6	32,7	40,7	12,4	15,7	22,7	38,2	69,1	100,1	134,1	13,1	11,5	13,5	16,3	25,6	32,7	40,7	
Perú	43,9	54,7	68,5	89,4	115,1	151,7	193,1	20,6	25,3	29,6	32,2	37,8	46,1	57,6	43,9	54,7	68,5	89,4	115,1	151,7	193,1	20,6	25,3	29,6	32,2	37,8	46,1	57,6	
Suriname	8,5	12,3	16,6	33,5	63,1	99,9	145,2	8,0	9,4	10,4	15,0	24,1	33,0	44,3	Venezuela (República Bolivariana de)	8,5	12,3	16,6	33,5	63,1	99,9	145,2	8,0	9,4	10,4	15,0	24,1	33,0	44,3

Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision [DVD Edition]", Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2015.

Nota: Índice de envejecimiento = (población de 60 años y más / población de 0 a 14 años) * 100; relación de dependencia en la vejez = (población de 60 años y más/población de 15 a 59 años) * 100.

Cuadro I.A1.5

América Latina y el Caribe: relación de apoyo a los padres y relación de apoyo potencial, por subregiones y países, 1965-2060

Región, subregión, país	Relación de apoyo a los padres (por 100)										Relación de apoyo potencial									
	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060						
América Latina y el Caribe	5,5	7,4	10,2	12,2	16,0	26,1	40,2	8,5	8,3	7,7	5,6	3,7	2,5	1,9						
El Caribe	6,0	9,7	12,8	15,1	19,9	31,7	41,5	7,5	6,4	6,0	4,6	3,1	2,4	1,9						
Antigua y Barbuda	7,7	8,7	...	10,7	11,0	28,0	37,1	8,1	7,5	5,6	6,1	3,0	2,4	2,0						
Bahamas	5,9	7,4	8,6	9,1	17,3	30,5	43,9	9,7	9,3	8,7	5,3	3,0	2,3	1,8						
Barbados	8,3	16,1	20,6	17,1	26,4	48,1	56,7	4,5	4,0	4,5	3,1	2,0	1,7	1,6						
Cuba	5,4	11,1	14,4	17,4	25,5	59,6	86,4	6,7	5,3	5,1	3,3	1,7	1,3	1,1						
Granada	8,4	11,7	...	14,4	14,0	17,3	29,3	5,7	5,2	5,1	6,2	4,4	2,9	1,8						
Haití	3,8	5,0	9,2	7,9	8,6	9,3	13,3	9,1	8,3	8,4	8,4	6,7	4,7	3,2						
Jamaica	8,2	17,3	17,2	18,2	18,9	27,2	42,1	6,0	5,4	5,7	5,0	3,2	2,3	1,5						

Cuadro I.A1.5 (conclusión)

Región, subregión, país	Relación de apoyo a los padres (por 100)										Relación de apoyo potencial																	
	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060							
República Dominicana	4,4	4,8	9,6	13,3	15,7	23,3	31,6	11,2	10,7	8,2	6,2	4,3	3,1	2,3	4,4	5,9	6,3	5,9	3,4	2,5	1,9							
San Vicente y las Granadinas	7,1	10,1	...	10,5	12,5	23,9	29,9	6,4	5,7	6,3	5,3	5,1	3,3	2,3	1,7							
Santa Lucía	7,1	7,3	...	15,7	16,5	26,7	39,7	6,6	6,3	5,3	5,1	3,3	2,3	1,7	5,5	8,1	...	9,0	13,8	19,8	29,2	9,0	7,2	7,0	4,6	3,1	2,2	2,0
Trinidad y Tabago	6,4	8,7	10,1	12,9	14,2	22,7	36,9	8,9	9,1	8,5	6,6	4,4	2,9	2,0	6,3	12,7	11,9	6,7	4,9	7,6	11,7	7,2	7,4	8,2	10,4	7,2	5,0	3,3
Centroamérica	5,0	6,9	9,7	12,3	20,5	33,3	50,9	10,1	9,3	7,7	5,1	3,0	2,1	1,5	5,3	5,9	9,6	15,0	19,0	23,7	33,9	9,6	9,4	7,5	5,4	3,9	2,8	1,7
Belize	4,9	6,2	8,5	12,8	12,9	13,3	19,2	11,1	10,8	9,0	8,0	7,1	4,9	3,3	4,6	7,0	10,2	12,3	12,3	15,0	23,6	9,9	10,1	9,4	8,5	6,0	3,8	2,2
Costa Rica	4,2	5,3	9,8	11,7	12,7	19,7	34,9	11,6	11,1	9,9	8,0	5,2	3,0	1,9	6,8	9,4	10,3	12,9	13,9	23,9	40,3	8,5	8,9	8,5	6,6	4,2	2,7	1,9
El Salvador	6,8	9,0	11,0	13,9	17,5	28,6	41,7	8,8	8,5	8,0	5,7	3,8	2,7	2,1	4,2	5,3	9,8	11,7	12,7	19,7	34,9	11,6	11,1	9,9	8,0	5,2	3,0	1,9
Guatemala	5,1	6,7	10,0	11,7	16,3	27,0	41,6	8,5	8,3	7,7	5,4	3,5	2,4	1,8	6,8	9,0	11,0	13,9	17,5	28,6	41,7	8,8	8,5	8,0	5,7	3,8	2,7	2,1
Honduras	5,4	8,4	14,6	19,6	21,5	27,0	38,7	6,1	4,8	4,3	4,0	3,4	2,6	2,1	4,9	4,2	11,2	15,3	16,3	17,7	23,8	8,0	8,9	7,6	6,3	5,4	4,0	2,9
México	4,5	5,5	8,3	10,1	15,6	28,2	45,3	9,7	9,7	8,9	5,6	3,4	2,1	1,6	4,5	5,5	8,3	10,1	15,6	28,2	45,3	9,7	9,7	8,9	5,6	3,4	2,1	1,6
Nicaragua	7,4	10,5	11,7	16,2	25,5	44,2	66,7	6,7	6,7	6,1	4,1	2,5	1,8	1,4	5,1	7,2	10,3	9,3	14,0	25,5	39,8	9,3	9,6	9,2	6,0	3,4	2,3	1,7
Panamá	7,5	8,7	10,2	12,3	15,8	24,6	36,2	7,3	8,6	8,6	6,2	4,2	3,0	2,2	5,1	7,2	10,3	9,3	14,0	25,5	39,8	9,3	9,6	9,2	6,0	3,4	2,3	1,7
América del Sur	6,2	7,2	...	3,7	6,0	15,4	10,5	8,8	9,5	8,8	7,6	3,9	4,3	3,1	7,5	8,7	10,5	10,8	14,7	15,7	20,9	9,0	8,8	8,6	6,8	5,2	3,9	2,6
Argentina	5,8	6,5	10,8	10,8	14,1	22,3	37,2	9,0	9,3	8,6	6,2	4,2	2,9	2,1	3,5	5,2	9,4	12,1	14,1	22,3	37,2	9,0	9,3	8,6	6,2	4,2	2,9	2,1
Bolivia (Estado Plurinacional de)	8,0	10,2	8,3	9,2	10,5	18,8	23,2	7,6	8,7	7,4	6,1	3,9	3,1	2,5	10,7	11,8	15,7	26,7	28,0	35,8	46,4	4,8	4,0	3,4	3,1	2,6	2,2	1,7
Brazil	4,5	5,6	8,2	9,2	13,2	22,0	31,9	12,4	10,7	9,6	6,6	4,2	3,0	2,3	4,5	5,6	8,2	9,2	13,2	22,0	31,9	12,4	10,7	9,6	6,6	4,2	3,0	2,3
Chile	5,1	6,7	10,0	11,7	16,3	27,0	41,6	8,5	8,3	7,7	5,4	3,5	2,4	1,8	5,1	6,7	10,0	11,7	16,3	27,0	41,6	8,5	8,3	7,7	5,4	3,5	2,4	1,8
Colombia	5,4	8,4	14,6	19,6	21,5	27,0	38,7	6,1	4,8	4,3	4,0	3,4	2,6	2,1	4,9	4,2	11,2	15,3	16,3	17,7	23,8	8,0	8,9	7,6	6,3	5,4	4,0	2,9
Ecuador	4,9	4,2	11,2	15,3	16,3	17,7	23,8	8,0	8,9	7,6	6,3	5,4	4,0	2,9	4,5	5,5	8,3	10,1	15,6	28,2	45,3	9,7	9,7	8,9	5,6	3,4	2,1	1,6
Guyana	7,4	10,5	11,7	16,2	25,5	44,2	66,7	6,7	6,7	6,1	4,1	2,5	1,8	1,4	5,1	7,2	10,3	9,3	14,0	25,5	39,8	9,3	9,6	9,2	6,0	3,4	2,3	1,7
Paraguay	7,5	8,7	10,2	12,3	15,8	24,6	36,2	7,3	8,6	8,6	6,2	4,2	3,0	2,2	5,1	7,2	10,3	9,3	14,0	25,5	39,8	9,3	9,6	9,2	6,0	3,4	2,3	1,7
Perú	6,2	7,2	...	3,7	6,0	15,4	10,5	8,8	9,5	8,8	7,6	3,9	4,3	3,1	7,5	8,7	10,5	10,8	14,7	15,7	20,9	9,0	8,8	8,6	6,8	5,2	3,9	2,6
Suriname	5,8	6,5	10,8	10,8	14,1	22,3	37,2	9,0	9,3	8,6	6,2	4,2	2,9	2,1	3,5	5,2	9,4	12,1	14,1	22,3	37,2	9,0	9,3	8,6	6,2	4,2	2,9	2,1
Uruguay	8,0	10,2	8,3	9,2	10,5	18,8	23,2	7,6	8,7	7,4	6,1	3,9	3,1	2,5	10,7	11,8	15,7	26,7	28,0	35,8	46,4	4,8	4,0	3,4	3,1	2,6	2,2	1,7
Venezuela (República Bolivariana de)	4,5	5,6	8,2	9,2	13,2	22,0	31,9	12,4	10,7	9,6	6,6	4,2	3,0	2,3	4,5	5,6	8,2	9,2	13,2	22,0	31,9	12,4	10,7	9,6	6,6	4,2	3,0	2,3

Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision [DVD Edition]", Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2015.

Nota: Los tres puntos (...) indican que no hay información disponible sobre la población de 80 años y más. Relación de apoyo a los padres = (población de 80 años y más/población de 50 a 64 años) * 100; relación de apoyo potencial = población de 15 a 59 años / población de 60 años y más.

Capítulo II

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

Introducción

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

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

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

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

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

Como se mencionó en el primer capítulo de este libro, la esperanza de vida ha aumentado de manera significativa en los últimos 55 años. En el presente capítulo se analiza una vez más el indicador aplicado a los 60 años. Se aprecia una mayor sobrevivencia femenina, pero se hace hincapié en las desventajas que esta puede acarrear si está acompañada de discapacidad.

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

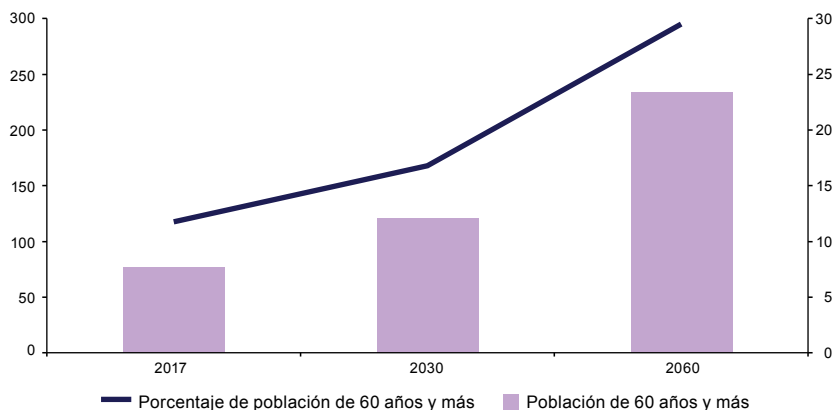
Por último, se incluye un apartado sobre el acceso a los servicios básicos, que además de ser un factor determinante de la salud tiene incidencia directa en el esfuerzo que las personas mayores despliegan para realizar sus actividades cotidianas —sobre todo en el campo— y, por ende, en su calidad de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

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

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

Según las estimaciones y proyecciones de las Naciones Unidas, en 2017 había 76,3 millones de personas mayores en América Latina y el Caribe, que representaban el 12% de la población regional. En 2030 esta población ascenderá a 121 millones y, de ese modo, las personas mayores representarán el 17% de la población total de la región. En 2060, este porcentaje corresponderá al 30% y habrá alrededor de 234 millones de personas de edad (véase el gráfico II.1 y los cuadros II.A1.1 y II.A1.2).

Gráfico II.1
América Latina y el Caribe: número y proporción de personas de 60 años y más, 2017-2060
(En millones de personas y porcentajes)



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

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

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

Cuadro II.1
América Latina y el Caribe: número y proporción de personas de 60 años y más, según sexo, 2017-2060
(En miles de personas y porcentajes)

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

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

Recuadro II.1 El envejecimiento demográfico de los pueblos indígenas

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

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

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

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

De la observación de las estructuras etarias se desprende también que en 9 de los 11 países de los que hay datos disponibles, el porcentaje de mujeres indígenas mayores (de 60 años y más) es superior al de hombres de esas características (la excepción la constituyen Costa Rica y Panamá). Esto se explica por el hecho de que la esperanza de vida femenina suele ser mayor que la masculina. Además, en un estudio de la CEPAL se muestra que en algunos países, como el Brasil, Costa Rica, México y el Uruguay, entre un 10% y un 18%

 Recuadro II.1 (conclusión)

de las indígenas que viven en zonas urbanas tienen 60 años o más, situación que amerita un examen dadas las inequidades de género que suelen afectar a las mujeres de edad avanzada. Este análisis debería basarse en que la mujer ha debido enfrentar un acceso desigual a las oportunidades a lo largo de la vida, lo que tiene un efecto nocivo de carácter acumulativo en el bienestar social, económico y psicológico. En principio, entre los pueblos indígenas la vejez no tiene una connotación negativa, sino que representa más bien la continuidad cultural; de hecho, el estatus y el rol social pueden incluso mejorar en la medida en que se envejece, ya que las personas de edad son quienes atesoran la sabiduría y la memoria colectiva, que debe ser transmitida para la reproducción cultural del pueblo. Sin embargo, es posible que esas concepciones no sean igualmente válidas para los hombres y las mujeres indígenas.

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

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

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

 Recuadro II.2

El envejecimiento demográfico de la población afrodescendiente

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

A simple vista, los países con una mayor proporción de personas de edad afrodescendientes son la Argentina, Cuba, Panamá, el Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de). En todos ellos esta cifra supera el 10% y en Cuba alcanza el 15,2%; mientras, en el Estado Plurinacional de Bolivia y el Ecuador el peso relativo de las personas mayores afrodescendientes no llega al 7%. En síntesis, aun cuando se observa una cierta convergencia respecto a la composición etaria de la población afrodescendiente, esta revela a su vez diferentes situaciones en los países de la región, pues algunos tienen estructuras más envejecidas que otros.

Recuadro II.2 (conclusión)

Una segunda lectura, complementaria a la anterior, permite afirmar que, aunque la población afrodescendiente se encuentre en un estadio pleno o avanzado de su transición demográfica, en la mayoría de los países es relativamente más joven que el resto de la población. Esto es evidente, por ejemplo, en Cuba y el Uruguay, que a pesar de encontrarse en una etapa postransicional tienen poblaciones afrodescendientes menos envejecidas. Sin embargo, en Honduras, Nicaragua, Panamá y Venezuela (República Bolivariana de) ocurre la situación contraria, es decir, las poblaciones afrodescendientes están más envejecidas que el resto de la población. En los tres primeros países, esto al menos sería coherente con los niveles de la fecundidad afrodescendiente, que según estimaciones indirectas realizadas a partir de los censos son inferiores a los del resto de la población. En cambio, en Venezuela (República Bolivariana de) la fecundidad de la población afrodescendiente es superior a aquella de la población que no lo es, pero la pirámide poblacional de la primera muestra un mayor envejecimiento; esto hace pensar que podría haber una declaración étnico-racial diferencial según sexo y edad, pues se percibe una gran subestimación de los niños y niñas afrodescendientes, como también de las mujeres.

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

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

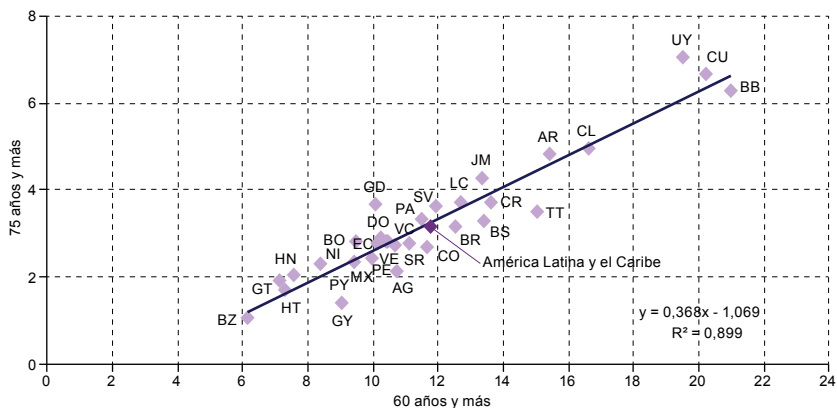
B. Envejecimiento interno

Otra característica importante del grupo de las personas mayores es su envejecimiento interno (véase el gráfico II.2). Si diferenciamos a las personas mayores según su edad, se constata que los países que se encuentran en fases más tempranas del envejecimiento presentan proporciones menores de personas de 75 años y más. Es decir, las cohortes que se han incorporado a ese grupo lo han hecho en forma más bien reciente y, por tanto, se ubican principalmente en el grupo de 60 a 74 años de edad. Además, en esos países la sobrevivencia después de los 75 años no es tan elevada.

En el gráfico II.2 se relacionan dos indicadores —el porcentaje de población de 60 años y más y el de población de 75 años y más— y cada punto representa a un país de la región con ambos atributos. En 2017, Barbados, Cuba y el Uruguay registran porcentajes de población de 60 años y más superiores al 20% y de población de 75 años y más que van del 6%

al 7%. En el otro extremo se ubican Belice, Guatemala, Guyana y Haití con un porcentaje de personas de 75 años y más inferior al 2%. En el resto de los países de la región este porcentaje no supera el 4%, mientras que el de personas de 60 años y más es inferior al 16%.

Gráfico II.2
América Latina y el Caribe (31 países): población de 60 años y más
y de 75 años y más, 2017
 (En porcentajes)

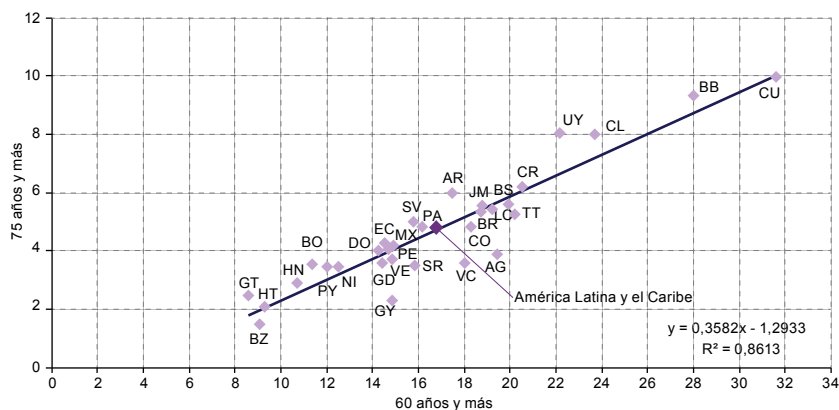


Fuente: Naciones Unidas, “World Population Prospects: The 2015 Revision. Key Findings and Advance Tables”, *Working Paper*, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

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

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

Gráfico II.3
América Latina y el Caribe (31 países): población de 60 años y más
y de 75 años y más, 2030
 (En porcentajes)



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

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

Recuadro II.3 La sobrevivencia después de los 60 años de edad

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

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

Recuadro II.3 (conclusión)

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

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

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

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

C. Diferencias territoriales de las estadísticas sobre personas mayores

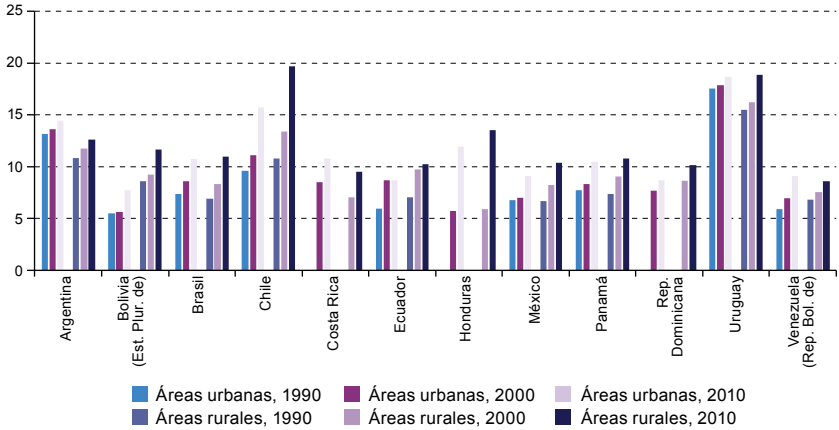
Las cifras a nivel nacional relativas a las personas mayores ocultan diferencias territoriales en cada país. Esto ocurre, por ejemplo, según se trate de áreas urbanas o rurales, a causa, en gran medida, de la notable diferencia en materia de transición demográfica entre estos dos ámbitos, que se ha traducido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

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

de jóvenes del campo a la ciudad. La selectividad según sexo de la migración interna en América Latina y el Caribe —que presenta mayor movimiento entre las mujeres (Rodríguez, 2004)— se manifiesta en las diferencias entre el envejecimiento urbano y rural en el caso de hombres y mujeres.

El proceso de envejecimiento de la región convive con dos rasgos territoriales: i) un amplio predominio de la localización urbana de las personas mayores, que influye en sus requerimientos y condiciones de vida, y ii) un envejecimiento prematuro del campo, que influye en el desarrollo y el perfil de demandas del ámbito rural. Este escenario regional varía de un país a otro, ya que en algunos (Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Ecuador, Honduras, México, Panamá y República Dominicana) la población del campo está más envejecida que la urbana, mientras que en otros (Brasil, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de)) las poblaciones rural y urbana tienen un grado similar de envejecimiento o la evolución de este ha sido un tanto errática. En un tercer grupo de países, en tanto, la población urbana está más envejecida que la rural (Argentina, Costa Rica y Cuba) (véase el gráfico II.4).

Gráfico II.4
América Latina y el Caribe (12 países): población de 60 años y más en las áreas urbanas y rurales, censos de 1990, 2000 y 2010
(En porcentajes)



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

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 10 y 11, que hacen referencia, respectivamente, a “Reducir la desigualdad en los países y entre ellos” y “Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles”, contienen algunas metas que, de manera directa o indirecta, abordan el tema de las diferencias que existen al envejecer en áreas urbanas o rurales. Las áreas rurales de los países de la región tienen condiciones desventajosas de tipo social y económico —por ejemplo, no siempre son expeditos los sistemas de

protección social—, así como de acceso a servicios básicos y a servicios de salud de mayor complejidad. Estas situaciones se acentúan en el caso de las personas de edad cuando viven en áreas rurales dispersas, que están alejadas de centros urbanos con más infraestructura hospitalaria o de servicios, y si los medios de transporte públicos no cuentan con la frecuencia necesaria para llegar a estas áreas urbanas ni están acondicionados para transportar a personas de edad con algún tipo de limitación física o discapacidad. Si bien la región es cada vez más urbana, las políticas y programas orientados a personas mayores deben considerar a las que siguen viviendo en el campo o presentan ciertas particularidades que deben ser atendidas. De este modo, si los gobiernos quieren llevar a la realidad el lema de la Agenda 2030 “no dejar a nadie atrás” es importante que tengan en cuenta las características y rezagos de las áreas rurales, que se hacen más patentes en el caso de las personas de edad.

D. Las personas mayores en las ciudades

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

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

Cuadro II.2
América Latina (12 ciudades): población total, población de 60 años y más e indicadores de envejecimiento, censos de 2000 y 2010

Ciudad	Año del censo	Población (en número de personas)		Personas mayores (en porcentajes)	Relación de dependencia en la vejez	Índice de envejecimiento
		Total	De 60 años y más			
Gran Buenos Aires	2001	12 046 602	1 827 204	15,2	25,3	60,9
	2010	13 578 548	2 091 150	15,4	25,2	65,5
La Paz	2001	1 436 935	85 280	5,9	9,9	17,3
	2012	1 687 426	137 999	8,2	13,0	28,5
São Paulo	2000	17 076 766	1 345 346	7,9	12,6	31,9
	2010	19 459 583	2 079 309	10,7	15,8	48,8
Río de Janeiro	2000	11 056 863	1 158 738	10,5	17,2	44,9
	2010	11 777 368	1 569 295	13,3	20,2	64,0
San José	2000	1 031 817	93 157	9,0	14,3	32,4
	2011	1 202 680	142 381	11,8	17,9	53,9
Quito	2001	1 399 378	117 474	8,4	13,3	29,4
	2010	1 607 734	149 984	9,3	14,6	34,8
Guayaquil	2001	2 159 910	185 799	8,6	13,9	29,2
	2010	2 509 530	210 652	8,4	13,4	29,1
Tegucigalpa	2001	773 978	41 326	5,3	8,9	15,4
	2013	1 055 729	77 694	7,4	12,3	25,1
Ciudad de México	2000	17 506 282	1 220 766	7,0	11,0	23,9
	2010	19 519 434	1 935 139	9,9	15,2	39,8
Panamá	2000	1 212 435	97 460	8,0	12,6	28,8
	2010	1 577 959	158 024	10,0	15,6	38,9
Santo Domingo	2002	2 148 261	157 724	7,3	11,9	23,7
	2010	3 119 494	253 277	8,1	12,9	28,3
Caracas	2001	2 876 858	276 313	9,6	14,9	37,2
	2011	2 901 918	369 677	12,7	19,3	59,8

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

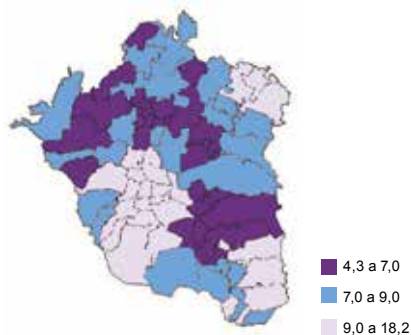
Buenos Aires, Río de Janeiro y Caracas son las ciudades que registran los índices más altos de dependencia en la vejez y de envejecimiento: en 2010, en estas ciudades había 25, 20 y 19 personas de 60 años y más por cada 100 potencialmente activas, respectivamente, mientras que por cada 100 habitantes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

En el mapa II.1, se presenta la proporción de personas mayores según las divisiones administrativas menores que componen algunas de estas grandes ciudades. En los cuatro aglomerados metropolitanos analizados se constata

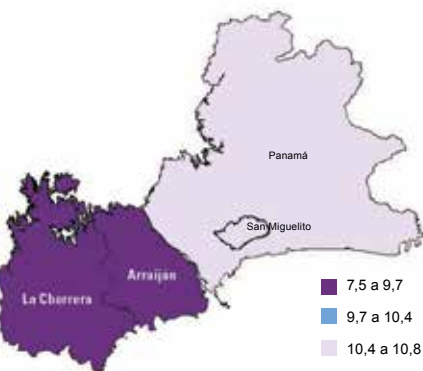
que la mayor proporción de personas mayores se localiza en las áreas céntricas y más antiguas de la ciudad. Por ejemplo, más del 15% de la población de seis municipios centrales de Ciudad de México tiene 60 años y más; en la ciudad de Panamá, los distritos que presentan la mayor proporción de personas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

Mapa II.1
América Latina (4 ciudades): población de 60 años y más, según división administrativa menor, censos de la década de 2010
(En porcentajes)

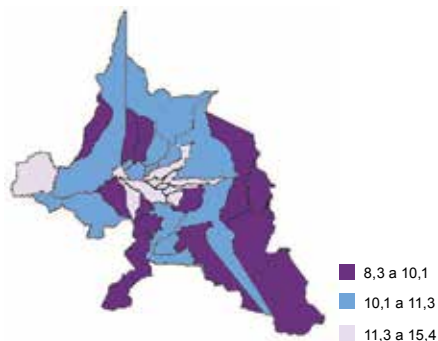
A. Ciudad de México (municipios), 2010



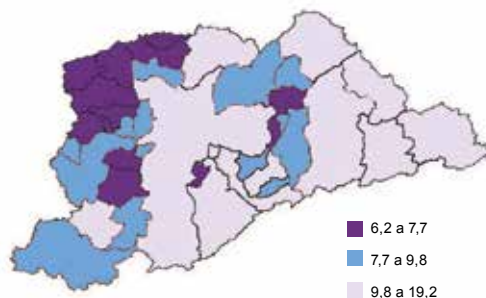
B. Panamá (distritos), 2010



C. San José (cantones), 2011



D. São Paulo (municipios), 2010



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

E. El acceso a la educación formal por generaciones

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

Cuadro II.3
América Latina (10 países): población analfabeta de 60 años y más,
según sexo, censos de 1990, 2000 y 2010
(En porcentajes)

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

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

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

F. Vejez femenina acompañada

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

Gráfico II.5
América Latina y el Caribe (10 países): personas casadas o unidas
y viudas, por sexo, censos de 1990, 2000 y 2010
(En porcentajes)

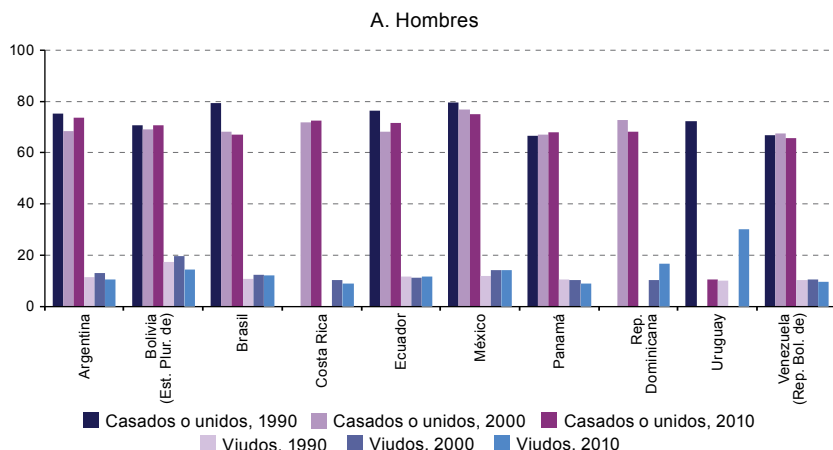
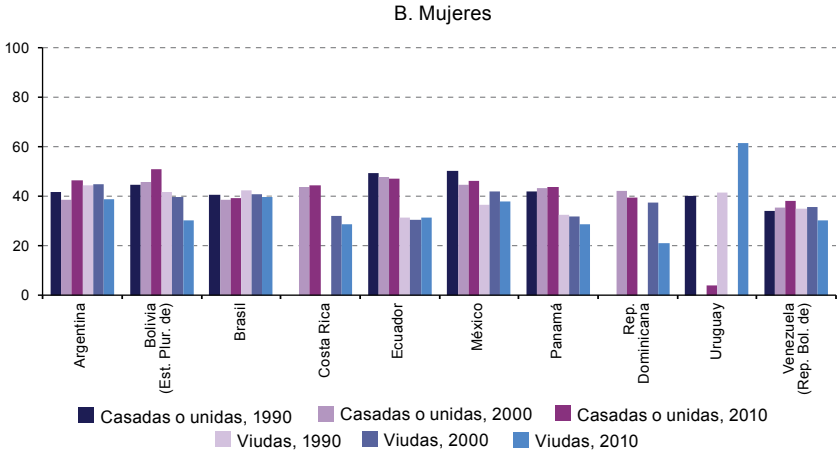


Gráfico II.5 (conclusión)



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

G. Los roles de las personas mayores en el hogar

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

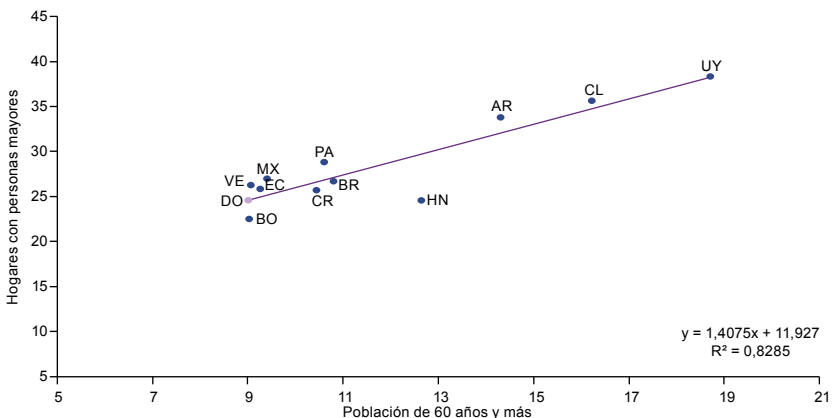
1. Los arreglos residenciales de las personas mayores

Con respecto a la proporción de hogares en que hay una o más personas mayores, los censos de la década de 2010 presentan cifras que se empujan sobre el 22% e incluso superan el 38%. Conocer estos resultados es relevante

para la elaboración de las políticas públicas y los programas asociados a las personas mayores y el envejecimiento, pues muestran que el aumento de este grupo de personas a nivel de la sociedad tiene un impacto aún mayor cuando esta población se considera a partir de los hogares. Se debe tener en cuenta, no obstante, que estos valores no consideran las relaciones familiares y otras relaciones sociales significativas que mantiene una sociedad con las personas mayores (Guzmán y Huenchuan, 2005).

Analizando en detalle el gráfico II.6, se observa una correlación significativa entre el porcentaje de hogares con personas mayores y el porcentaje de personas que forman parte de este grupo de población, lo que es un indicador clave del envejecimiento demográfico. Se constata que en los países que se ubican en etapas más avanzadas del envejecimiento, como Chile y el Uruguay, el porcentaje de hogares en que vive a lo menos una persona mayor supera el 35%. Si bien algunos países —Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador, México, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de)— se encuentran en etapas incipientes y moderadas del proceso de envejecimiento y registran porcentajes de personas mayores inferiores al 10%, en todos ellos el porcentaje de hogares con personas de edad supera el 23%, es decir, alrededor de 1 de cada 4 hogares tiene al menos una persona mayor como residente. Esta situación ya se revelaba en los datos proporcionados por los censos de las décadas de 1990 y 2000, que presentaban una correlación significativa entre ambos porcentajes, aunque estos eran inferiores.

Gráfico II.6
América Latina y el Caribe (12 países): personas mayores y hogares con personas mayores, censos de 2010
(En porcentajes)



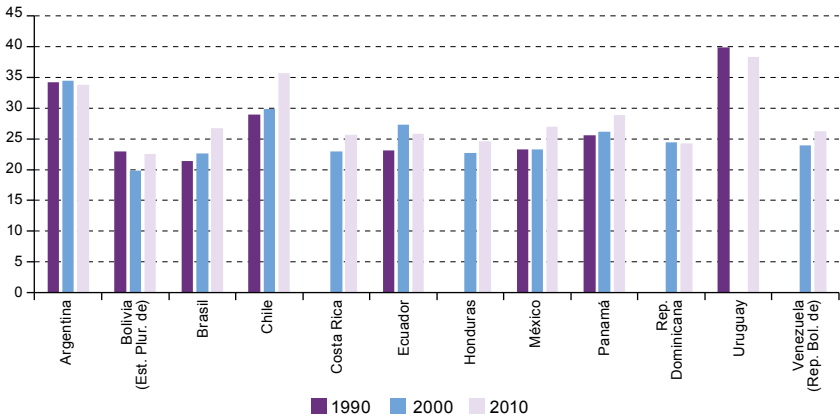
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Sistema de recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM); sobre la base de microdatos censales de los respectivos países.

La información del gráfico II.7 permite constatar una tendencia, desde 1990 en adelante, hacia el aumento del porcentaje de hogares con personas mayores, lo que se aprecia nítidamente en el Brasil, Chile, Costa Rica, Honduras, México y Venezuela (República Bolivariana de). Bolivia (Estado Plurinacional de), el Ecuador y el Uruguay presentan una situación un poco más errática, mientras que en la Argentina los valores se han mantenido cercanos al 35%.

Los porcentajes de hogares con personas mayores son diferentes según el área de residencia (véase el gráfico II.8). Así, 9 de los 12 países de América Latina y el Caribe considerados presentan un porcentaje más alto de hogares con personas mayores en las zonas rurales, y en varios casos las diferencias son superiores a 5 puntos porcentuales. Chile se destaca por registrar la brecha más grande: mientras que en las áreas urbanas el 35% de los hogares tiene a lo menos una persona mayor como integrante, en las áreas rurales este porcentaje aumenta al 42,4%.

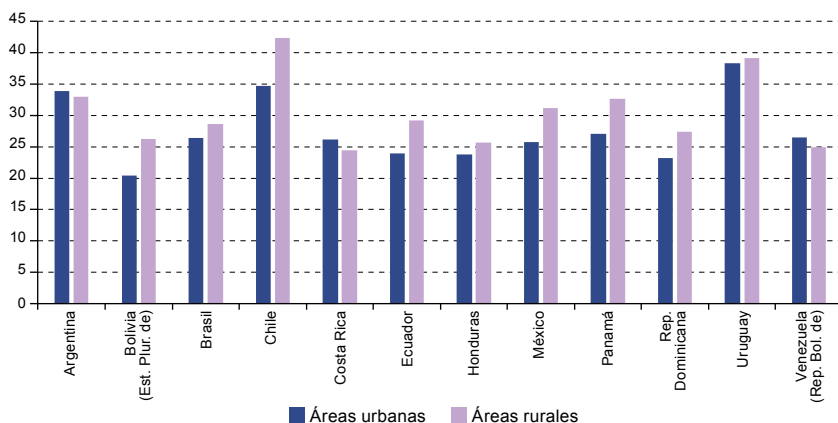
El envejecimiento prematuro del campo, que ya se mencionó en un apartado anterior, podría estar incidiendo en que haya un porcentaje más elevado de hogares con personas mayores en las áreas rurales de los países de la región, aunque esto también puede deberse a que en el campo priman los arreglos residenciales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

Gráfico II.7
América Latina y el Caribe (12 países): hogares con personas mayores,
censos de 1990, 2000 y 2010
(En porcentajes)



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

Gráfico II.8
América Latina y el Caribe (12 países): hogares con personas mayores
en las áreas urbanas y rurales, censos de 2010
(En porcentajes)



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

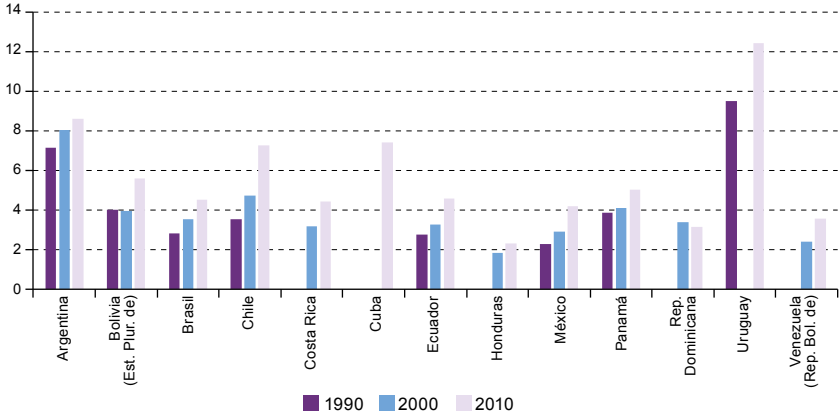
2. Las personas de edad que viven solas en sus hogares

El gráfico II.9 expone el aumento del porcentaje de hogares de personas mayores que viven solas. En los años noventa esta proporción no superaba el 4% del total de hogares, con la excepción de la Argentina y el Uruguay, que presentaban valores cercanos al 7% y el 10%, respectivamente. En la década de 2000 el porcentaje tiende a aumentar, pero los valores siguen siendo bajos. En cambio, los resultados proporcionados por los censos de la década de 2010 revelan un notorio aumento de este porcentaje prácticamente en todos los países seleccionados en el análisis. Ciertamente, los valores más altos se registran en los países en que el envejecimiento demográfico está más avanzado: Uruguay (12,5%), Argentina (8,6%), Cuba (7,4%) y Chile (7,4%). Estas tendencias regionales ya han sido documentadas por Saad (2003), quien sostiene que existe una mayor propensión hacia arreglos residenciales independientes en los países que se encuentran en etapas más avanzadas del envejecimiento.

Si en el análisis se compara la situación de las áreas urbanas y rurales (véase el gráfico II.10), se advierte que en 9 de los 13 países seleccionados las áreas rurales presentan un mayor porcentaje de hogares unipersonales de personas de edad. Esto es evidente en el Estado Plurinacional de Bolivia, donde en las áreas rurales se duplica la proporción de hogares de personas mayores solas en relación con las áreas urbanas; en Chile, aunque la brecha entre áreas rurales y urbanas es menor, supera los 3 puntos porcentuales. Con menores diferencias entre las dos áreas, esta tendencia también se da en Costa Rica, el Ecuador, Honduras, México, Panamá, la República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de). Si se considera el envejecimiento

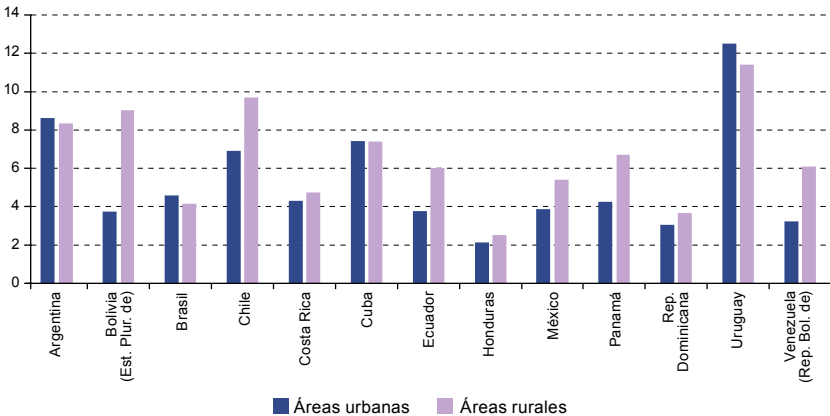
prematureo del campo y los factores que lo han ocasionado, estos resultados parecen previsibles, pues quienes han emigrado a zonas urbanas o fuera del país ha sido población de edades medianas, y los mayores, particularmente los hombres, han permanecido en las áreas rurales.

Gráfico II.9
América Latina y el Caribe (13 países): hogares unipersonales de personas mayores, censos de 1990, 2000 y 2010
(En porcentajes)



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

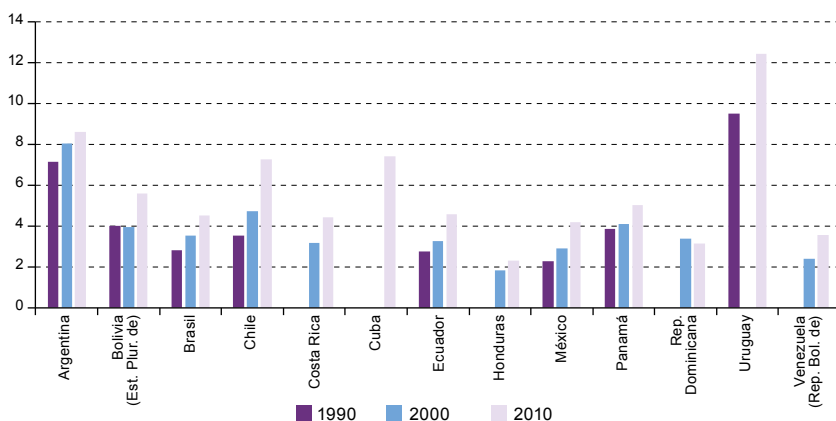
Gráfico II.10
América Latina y el Caribe (13 países): hogares unipersonales de personas mayores en áreas urbanas y rurales, censos de 2010
(En porcentajes)



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

Hasta ahora el estudio respecto de la vejez no acompañada se ha realizado a escala de hogares; otra manera de abordar el tema es estimando el peso relativo que tienen las personas de edad que viven solas en el total de la población de personas mayores. El gráfico II.11 muestra la tendencia, desde 1990, del porcentaje de personas de edad que viven solas, y se advierte que este ha aumentado en todos los países. El 23% de las personas mayores del Uruguay viven solas, y en la Argentina y Bolivia (Estado Plurinacional de) el porcentaje supera el 15%, mientras que en el resto de los países rebasa el 10%, a excepción de Honduras, donde alcanza el 7%.

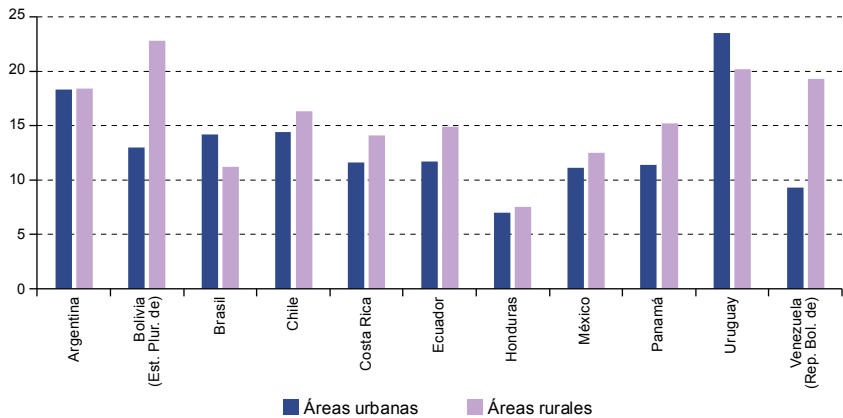
Gráfico II.11
América Latina y el Caribe (13 países): personas de edad que viven solas,
censos de 1990, 2000 y 2010
(En porcentajes)



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

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

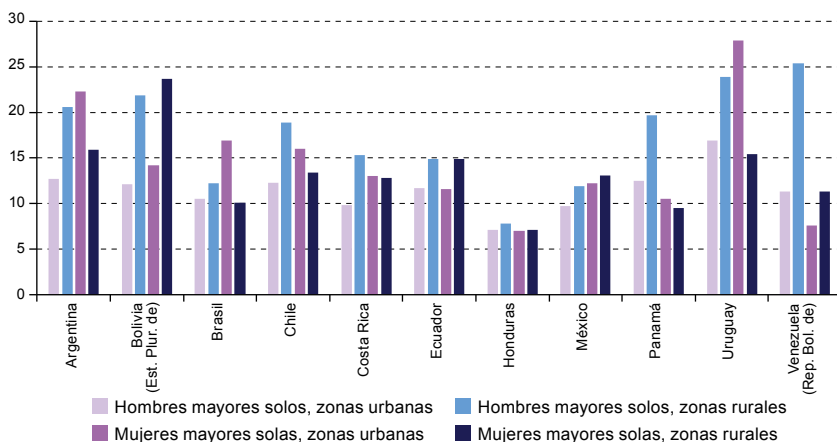
Gráfico II.12
América Latina y el Caribe (11 países): personas de edad que viven solas
en las áreas urbanas y rurales, censos de 2010
(En porcentajes)



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

Si la investigación, además de considerar el área de residencia, incluye el género, se advierten notables diferencias entre los países estudiados. En cuatro de ellos, tanto los hombres como las mujeres mayores tienden a vivir solos en mayor proporción en el campo (véase el gráfico II.13). Así, en Bolivia (Estado Plurinacional de) el 22% y el 24% de los hombres y las mujeres mayores que pertenecen al medio rural, respectivamente, viven solos, porcentajes que alcanzan el 15% en el caso de los hombres y las mujeres de edad del Ecuador. Por su parte, en Venezuela (República Bolivariana de) 1 de cada 4 hombres mayores que residen en el campo vive solo. Un panorama diferente es el de la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica, Panamá y el Uruguay, donde, aunque al igual que en los países mencionados la proporción de hombres mayores que viven solos es mayor en las zonas rurales, las mujeres de edad que están en esta condición registran una proporción más alta en las áreas urbanas. Por ejemplo, el 28% de las mujeres mayores uruguayas que viven en zonas urbanas lo hacen solas, mientras que el 24% de los hombres mayores del Uruguay residen solos en sus hogares cuando viven en un medio rural.

Gráfico II.13
América Latina y el Caribe (11 países): personas de edad que viven solas,
según sexo, censos de 2010
(En porcentajes)



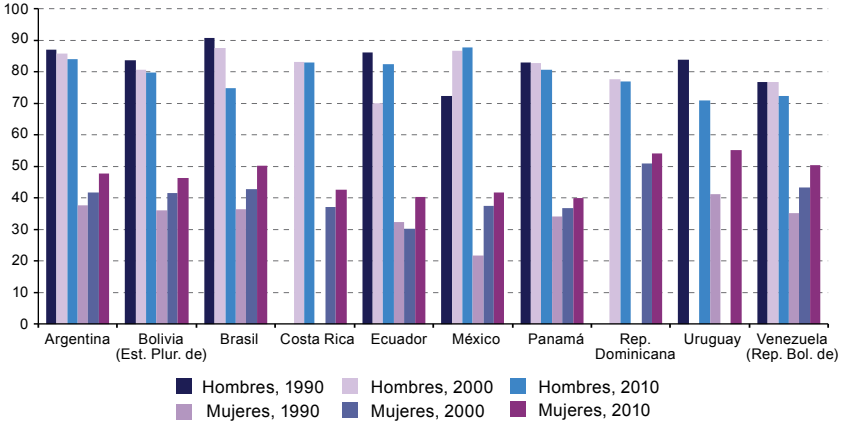
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Sistema de recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM); sobre la base de microdatos censales de los respectivos países.

3. Mujeres mayores jefas de hogar

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

En 1990, menos del 40% de las mujeres mayores ejercía la jefatura de hogar en la región (solo en el Uruguay se superaba esta cifra). La información de los censos de la década de 2000 reveló que esta proporción había aumentado, ya que en varios países (Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de)) superaba el 40%. Actualmente, casi la mitad de las mujeres mayores ejerce la jefatura de hogar. Se destacan los casos del Brasil, la República Dominicana, el Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de), donde esta cifra es mayor que el 50% (véase el gráfico II.14).

Gráfico II.14
América Latina y el Caribe (10 países): personas mayores jefas de hogar,
según sexo, censos de 1990, 2000 y 2010
(En porcentajes)



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

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

H. Discapacidad y limitaciones funcionales

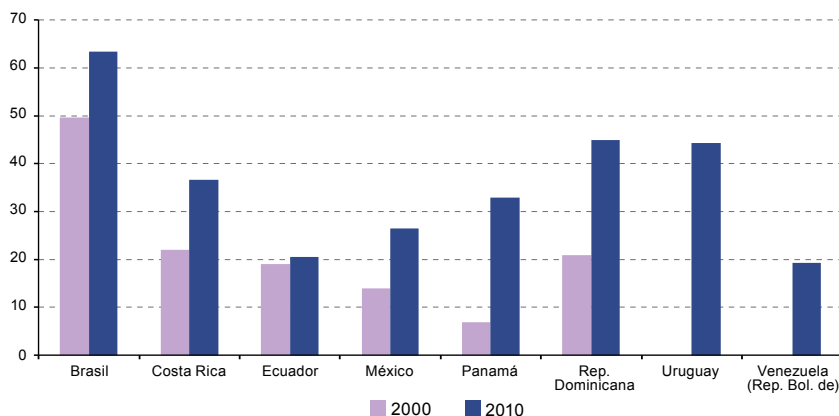
A nivel general, el porcentaje de personas con discapacidad no es excesivamente elevado en los países de la región. Según datos censales de la década de 2010 el valor oscila entre un 5% y un 24% (González y Stang, 2014), aunque se incrementó en la última década por efecto de la mejor captación de datos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

embargo, según avanza la edad, la proporción de personas con discapacidad va aumentando y, así, se constata que es más alta entre las personas mayores.

Siguiendo recomendaciones internacionales y nacionales, algunos países de América Latina mejoraron la captación de datos sobre las personas con discapacidad en los censos de población de la década de 2010, lo que se logró al pasar de un enfoque biomédico a uno biosocial o social en la manera de preguntar por sus limitaciones. En estos censos se indagó principalmente acerca de las limitaciones en la visión, auditivas, de movilidad o para caminar, para recordar o concentrarse, al realizar tareas de cuidado personal, y de comunicación. Ciertamente, los datos obtenidos de esta forma presentan aún ciertas restricciones, sin embargo, es la información con que se cuenta para conocer el porcentaje de personas con discapacidad de los países y de algunos grupos específicos, en este caso, las personas de edad.

El gráfico II.15 muestra el porcentaje de personas mayores con discapacidad en dos momentos censales, y se constata que en la década de 2010 es más alto en todos los países analizados. No obstante, es necesario revisar las cifras con cautela, puesto que el alza no se refiere solo a un aumento de la discapacidad, sino también a una mejor captación del dato, como se indicó en el párrafo anterior. Si el análisis se remite a los resultados proporcionados por los censos de la ronda de 2010, que considera 8 países latinoamericanos, alrededor de 41 de cada 100 personas mayores tenía algún tipo de discapacidad. Destacan el Brasil (más del 60%), así como la República Dominicana y el Uruguay (45%). La incidencia es más elevada en las mujeres que en los hombres: un 43% frente a un 38,8%.

Gráfico II.15
América Latina y el Caribe (8 países): personas mayores que
tienen algún tipo de discapacidad, censos de 2000 y 2010
(En porcentajes)



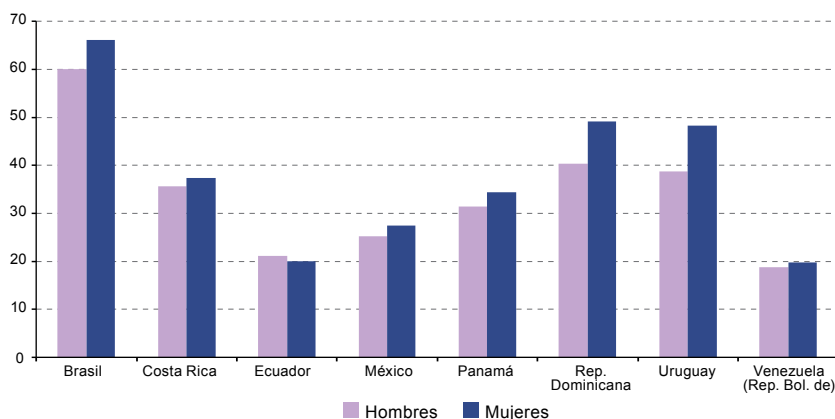
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Sistema de recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM); sobre la base de microdatos censales de los respectivos países.

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

Una característica digna de mención es que el conjunto de las personas mayores que tienen al menos una discapacidad presenta relaciones de masculinidad inferiores a 100, es decir, tiene una mayor presencia femenina. En un estudio de la CEPAL (2013) sobre este tema se indicaba que las mujeres registraban una tasa de prevalencia de discapacidad más alta que la de los hombres, y que esta situación ocurría en más de la mitad de los países de la región. Los datos del gráfico II.16 así lo demuestran, pues ponen de manifiesto que entre las personas mayores de todos los países analizados, excepto del Ecuador, hay una mayor prevalencia de discapacidad en las mujeres. Esto se debe a que su mayor esperanza de vida aumenta la posibilidad de que tengan una discapacidad asociada a una enfermedad crónica o un accidente en etapas avanzadas de la vida.

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

Gráfico II.16
América Latina y el Caribe (8 países): personas mayores que tienen
algún tipo de discapacidad, según sexo, censos de 2010
(En porcentajes)



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

A medida que continúe desarrollándose el proceso de envejecimiento demográfico en los países de la región, es probable que las mujeres tengan aun mayor relevancia en el grupo de personas con discapacidad. Esto merece la máxima atención desde la perspectiva de la política pública porque es sabido que la condición de género se interseca, además de con la discapacidad, con otras variables, como la edad y la clase social, para generar situaciones de mayor desigualdad. De esta forma, debido a las inequidades sufridas en el transcurso de su vida, las mujeres suelen vivir más años con limitaciones funcionales que los hombres. Para ellas, al igual que para los hombres —aunque en menor medida en este último caso—, la enfermedad ha dejado de ser un momento agudo que generalmente desembocaba en la muerte para convertirse en un estado crónico que, sin los cuidados necesarios, deteriora de manera notable la calidad de vida en la vejez.

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

Conforme a la resolución 64/292 de la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada en 2010, esta reconoce que el derecho al agua potable y el saneamiento es un derecho humano esencial para el pleno disfrute de la vida y de todos los derechos humanos. Por tanto, es un derecho en sí mismo y un medio fundamental para garantizar todos los derechos humanos (Justo, 2013), especialmente los relativos a la vivienda y la salud. En este contexto,

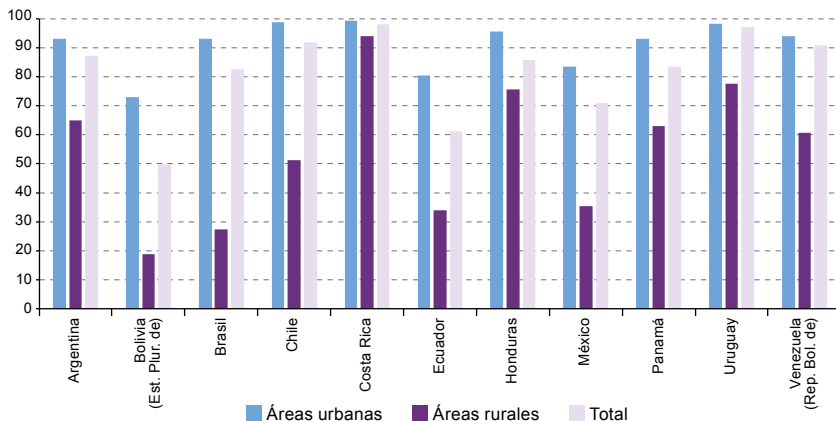
cabe indagar en qué situación se encuentran las personas mayores respecto del acceso al agua potable y el saneamiento en sus hogares y viviendas, para así poder evaluar el nivel de cumplimiento de este derecho en este grupo de población. Además, en la Agenda 2030, particularmente en el Objetivo 6, se propone garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos, incluidas las personas de edad. Asimismo, en la medida prioritaria 77 del capítulo G del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo se menciona la necesidad de promover el desarrollo y el bienestar de las personas de todos los territorios, sin ningún tipo de discriminación, incluido el pleno acceso a los servicios sociales básicos.

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

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

En el gráfico II.17, que incluye 11 países, se advierte que en ocho de ellos (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Honduras, Panamá, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de)) un alto porcentaje de la población mayor a nivel nacional, superior al 80%, tiene acceso al agua potable. En el Ecuador y México este porcentaje desciende al 60% y 70%, respectivamente, mientras que en Bolivia (Estado Plurinacional de) solo la mitad de las personas mayores cuenta con agua potable dentro de la vivienda.

Gráfico II.17
América Latina y el Caribe (11 países): población de 60 años y más
con acceso al agua potable dentro de la vivienda en las áreas
urbanas y rurales, censos de 2010
(En porcentajes)



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

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

Bibliografía

- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2013), *Panorama Social de América Latina, 2012* (LC/G.2557-P), Santiago, enero.
- _____(2012), *Población, territorio y desarrollo sostenible* (LC/L.3474(CEP.2/3)), Santiago, junio.
- _____(2008), *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe* (LC/G.2378(SES.32/14)), Santiago, junio.
- _____(2003), *La situación de las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas. Síntesis* (LC/L.1973), Santiago, octubre.
- González, D. y F. Stang (2014), “Las personas con discapacidad en América Latina a 20 años de los consensos de El Cairo: la necesidad de información para políticas y programas”, *Notas de Población*, vol. 41, N° 99 (LC/G.2628-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre.
- Guzmán, J. y S. Huenchuan (2005), “Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada”, documento preparado para la reunión de expertos Políticas hacia las Familias, Protección e Inclusión Sociales, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 28 y 29 de junio [en línea] https://dds.cepal.org/eventos/presentaciones/2005/0628/JGuzman_SHuenchuan.pdf.
- Justo, J. (2013), “El derecho humano al agua y al saneamiento frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)”, *Documentos de Proyectos* (LC/W.536), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril.
- Naciones Unidas (2015), *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* (A/RES/70/1), Nueva York, octubre.
- _____(2015b), *World Population Prospects: The 2015 Revision*, Nueva York.
- Rodríguez, J. (2004), “Migración interna en América Latina y el Caribe: estudio regional del período 1980-2000”, *serie Población y Desarrollo*, N° 50 (LC/L.2059-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), enero.
- Saad, P. (2003), “Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuestas SABE”, *Notas de Población*, N° 77 (LC/G.2213-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre.

Anexo II.A1

Cuadro II.A1.1
América Latina y el Caribe: población de 60 años y más de 75 años y más, por subregiones y países, 1965-2060
 (En porcentajes)

Región, subregión o país	Población de 60 años y más										Población de 75 años y más									
	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060						
América Latina y el Caribe	6,0	6,5	7,5	11,2	16,8	23,3	29,5	1,1	1,4	1,8	3,0	4,8	8,2	12,2						
El Caribe	6,9	8,6	9,8	13,3	19,2	23,7	28,2	1,4	2,0	2,8	4,0	5,8	9,4	11,6						
Antigua y Barbuda	6,4	7,9	10,8	10,8	19,7	23,8	27,9	1,4	1,6	3,6	3,1	4,2	9,9	10,9						
Bahamas	5,3	6,1	7,1	12,5	20,1	25,4	30,3	1,0	1,2	1,6	3,1	5,7	9,8	12,4						
Barbados	11,1	14,1	13,9	19,8	27,7	30,9	31,5	2,3	3,9	4,9	6,1	9,2	13,4	14,9						
Cuba	8,1	10,8	12,7	19,4	31,6	37,8	41,3	1,6	2,7	4,0	6,3	10,0	18,8	21,3						
Granada	7,5	9,7	10,2	10,2	14,3	20,8	30,1	1,7	2,4	3,0	3,3	3,7	6,2	10,3						
Haití	5,7	6,3	6,1	7,1	9,3	13,3	18,9	0,9	1,1	1,3	1,6	2,1	3,1	5,1						
Jamaica	8,1	9,3	9,9	12,8	18,7	25,1	34,1	1,8	2,5	3,4	4,2	5,5	9,5	13,1						
República Dominicana	4,2	4,9	6,8	9,7	14,2	19,2	24,7	0,7	0,9	1,5	2,8	4,0	6,6	9,4						
San Vicente y las Granadinas	6,7	8,2	9,0	10,9	18,3	23,8	29,5	1,3	1,9	2,7	3,2	4,3	8,1	10,7						
Santa Lucía	6,9	7,7	10,3	12,5	19,1	25,5	32,0	1,4	1,6	3,4	4,0	5,2	9,3	12,8						
Trinidad y Tabago	5,7	8,0	8,7	14,2	20,2	26,1	28,5	0,9	1,7	2,2	3,2	5,2	7,7	10,9						
Centroamérica	5,4	5,4	6,6	9,3	14,2	20,9	28,0	1,0	1,3	1,6	2,6	4,0	7,0	11,1						
Belize	6,4	6,4	6,2	5,9	8,9	12,9	18,8	1,3	1,7	1,7	1,3	1,5	2,8	4,6						
Costa Rica	5,0	6,1	7,6	12,8	20,5	27,6	34,8	0,9	1,3	1,8	3,4	6,2	11,1	15,2						
El Salvador	5,1	5,4	7,3	11,5	15,8	21,5	31,1	0,9	1,1	1,6	3,4	5,0	7,6	11,3						
Guatemala	4,5	4,6	5,6	7,0	8,6	12,6	18,2	0,8	0,9	1,1	1,9	2,5	3,4	5,7						
Honduras	4,9	4,8	5,4	7,2	10,7	16,7	25,8	0,9	1,0	1,2	2,0	2,9	4,9	8,4						
México	5,6	5,5	6,7	9,6	14,9	22,3	29,6	1,1	1,4	1,7	2,6	4,2	7,6	12,1						
Nicaragua	4,0	4,4	5,2	7,8	12,5	20,2	29,0	0,7	0,8	1,1	2,2	3,5	6,3	11,3						
Panamá	5,7	6,2	7,4	10,9	16,2	21,9	26,6	1,2	1,4	1,9	3,1	4,9	8,0	11,3						

Cuadro II.A1.1 (conclusión)

Región, subregión o país	Población de 60 años y más						Población de 75 años y más							
	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060
América del Sur	6,1	6,7	7,7	11,7	17,7	24,4	30,3	1,1	1,3	1,7	3,1	5,1	8,7	12,7
Argentina	9,8	12,0	13,3	15,1	17,5	22,1	26,4	1,8	2,7	3,6	4,7	6,0	7,7	10,8
Bolivia (Estado Plurinacional de)	6,3	5,8	7,0	9,2	11,4	15,4	20,5	1,2	1,0	1,5	2,7	3,5	4,7	7,0
Brasil	5,2	5,8	6,8	11,7	18,8	26,8	33,4	0,9	1,1	1,3	3,0	5,3	9,6	14,5
Chile	7,9	8,6	10,1	15,7	23,7	30,4	36,6	1,6	2,1	2,7	4,7	8,0	13,6	17,5
Colombia	5,2	5,6	6,4	10,8	18,3	25,2	31,7	0,9	1,2	1,5	2,5	4,8	9,0	12,9
Ecuador	6,7	6,0	6,6	9,9	14,5	19,9	25,7	1,5	1,4	1,7	2,7	4,3	7,0	10,2
Guyana	5,4	5,4	6,6	8,3	14,9	14,7	19,7	1,0	1,2	1,7	1,4	2,3	4,7	4,0
Paraguay	5,2	5,9	6,2	9,0	12,0	16,1	22,7	1,0	1,2	1,5	2,3	3,5	4,8	7,1
Perú	5,5	5,6	6,6	10,0	14,7	20,9	27,1	0,8	1,0	1,5	2,7	4,1	7,0	10,8
Suriname	6,0	6,2	7,8	10,2	15,7	19,8	23,8	1,3	1,7	1,6	2,6	3,4	6,2	8,0
Uruguay	12,3	14,7	17,1	19,1	22,1	26,1	30,7	3,0	3,8	4,9	7,0	8,0	10,3	13,0
Venezuela (República Bolivariana de)	4,0	5,1	6,0	9,4	14,8	19,9	25,4	0,7	0,9	1,3	2,3	3,7	6,7	9,5

Fuente: Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2015 Revision*, Nueva York, 2015.

Cuadro II.A1.2
América Latina y el Caribe: relación de femineidad de la población de 60 años y más y de 75 años y más, por subregiones y países, 1965-2060

Región, subregión o país	Población de 60 años y más										Población de 75 años y más																	
	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060							
América Latina y el Caribe	114,0	118,5	124,3	122,8	122,6	120,3	115,0	131,3	135,2	148,5	147,9	143,2	139,9	131,3	100,8	107,1	113,9	116,1	116,5	117,8	115,4	112,0	114,4	126,1	133,2	132,7	129,8	131,3
El Caribe	100,8	107,1	113,9	116,1	116,5	117,8	115,4	112,0	114,4	126,1	133,2	132,7	129,8	131,3	191,6	153,0	146,5	124,2	127,2	133,9	126,4	329,0	257,0	157,2	158,4	149,3	151,5	154,4
Antigua y Barbuda	142,3	126,3	133,8	130,5	125,1	122,3	117,2	170,7	162,4	168,9	171,4	148,5	142,6	133,5	182,4	144,9	147,6	129,0	128,4	129,6	126,2	262,1	194,2	168,5	158,3	148,3	148,1	139,8
Bahamas	85,1	102,6	112,3	111,5	109,4	107,5	104,0	87,7	99,4	123,0	128,2	123,5	115,8	113,6	168,2	142,2	149,3	129,0	120,9	113,0	112,7	223,1	188,4	172,0	169,9	145,2	142,7	128,2
Barbados	113,0	112,9	117,6	120,9	119,3	120,2	120,4	125,6	117,1	124,9	137,5	137,4	138,9	141,8	125,6	115,1	113,4	107,4	110,1	121,9	116,4	169,4	141,0	135,2	128,0	119,4	125,7	139,7
Cuba	91,1	92,2	97,7	109,0	114,9	118,6	116,3	101,2	106,5	103,8	117,0	126,3	132,6	133,3	164,3	134,3	124,9	112,0	104,2	111,1	115,4	244,8	182,3	139,4	137,5	125,5	121,2	131,1
Granada	154,2	125,3	114,8	117,1	120,3	124,1	119,6	186,9	155,8	134,2	136,1	139,9	141,2	141,0	106,8	112,3	127,3	122,2	131,3	138,3	142,5	116,5	132,2	155,9	164,2	170,9	193,0	189,0
Haití	110,6	117,8	122,3	115,0	116,8	116,2	110,8	118,1	123,9	136,7	132,4	126,2	127,8	122,4	106,5	106,7	105,3	98,6	116,1	131,8	131,5	114,3	114,0	123,3	107,5	129,5	160,3	175,9
Haití	100,2	103,2	113,4	111,5	111,8	109,8	106,4	110,0	111,6	131,6	127,1	123,0	119,9	115,4	119,4	119,5	117,7	132,5	148,8	156,2	143,8	146,6	140,4	139,9	131,5	158,7	174,8	177,1
Jamaica	104,9	104,7	110,4	120,8	136,4	133,9	123,2	110,9	112,9	118,5	126,2	142,6	161,8	149,8	113,4	113,1	109,6	109,4	112,3	115,7	112,6	123,4	129,7	128,4	125,0	125,6	129,6	129,4
República Dominicana	111,0	120,1	125,3	113,8	114,3	113,6	108,3	117,1	124,0	139,0	134,1	123,1	124,0	118,5	121,3	125,5	124,4	126,2	129,4	125,1	113,6	143,4	147,2	144,0	135,4	142,4	143,9	131,0
San Vicente y las Granadinas	95,1	100,6	106,1	111,4	112,0	110,9	109,2	100,9	110,1	118,3	120,6	124,7	122,3	117,7	154,2	125,3	114,8	117,1	120,3	124,1	119,6	186,9	155,8	134,2	136,1	139,9	141,2	141,0
Santa Lucía	106,8	112,3	127,3	122,2	131,3	138,3	142,5	116,5	132,2	155,9	164,2	170,9	193,0	189,0	106,8	112,3	127,3	122,2	131,3	138,3	142,5	116,5	132,2	155,9	164,2	170,9	193,0	189,0
Trinidad y Tabago	110,6	117,8	122,3	115,0	116,8	116,2	110,8	118,1	123,9	136,7	132,4	126,2	127,8	122,4	106,5	106,7	105,3	98,6	116,1	131,8	131,5	114,3	114,0	123,3	107,5	129,5	160,3	175,9
Centroamérica	106,5	106,7	105,3	98,6	116,1	131,8	131,5	114,3	114,0	123,3	107,5	129,5	160,3	175,9	100,2	103,2	113,4	111,5	111,8	109,8	106,4	110,0	111,6	131,6	127,1	123,0	119,9	115,4
Belize	100,2	103,2	113,4	111,5	111,8	109,8	106,4	110,0	111,6	131,6	127,1	123,0	119,9	115,4	119,4	119,5	117,7	132,5	148,8	156,2	143,8	146,6	140,4	139,9	131,5	158,7	174,8	177,1
Costa Rica	119,4	119,5	117,7	132,5	148,8	156,2	143,8	146,6	140,4	139,9	131,5	158,7	174,8	177,1	104,9	104,7	110,4	120,8	136,4	133,9	123,2	110,9	112,9	118,5	126,2	142,6	161,8	149,8
El Salvador	104,9	104,7	110,4	120,8	136,4	133,9	123,2	110,9	112,9	118,5	126,2	142,6	161,8	149,8	113,4	113,1	109,6	109,4	112,3	115,7	112,6	123,4	129,7	128,4	125,0	125,6	129,6	129,4
Guatemala	113,4	113,1	109,6	109,4	112,3	115,7	112,6	123,4	129,7	128,4	125,0	125,6	129,6	129,4	111,0	120,1	125,3	113,8	114,3	113,6	108,3	117,1	124,0	139,0	134,1	123,1	124,0	118,5
Honduras	121,3	125,5	124,4	126,2	129,4	125,1	113,6	143,4	147,2	144,0	135,4	142,4	143,9	131,0	95,1	100,6	106,1	111,4	112,0	110,9	109,2	100,9	110,1	118,3	120,6	124,7	122,3	117,7
México	95,1	100,6	106,1	111,4	112,0	110,9	109,2	100,9	110,1	118,3	120,6	124,7	122,3	117,7	154,2	125,3	114,8	117,1	120,3	124,1	119,6	186,9	155,8	134,2	136,1	139,9	141,2	141,0
Nicaragua	106,8	112,3	127,3	122,2	131,3	138,3	142,5	116,5	132,2	155,9	164,2	170,9	193,0	189,0	106,8	112,3	127,3	122,2	131,3	138,3	142,5	116,5	132,2	155,9	164,2	170,9	193,0	189,0
Panamá	110,6	117,8	122,3	115,0	116,8	116,2	110,8	118,1	123,9	136,7	132,4	126,2	127,8	122,4	106,5	106,7	105,3	98,6	116,1	131,8	131,5	114,3	114,0	123,3	107,5	129,5	160,3	175,9

Cuadro II.A.1.2 (conclusión)

Región, subregión o país	Población de 60 años y más										Población de 75 años y más									
	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060						
América del Sur	117,2	120,6	126,6	126,4	125,3	122,1	116,9	139,9	144,0	157,9	156,0	150,9	145,8	135,1						
Argentina	104,4	123,6	134,4	138,3	134,2	125,7	118,2	126,0	145,3	174,1	188,7	176,3	161,6	141,2						
Bolivia (Estado Plurinacional de)	121,6	120,7	113,0	111,2	114,5	116,1	115,8	120,0	123,9	125,7	125,6	127,9	133,6	133,5						
Brasil	123,6	120,7	128,9	127,4	127,4	123,9	118,2	150,1	150,4	167,4	155,0	152,2	148,5	136,4						
Chile	124,1	128,3	130,0	131,1	125,5	120,0	114,7	146,7	147,0	156,3	165,1	156,3	141,3	134,8						
Colombia	122,7	120,9	124,0	122,7	121,7	122,0	118,7	146,9	138,3	142,3	142,4	139,7	139,9	135,9						
Ecuador	116,4	112,0	111,4	113,2	113,1	112,5	109,0	135,1	126,7	122,3	126,2	125,2	124,1	118,7						
Guyana	119,5	104,8	117,9	116,4	110,7	115,6	109,4	173,4	122,5	148,7	115,7	133,5	128,1	136,2						
Paraguay	124,3	117,9	113,3	105,0	107,1	110,0	111,9	148,4	139,3	132,0	123,1	118,9	126,4	128,5						
Perú	113,8	114,8	113,7	117,2	119,5	114,7	108,3	126,9	132,2	132,2	136,0	136,0	134,9	120,9						
Suriname	107,3	107,5	117,7	126,9	122,1	127,7	129,3	121,2	128,7	139,9	158,5	166,5	158,8	162,7						
Uruguay	117,2	125,5	137,6	145,4	137,4	127,4	118,0	148,2	156,5	178,4	203,3	184,0	164,1	143,1						
Venezuela (República Bolivariana de)	101,1	109,9	115,1	119,5	120,5	121,9	119,6	117,0	123,4	134,8	149,9	149,6	147,1	143,0						

Fuente: Naciones Unidas. *World Population Prospects: The 2015 Revision*, Nueva York, 2015.

Nota: Relación de femineidad = (número de mujeres de una población/número de hombres de una población) * 100.

Cuadro II.A1.3
América Latina (12 países): población de 60 años y más que vive
en áreas urbanas y rurales, censos de 1990, 2000 y 2010
(En porcentajes)

País	Áreas urbanas			Áreas rurales		
	1990	2000	2010	1990	2000	2010
Argentina	13,2	13,6	14,4	10,8	11,8	12,6
Bolivia (Estado Plurinacional de)	5,5	5,7	7,7	8,6	9,2	11,7
Brasil	7,4	8,6	10,8	6,9	8,4	11,0
Cuba	-	-	19,0	-	-	16,0
Costa Rica	-	8,5	10,8	-	7,0	9,5
Ecuador	6,0	8,7	8,7	7,1	9,8	10,2
Honduras	-	5,7	11,9	-	5,9	13,6
México	6,8	7,0	9,1	6,7	8,2	10,4
Panamá	7,8	8,3	10,5	7,4	9,1	10,8
República Dominicana	-	7,7	8,7	-	8,7	10,2
Uruguay	17,5	17,9	18,7	15,5	16,2	18,9
Venezuela (República Bolivariana de)	5,9	7,0	9,1	6,8	7,6	8,6

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

Capítulo III

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

Introducción

En lo referente a su condición de igualdad con respecto al resto de la sociedad, las personas mayores han seguido una trayectoria muy semejante a la que han recorrido otros grupos discriminados, como las mujeres o las personas con discapacidad. Esta coincidencia tiene su base en el estándar de normalidad sobre el cual se ha erigido la sociedad y su consiguiente falta de capacidad para incluir, en condiciones dignas e iguales, a aquellos que son diferentes. La configuración de este estándar no es neutra y surge a partir de los parámetros de quienes constituyen el estereotipo culturalmente dominante (Curtis, 2004).

En la base de la construcción de este estándar de normalidad se ubica el poder, asociado por lo general a un arquetipo viril, blanco, sin deficiencias de ningún tipo y de preferencia joven, a partir del cual se interpreta la existencia humana y que se pretende hacer extensivo al conjunto de los miembros de la sociedad como referencia de lo auténticamente válido. Aquel o aquella que no cumple con estos requisitos se aleja de la normalidad y sufre los efectos del sexismo, el racismo o el edadismo —discriminación por razón de la edad— como prácticas cotidianas (Huenchuan, 2005). En este marco, la diferencia —sea de sexo, de edad, de capacidades o étnica— se transforma inmediatamente en adversidad, y surgen los obstáculos que limitan o impiden una vida libre y autónoma.

En consecuencia, el itinerario social que siguen las personas y los grupos “diferentes” es muy parecido. Desde la construcción inicial de una imagen como seres indeseables —carácter a veces atribuido a un origen mágico religioso— pasan luego a ser objetos del amparo y provocar la necesidad urgente de anular o disfrazar la diferencia, hasta llegar finalmente a ser considerados y erigirse como sujetos plenos. En el ámbito de las políticas, padecen los efectos de la caridad —muchas de ellas inspiradas en propósitos nobles, aunque diseñadas a partir de la concepción de su diferencia como una carencia, un defecto o una mutilación que debe ser suplida. Están además bajo la sospecha de ser incapaces de gobernar sus vidas, tarea que se confía a otro, superior o experto, ya sea el cónyuge o el padre en el caso de las mujeres, los médicos en el caso de las personas con discapacidad o su cuidador o cuidadora cuando se trata de las personas mayores. La medicalización y la institucionalización son asimismo dos prácticas comunes a las que se ven enfrentadas con demasiada frecuencia tanto las personas mayores como aquellas con discapacidad.

El reconocimiento de quienes forman parte de estos grupos discriminados como sujetos plenos es parte de una lucha más amplia por avanzar hacia sociedades incluyentes y democráticas, que hagan de la diferencia parte de la riqueza humana y no un motivo de segregación. El logro de este objetivo, sin embargo, es de largo aliento y está plagado de obstáculos de diversa índole, pero es alcanzable al menos en su expresión formal, que representa un paso fundamental para su materialización futura.

La reflexión, el debate y las soluciones relativas a los problemas contemporáneos de las personas mayores y sus derechos se ubican en este marco. No es un asunto centrado únicamente en la persona de edad avanzada; es una cuestión de la sociedad en que viven. Se trata de una interpelación a la supuesta homogeneidad de la sociedad y al rechazo frente a aquello que es distinto, que recuerda la otredad siempre presente y amenazante de la identidad. Quizás por la misma profundidad del cuestionamiento personal y colectivo que implica la etapa vital de la vejez, el debate sobre los derechos de las personas mayores suele ser tan complejo de abordar, tanto en el plano político como académico y también en el ámbito cotidiano.

A lo largo de estos años, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha seguido de cerca el debate sobre los derechos humanos de las personas mayores en la región. Al comienzo se trataba de una incipiente demanda de algunos gobiernos, que fue afirmándose con el paso del tiempo y que atrajo simpatizantes provenientes de distintos ámbitos relacionados con las políticas sociales, la población, la medicina y la actividad legislativa. Este posicionamiento no estuvo exento de dificultades y su aceptación tampoco fue fácil. Para ello se realizaron

numerosas reuniones, seminarios y talleres que abonaron la construcción de un corpus de conocimiento y lenguaje. Igualmente, se fueron construyendo y afianzando liderazgos en distintos países que dieron su apoyo decidido a la aplicación de la perspectiva de los derechos humanos a los asuntos de las personas mayores.

Fruto de estos y otros esfuerzos, el 15 de junio de 2015 la Organización de los Estados Americanos (OEA) aprobó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, convirtiéndose en el primer organismo intergubernamental que acoge un instrumento jurídicamente vinculante en esta materia.

El objetivo de la Convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce del ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas mayores, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad¹.

La Convención recuerda en su preámbulo que todos los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos se aplican a las personas mayores, pero, como afirma más adelante, la discriminación que sobrelleva la vejez suele impedir que los disfruten plenamente. Para tal efecto, la Convención define la discriminación por edad en la vejez como cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y las libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada.

Este nuevo tratado rectifica una omisión del derecho internacional de derechos humanos con relación a este grupo social y estandariza garantías muy relevantes que ningún otro instrumento internacional vinculante había considerado anteriormente de manera explícita en el caso de las personas mayores, como la conjunción entre el derecho a la vida y la dignidad en la vejez, o el derecho a la independencia y la autonomía.

En este capítulo no se pretende abordar todos los elementos relacionados con los derechos humanos de las personas mayores que se discuten en la actualidad. Esa es una tarea de una envergadura mucho mayor. Lo que se busca es refrescar el debate y aportar algunos elementos para reflexiones futuras dirigidas a facilitar una protección más amplia de los derechos de las personas mayores en el ámbito de las Naciones

¹ Véase OEA, Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada el 15 de junio de 2015 [en línea] http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf.

Unidas. Asimismo, se brinda un panorama general acerca del proceso de elaboración y contenidos de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores para reafirmar su importancia y promover la acción por parte de las partes interesadas, en particular los titulares de los derechos. Por último, se ofrecen ejemplos de las formas de implementar la Convención por parte de los Estados.

A. Aspectos teórico-conceptuales

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

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

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

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

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

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

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

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

No obstante, en la causa que está en la base de la discriminación de las personas mayores radica la complejidad de distinguirla de manera específica y reconocer la particularidad de sus derechos. En efecto, la clasificación por edad se caracteriza por el continuo cambio. Además, como afirma Williams (2011), en la práctica las personas mayores son adultos y, como tales, deberían disfrutar de una igualdad real y formal. Por otra parte, a menos que ocurra una muerte temprana, todos llegarán a la edad de la vejez y corren el riesgo de ser discriminados por ser mayores, con independencia del estatus que hayan logrado en otras etapas de la vida. Si esto es una realidad ineludible, ¿por qué y cómo se alientan los prejuicios negativos hacia las personas mayores?, ¿por qué la autonomía que se adquiere con la adultez se pierde en la etapa del ciclo vital previa a la muerte?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) señala que “el principio de la universalidad de los derechos humanos es la piedra angular del derecho internacional de los derechos humanos. Este principio, tal como se destacara inicialmente en la Declaración Universal de Derechos Humanos, se ha reiterado en numerosos convenios, declaraciones y resoluciones internacionales”².

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

El debate sobre los derechos humanos de las personas mayores no está ajeno a ello. Son usuales las referencias a la universalidad de los derechos hechas tanto por aquellos que opinan que su protección jurídica

² Véase [en línea] <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>.

debería ser más enérgica por parte de la comunidad internacional como por quienes declaran que lo que falta es concentrarse en la implementación efectiva de los instrumentos existentes para cautelarlos. Al margen de ello, el rasgo de la universalidad reclama que los derechos humanos constituyen un mínimo ético asumible por toda la humanidad en el presente, por lo que una vez superada la discusión sobre su fundamento, hay que concentrarse en su catálogo (Lema Añon, 2011).

Las personas mayores, en teoría, deben disfrutar de los mismos derechos que todos los seres humanos, pero antes de que lo logren es indispensable reforzar su constitución como titulares. En los debates en curso sobre los derechos humanos de las personas mayores todos los involucrados concluyen que, desde su dimensión ética, la universalidad de los derechos también incluye a las personas mayores. No obstante, el estrecho vínculo que existió entre el envejecimiento y la caridad llevó a la fácil conclusión de que las personas mayores solo necesitaban de atención socio sanitaria para vivir con dignidad³.

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

El debate actual en el ámbito internacional se concentra en este ámbito. Se trata de establecer si el actual catálogo de derechos humanos de las Naciones Unidas es realmente útil o no para proteger los derechos de las personas mayores. Varios países latinoamericanos y africanos han manifestado que no es suficiente y, sin impugnar la concepción universal de los derechos humanos, proponen su interpretación por medio de un instrumento particular⁴.

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

³ El Comité Director de Derechos Humanos del Consejo de Europa ha llamado la atención sobre este punto al afirmar que, aunque la preocupación por las personas mayores no es algo nuevo para el Consejo de Europa —y ello se demuestra en la amplitud de temas abordados en decisiones y resoluciones del Consejo de Ministros y el Parlamento—, generalmente ellas fueron tratadas como un grupo que requería protección, pero no como titulares de derechos.

⁴ Un ejemplo de la adaptación de los principios de los derechos humanos a contextos específicos ocurrió en momentos previos a la aprobación de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, cuando los expertos y la sociedad civil advirtieron que, si bien los valores básicos que sustentan los derechos humanos constituían los cimientos de un sistema de libertades fundamentales que protege contra el abuso de poder y crea un espacio para el desarrollo del espíritu humano, para que estos fueran útiles debían ser pensados concretamente en contexto de discapacidad (Quinn y Deneger, 2002).

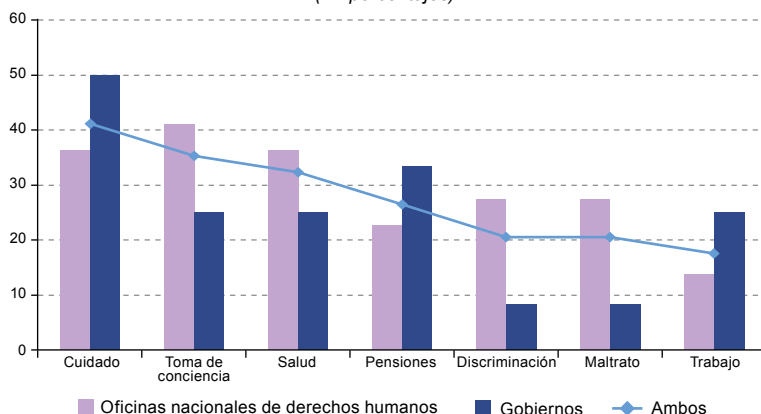
El mismo Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ya lo entendió así a propósito de su Observación general núm. 6 de 1995, cuando afirmó que “ni en el Pacto ni en la Declaración Universal de Derechos Humanos se hace explícitamente referencia a la edad como uno de los factores prohibidos.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

Recuadro III.1
Problemas contemporáneos de las personas mayores
y sus derechos humanos

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

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

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



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

Recuadro III.1 (continuación)

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

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

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

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

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

Recuadro III.1 (conclusión)

mayores desarrollaran plenamente su potencial. La oficina nacional de derechos humanos de Malasia explicó que el imaginario cultural adverso y las representaciones sociales discriminatorias sobre el envejecimiento y la vejez son un problema significativo en el país.

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

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

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

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

B. El marco internacional de los derechos humanos de las personas mayores y el debate actual

Existen algunas disposiciones generales sobre derechos humanos que son particularmente relevantes para las personas mayores y hay medidas específicas que deben ponerse en práctica para remover los obstáculos que les impiden su pleno goce (CDDH, 2013b). A partir del debate en curso en distintas partes del mundo, así como de las respuestas que los países brindaron a la consulta planteada en 2013 por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la promoción y la protección de los derechos humanos de las personas mayores, presentadas en el recuadro III.1, es posible identificar aquellas áreas en las que se necesita reforzar la protección de este grupo social y aquellas en las que es preciso implementar medidas para que se respete su autonomía.

1. Identificación y definición de los titulares de derechos

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

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

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

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

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

Más allá de discutir acerca del uso del concepto de vulnerabilidad en esta definición⁵, el aceptarla permitiría poner en el centro de la discusión la discriminación que afecta a este colectivo humano en razón de la etapa de la vida en que se encuentra. Junto con ello, ayudaría a desplazar el problema desde el individuo de edad avanzada hacia la

⁵ Robin Allen (2012) realiza un análisis detallado del tema y propone una definición según la cual entre las personas mayores se incluyen aquellas que, porque tienen o se percibe que tienen una edad avanzada, encuentran barreras para participar plena y efectivamente en la sociedad en una base de igualdad con los demás.

sociedad, lo que supondría concentrarse en los obstáculos sociales y no en el funcionamiento de la persona, criterio que ya se utilizó en el caso de las personas con discapacidad (Etxeberria, 2008).

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

A pesar de lo conveniente de adoptar esta definición, cabe mencionar que solo ha sido utilizada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa en su recomendación CM/Rec(2014)2. En la Organización de los Estados Americanos (OEA), para circunscribir el ámbito de aplicación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, se definió a la persona mayor como aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna del país determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años⁶, y en el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de las Personas de Edad en África se definió a la persona mayor como aquella de 60 años o más.

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

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

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

⁶ OEA, Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, aprobada el 15 de junio de 2015 [en línea] http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf.

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

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

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

En efecto, junto con las medidas para proteger a las personas mayores frente a la discriminación, se deben favorecer las condiciones para que puedan ser autónomas e independientes. Esto ha quedado de manifiesto en las respuestas a la consulta realizada por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos, analizadas en el recuadro III.1. Algunos problemas allí identificados se relacionan con prácticas discriminatorias, pero muchos otros se vinculan con un nivel de vida adecuado⁷.

En definitiva, el principio de igualdad y de no discriminación es sin duda una justificación para la adopción de un instrumento internacional, pero no es el único. Otros valores de derechos humanos como la dignidad

⁷ Es probable que en la discusión sobre los derechos de las personas mayores se repita lo que ocurrió en el debate respecto de las personas con discapacidad, cuando algunos Estados solicitaron un instrumento mucho más restrictivo que el que finalmente fue aprobado, concentrándose en su carácter antidiscriminatorio y débil en cuanto a las obligaciones de los Estados.

y la solidaridad son igualmente esenciales; por lo tanto, cualquier iniciativa destinada a proteger los derechos de las personas mayores debe estar destinada a garantizar los derechos económicos, sociales y culturales, así como su autonomía y participación⁸.

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

a) La realización de la dignidad en la vejez

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

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

Esto es así porque, tal como está organizada la sociedad, no todas las personas pueden desarrollarse plenamente hasta el final de sus vidas. Hay obstáculos que propician las ofensas y humillaciones en contra de las personas de edad, que les impiden vivir con libertad y autonomía. De

⁸ Por otra parte, urge superar el enfoque de la vulnerabilidad al abordar los asuntos de las personas mayores. En derecho, el adjetivo “vulnerable” se utiliza para referirse a aquellas personas que necesitan ser protegidas porque tienen características propias que les impiden ser autónomas. El ejemplo más claro lo constituyen los niños, que en razón de su edad —vale decir, una característica personal— no disfrutan de la misma autonomía que los adultos y, en consecuencia, no se les reconoce su capacidad legal, aunque sí son protegidos por el principio del interés superior del niño. Entender a las personas mayores como un grupo vulnerable lleva implícita la idea de que siempre lo serán y requerirán protección, con independencia de las circunstancias que las rodeen. La definición de un instrumento sobre los derechos de las personas de edad debe hacerse desde otra perspectiva. Ante todo, se deben identificar las condiciones exógenas como consecuencia de las cuales ellas requieren medidas especiales en su favor e intervenir de manera particular sobre esas condiciones con la finalidad de que logren su autonomía. En las discusiones en curso sobre los derechos de las personas mayores es evidente que el enfoque de la vulnerabilidad sigue presente. Pero tales derechos deben protegerse, promoverse y respetarse por la dignidad inherente de las personas mayores. Esos derechos no son un instrumento para integrarlas al resto de la sociedad, asumiendo implícitamente que el problema de la falta de inclusión es de las propias personas de edad, porque no ejercen sus derechos. Muy por el contrario, son fines en sí mismos y su valor debe reconocerse como tal.

ahí se desprende la necesidad de que en un instrumento internacional de derechos humanos, cualquiera sea su naturaleza, se establezca que el Estado tiene una responsabilidad con respecto a la dignidad de las personas mayores y debe considerar, por una parte, las condiciones personales existentes, para construir a partir de ellas y, por la otra, los obstáculos del medio social y físico, para eliminarlos (Etxeberria, 2008).

b) El reconocimiento de la autonomía de las personas mayores

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

Con frecuencia no se hace una distinción entre la autonomía moral y la autonomía fáctica⁹. De este modo, frente a una ausencia de esta última, se restringe de inmediato la capacidad de las personas mayores para tomar decisiones. Se hace caso omiso de que, de acuerdo con lo que establece el derecho internacional, cualquiera sea la limitación, nunca debe considerarse como absoluta de una vez y para siempre¹⁰.

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

Esto significa que cualquier instrumento sobre los derechos de las personas mayores debe, en primer lugar, garantizarles la posibilidad de ser

⁹ La primera relativa a la capacidad racional para tomar decisiones de las que se puede ser responsable y la segunda concerniente a la posibilidad de llevar a cabo las decisiones (Etxeberria, 2008).

¹⁰ En la doctrina internacional de derechos humanos, las disposiciones fundamentales del derecho relacionado con la capacidad legal y la toma de decisiones en pie de igualdad de las personas con discapacidad con las demás personas se definen en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En el artículo 12 se establece la obligación del Estado de “reconocer que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida” y de “adoptar las medidas apropiadas para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica”, mientras que en el artículo 17 se dispone que “toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental”. Estas protecciones han generado un viraje hacia la adopción de decisiones con apoyo como alternativa a la tutela, haciendo hincapié en la autonomía e independencia de la persona en lugar de en su dependencia e incapacidades.

autónomas para gestionar sus proyectos vitales en su dimensión privada o civil, de modo que puedan llevar una vida independiente en su entorno familiar durante el tiempo que quieran y puedan, así como para participar activamente en la dimensión pública y política de la organización de la sociedad (Etxeberria, 2008; CDDH, 2013b).

c) Protección de grupos específicos

En los “Lineamientos para una convención sobre los derechos de las personas mayores”¹¹, elaborados por los países de América Latina y el Caribe que participaron en la Tercera Reunión de Seguimiento de la Declaración de Brasilia, que tuvo lugar en Santiago en octubre de 2009, se identificó, como grupos que requieren medidas especiales de protección, a las mujeres mayores, los ancianos indígenas, las personas mayores pertenecientes a minorías étnicas o nacionales, lingüísticas o religiosas, y las personas de edad en situaciones de riesgo y emergencia humanitaria. El Uruguay quiso incorporar además a las personas mayores en situación de cárcel, pero no contó con el respaldo suficiente para hacerlo.

En la base de la identificación de estos grupos específicos como resultado del consenso entre 26 países que participaron en esta Reunión se hallaba la necesidad de proteger de manera particular a aquellos individuos que forman parte de grupos en los que la edad se suma a otras causas de discriminación, o que suelen estar expuestos con mayor frecuencia al riesgo de invisibilidad o conculcación de sus derechos. No fueron grupos establecidos de forma somera, sino que se definieron como resultado de una respetuosa negociación que se inició en la Segunda Reunión de Seguimiento de la Declaración de Brasilia, efectuada en Buenos Aires en mayo de 2009. Los Lineamientos sirvieron como base para la elaboración de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

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

¹¹ Véase [en línea] scm.oas.org/pdfs/2012/CP27862S.doc.

situación de cárcel, y en su informe explicativo se llama la atención acerca de la situación específica de las mujeres mayores, de los inmigrantes de edad avanzada y de las personas mayores con discapacidad (CE, 2014).

Los criterios tanto de la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos como del Comité Director de Derechos Humanos del Consejo de Europa se ajustan a los aplicados por las Naciones Unidas en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en que se incluyen medidas de protección específicas para las mujeres con discapacidad (artículo 6) y los niños y niñas con discapacidad (artículo 7), y en la Convención sobre los Derechos del Niño, en que se establecen medidas especiales para los niños privados de su medio familiar (artículo 20), refugiados (artículo 22), impedidos (artículo 23) y de minorías o de pueblos indígenas (artículo 30). En el mismo sentido, en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas se establece (artículo 22) que en su aplicación se prestará particular atención a los derechos y necesidades especiales de “los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidad indígenas”¹².

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

¹² No ocurrió lo mismo en el caso del proyecto de convención interamericana sobre los derechos de las personas mayores. En febrero de 2013, en el marco de la labor del Grupo de Trabajo sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores de la OEA, a sugerencia de la Presidencia, se suprimió el capítulo sobre grupos específicos con la siguiente exposición de motivos: “Se sugiere eliminar este capítulo relativo a los derechos de grupos específicos ya que al identificar a determinados grupos como víctimas de situaciones de desigualdad estructural o de alta vulnerabilidad como se los llama en el proyecto, se corre el riesgo de dejar por fuera a otros grupos poblacionales que también requieren de una protección especial por parte del Estado. Igualmente, cabe señalar que existen diferencias al interior de cada Estado sobre cuáles son los grupos que requieren de medidas de acción positiva, por lo cual es una tarea de identificación que debe realizarse a nivel interno. Por último, resta señalar que de la revisión de los distintos instrumentos de protección de derechos humanos no surge que se hayan identificado explícitamente los grupos que requieren de medidas especiales de los Estados Partes. Por lo expuesto, sugerimos incluir solamente el artículo 26 sobre medidas afirmativas que es un artículo que reconoce de manera genérica, sin hacer identificaciones, a los grupos que se encuentran en una situación de desventaja y que requieren de una protección específica al interior de cada Estado Parte” (OEA, 2013). En un comienzo, la eliminación de las medidas especiales para grupos específicos fue objetada por el Brasil, apoyado por otras delegaciones, pero primó la sugerencia de la Presidencia y en el proyecto de convención no se incluyó un capítulo dedicado exclusivamente a estos grupos. Debido a la intervención de la República Dominicana, apoyada por otras delegaciones, solo se incluyó la mención de las situaciones de emergencia.

Recuadro III.2

Lecciones aprendidas de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Una declaración no siempre es un fin en sí mismo, sino que puede servir de mecanismo para avanzar en la construcción de un consenso internacional, como ocurrió en el ámbito de los derechos de las personas con discapacidad. En ese caso, 30 años antes de la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ya se había elaborado la Declaración de los Derechos de los Impedidos, en la que no solo se reafirmaba que las personas con discapacidad tenían los mismos derechos que todos los seres humanos, sino que además se establecía el derecho a que se les respetara su dignidad humana, a las medidas destinadas a permitirles lograr la mayor autonomía posible, a la seguridad económica y social y a un nivel de vida decoroso, a participar del progreso, a vivir en el seno de una familia y a no ser obligadas en materia de residencia a un trato distinto del que exija su estado o la mejoría que pudiera aportar y a ser protegidas contra toda explotación, toda reglamentación o todo trato discriminatorio, abusivo o degradante, entre otros (Naciones Unidas, 1975).

A pesar de la existencia de este instrumento, en los años ochenta se estimó que el mundo había avanzado muy poco en materia de protección de los derechos de las personas con discapacidad y se planteó la necesidad de una convención específica. Italia preparó un primer esbozo de la convención y lo presentó a la Asamblea General en su cuadragésimo segundo período de sesiones. Suecia también expuso ante la Asamblea General otras propuestas relativas a un proyecto de convención, en su cuadragésimo cuarto período de sesiones. Sin embargo, en ninguna de esas ocasiones se llegó a un consenso sobre la conveniencia de este instrumento. A juicio de muchos representantes, los documentos sobre derechos humanos ya existentes parecían garantizar a las personas con discapacidad los mismos derechos que a las demás personas (Naciones Unidas, 1993).

El siguiente paso fue la aprobación de las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, en virtud de la resolución 48/96 de 1993. En opinión de los especialistas, se trata de un documento de contenido notable, en el que se estableció la creación de un mecanismo de supervisión mediante la designación de un Relator Especial de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad por un período de tres años. También se invitó a las organizaciones de personas con discapacidad a formar un grupo de expertos, con el cual el Relator Especial y —cuando procediera, la Secretaría— pudieran mantener consultas.

La función del Relator consistía en examinar la promoción, aplicación y supervisión de las Normas Uniformes, comunicar los resultados, proporcionar asesoramiento y sugerencias al respecto a los Estados, y presentar sus informes en el marco de la Comisión de Desarrollo Social. Aunque el hecho de que el Relator Especial informara a esta Comisión en Nueva York y no a la Comisión de Derechos Humanos^a en Ginebra mantuvo el tema de las personas con discapacidad en el ámbito de la política social y no en el de los derechos humanos, las Normas Uniformes permitieron avanzar en su visibilidad.

Como se aprecia, tomó mucho tiempo llegar a contar con un instrumento de carácter vinculante para proteger los derechos de las personas con discapacidad. No fue sino hasta 2001, cuando el Presidente de México entonces en ejercicio hizo de este tema una prioridad internacional de su administración, lo que cambió con el devenir de los acontecimientos. Ese año, México propuso una resolución dirigida a preparar un borrador de un instrumento vinculante. Como deferencia al mandatario recién electo, la

Recuadro III.2 (conclusión)

Unión Europea no vetó la resolución, y se optó por crear un mecanismo específico que considerara las propuestas de una convención. Se pensaba que, de ese modo, una vez que las propuestas fueran analizadas, por lo menos en la Asamblea General de las Naciones Unidas no se seguiría adelante con el tema, pero ocurrió de otra manera y se logró avanzar a paso firme, aunque no siempre todos los Estados estuvieran de acuerdo con ello (Quinn, 2004).

En el caso de las personas mayores no existe aún una declaración internacional similar a la que se elaboró en materia de los derechos de las personas con discapacidad. Sin embargo, en el proceso que se lleva adelante en la actualidad en el marco de las Naciones Unidas hay mucho que aprender de aquel que se desarrolló en lo referente a las personas con discapacidad, aunque existen diferencias importantes.

Una de ellas, como se mencionó, es que antes de la aprobación de la Convención hubo otras resoluciones de la Asamblea General en que se abordaron de una u otra manera los derechos de las personas con discapacidad. Otra diferencia se refiere al rol de la sociedad civil y las instituciones académicas, que en el caso de los derechos de las personas con discapacidad desempeñaron un papel notable durante todo el proceso, incluso por medio de la producción de informes contundentes sobre el tema, hecho que aún no se observa en materia de los derechos de las personas mayores, sobre todo entre las organizaciones y académicos de países en desarrollo^b.

Asimismo, el contexto en que se iniciaron formalmente las negociaciones de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad era distinto. En la actualidad, dos regiones del mundo cuentan con instrumentos de carácter vinculante sobre los derechos de las personas mayores: África y las Américas. En 2013 el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas aprobó la resolución 24/20, en la que decide nombrar a un experto independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, quien, en su informe de 2016, advirtió sobre la necesidad de ampliar la protección de sus derechos (Naciones Unidas, 2016). Por último, existe en las Naciones Unidas un Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento, que ha celebrado hasta la fecha nueve períodos de sesiones sin llegar a consenso para iniciar la redacción de contenidos de un futuro instrumento internacional. Estos mandatos son complementarios y aunque no se superponen han permitido llegar a conclusiones similares, entre las que se destaca la necesidad de ampliar la protección de los derechos y la dignidad de las personas mayores.

Todo indica que se ha dado inicio a un camino, a lo largo del cual se pueden obtener lecciones del proceso que se desarrolló en materia de los derechos de las personas con discapacidad, en particular en lo referente al fortalecimiento de la participación de los titulares de derechos, en especial de aquellos que viven y envejecen en el sur del mundo.

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

^a Reemplazada en 2006 por el Consejo de Derechos Humanos.

^b Un paso en este sentido lo dieron las organizaciones de la sociedad civil en México por medio de la Audiencia Pública sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México, realizado el 7 de mayo de 2018 en el marco del período de sesiones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

C. El marco interamericano de derechos humanos de las personas mayores

1. El proceso de elaboración de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

El interés y la voluntad de los Gobiernos por impulsar un tratado internacional para proteger los derechos humanos de las personas mayores se expresó de manera formal en la Declaración de Brasilia (CEPAL, 2011), aprobada en la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento de América Latina y el Caribe que la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Gobierno del Brasil llevaron a cabo en 2007.

En dicha Conferencia, los representantes gubernamentales analizaron a fondo el tema. La propuesta inicial del Brasil era lograr el compromiso de crear una convención internacional sobre los derechos de las personas mayores. Tras horas de diálogo y consultas con sus respectivas capitales, los participantes finalmente acordaron un texto que posteriormente tenía que ser consultado con los Gobiernos antes de su puesta en práctica¹³.

En cumplimiento del párrafo 26 de la Declaración de Brasilia, las instituciones nacionales de personas mayores fueron más allá de las consultas oficiosas y el acuerdo se transformó en un hilo conductor que ayudó a concienciar sobre la necesidad de ampliar la protección de las personas mayores en el derecho internacional a través de un instrumento jurídicamente vinculante¹⁴. Con este propósito, la CEPAL realizó tres reuniones de seguimiento de la Declaración de Brasilia¹⁵. En dos de ellas se trabajó en una propuesta de lineamientos para la elaboración de una convención sobre los derechos de las personas mayores que finalmente sirvió de base para el proyecto de convención interamericana (CEPAL, 2009c).

En 2009, la protección de los derechos de las personas mayores se encontraba instalada en el discurso de las instituciones rectoras del tema, y varias de ellas (en la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, México, el Uruguay y otros países) estaban colaborando con sus Ministerios de Relaciones Exteriores para aproximar posiciones favorables a una

¹³ Véase el párrafo 26 de la Declaración de Brasilia, que establece lo siguiente: “Nos comprometemos a realizar las consultas pertinentes con nuestros gobiernos para impulsar la elaboración de una convención sobre los derechos humanos de las personas de edad en el seno de las Naciones Unidas”.

¹⁴ Para ser eficaces en el compromiso asumido en la Declaración de Brasilia, las instituciones y organizaciones de personas mayores iniciaron un proceso de capacitación sobre el tema de los derechos humanos en general, así como sobre la forma de impulsar de manera efectiva la elaboración de una convención internacional.

¹⁵ Las reuniones fueron organizadas por la CEPAL en conjunto con el Gobierno del Brasil (2008), el Gobierno de la Argentina (2009) y el Gobierno de Chile (2009). Véase más información en: CEPAL (2008) (2009a) y (2009b).

convención en la OEA y las Naciones Unidas. Esto allanó el camino para que, en la Declaración de Compromiso de Puerto España de abril de 2009, las Jefas y Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas se comprometieran a realizar, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la CEPAL, un examen sobre la viabilidad de elaborar una convención interamericana sobre los derechos de las personas mayores. A partir de este momento, los Estados miembros de la OEA iniciaron un diálogo que se reflejó en sus decisiones de la Asamblea General de esta organización¹⁶.

En primer lugar, el Consejo Permanente de la OEA convocó una reunión de expertos (en octubre de 2010), para que los Estados miembros de la organización y especialistas de organismos internacionales y de la sociedad civil analizaran la posibilidad de elaborar un tratado interamericano¹⁷. Casi un año después (en septiembre de 2011), se constituyó el Grupo de Trabajo sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores¹⁸, con el mandato de preparar un informe en que se analizara la situación de este grupo social en el continente americano, así como la efectividad de los instrumentos universales y regionales vinculantes de derechos humanos en relación con la protección de sus derechos¹⁹. Una vez efectuada la primera tarea, el Grupo de Trabajo debía preparar un proyecto de convención interamericana.

Con la presidencia a cargo de la Argentina, el Grupo realizó seis reuniones formales de trabajo para elaborar la primera versión del proyecto de convención interamericana sobre los derechos humanos de las personas mayores, y luego la elevó al Consejo Permanente de la OEA. La OPS y la CEPAL brindaron su apoyo técnico durante este período y de forma constante hasta que la labor del Grupo de Trabajo llegó a su fin en 2015.

A efectos de análisis, las negociaciones del proyecto de convención se pueden dividir en tres etapas. La primera ronda de negociaciones duró siete meses (desde septiembre de 2012 hasta mayo de 2013). Se celebraron 19 reuniones formales y 8 reuniones informales del Grupo de Trabajo. Se analizó el proyecto de convención artículo por artículo y, en varias

¹⁶ Como hizo notar la Comisión Interamericana de Derechos Humanos durante la discusión de los contenidos de la Convención, es pertinente afirmar que en el sistema interamericano ya existían algunas disposiciones y obligaciones aplicables exclusivamente a las personas mayores. Por ejemplo, el artículo 4, numeral 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el artículo 9, numeral 1, y el artículo 17 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

¹⁷ Véanse las siguientes resoluciones de la Asamblea General de la OEA: AG/RES. 2455 (XXXIX-O/09), aprobada el 4 de junio de 2009 y AG/RES 2562 (XL-O/10), aprobada el 8 de junio de 2010 (OEA, 2009 y 2010).

¹⁸ El Grupo de Trabajo sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores sesionó durante cuatro años. No obstante, para cada período se requería un nuevo mandato de la Asamblea General de la OEA; dicho mandato fue extendiéndose hasta lograr un texto consensuado que pudiera ser sometido a la aprobación de este órgano.

¹⁹ Véase la siguiente resolución de la Asamblea General de la OEA: AG/RES 2654 (XLI-O/11), aprobada el 7 de junio de 2011.

ocasiones, hubo que revisar la redacción y el contenido. Durante este período, el Grupo examinó gran parte de los párrafos; para algunos se llegó a un acuerdo y otros eran del consenso de la mayoría de las delegaciones, pero quedaron pendientes varios en los que no se había logrado acuerdo. Es por ello que durante la cuadragésima segunda Asamblea General de la OEA se extendió el mandato del Grupo de Trabajo para que prosiguiera con la negociación del proyecto de convención²⁰.

La segunda etapa de negociaciones (del 5 de septiembre de 2013 al 9 de mayo de 2014) se caracterizó por examinar detenidamente los contenidos del proyecto de convención y ordenar el debate del texto. Con la presidencia a cargo del Representante Alterno de Panamá se realizaron 12 reuniones formales y 2 informales. Además, se dispuso que el Departamento de Derecho Internacional de la OEA y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) comentaran el proyecto de convención que estaba en discusión²¹.

En mayo de 2014 se habían aprobado 23 títulos, 11 artículos y 161 párrafos y se habían acordado 3 títulos, 3 artículos y 78 párrafos²². Sin embargo, a pesar del avance de las negociaciones, había preocupación en algunos países (Chile, Colombia y Perú, principalmente) por la presunta duplicidad de contenidos dentro del proyecto de convención y con respecto a la Convención Americana de Derechos Humanos, así como otros tratados internacionales²³.

La tercera etapa se inició el 17 de octubre de 2014, con la presidencia del Representante Alterno de Chile, y concluyó el 15 de mayo de 2015, con la presidencia del Representante Alterno de Panamá. En este período se trabajó sobre la base de un texto que procuraba subsanar las duplicaciones identificadas en la etapa anterior y así facilitar la pronta aprobación del proyecto en la Asamblea General de la OEA en Asunción. Para discutir esta nueva propuesta se realizaron 19 reuniones formales, 2 reuniones informales y una reunión de expertos celebrada el 20 y 21 de abril de 2015 en la sede

²⁰ Véase la siguiente resolución de la Asamblea General de la OEA: AG/RES. 2726 (XLII-O/12), aprobada el 4 de junio de 2012.

²¹ El 16 de agosto de 2013 el Departamento emitió su opinión, en la que se concentró principalmente en el mecanismo de seguimiento del proyecto de convención y sus medios de protección. La Comisión presentó un informe el 8 de noviembre de 2013 en el que se refirió, entre otros, a los siguientes contenidos: principio de igualdad y no discriminación, capacidad jurídica, consentimiento informado y autonomía de las personas mayores y sus derechos a vivir de forma independiente y en la comunidad.

²² Se consideraba una materia o parte del proyecto acordada cuando se lograba un consenso al respecto en una reunión con el quórum reglamentario para sesionar, pero no para decidir, y aprobada, cuando se alcanzaba un consenso y se contaba con el quórum reglamentario para adoptar decisiones.

²³ Por ejemplo, el artículo 9, párrafo 2, indicaba: "Los Estados tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo y de otra índole para evitar que la persona mayor sea sometida a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes". Esta redacción se consideraba similar al artículo 2 de la Convención Americana de Derechos Humanos.

de la OEA en Washington D.C. Al finalizar el período, todos los artículos del proyecto de convención quedaron cerrados y aprobados, a pesar de que algunos de ellos se mantuvieron *ad referendum* de algunos Estados²⁴.

El 19 de mayo de 2015, el Consejo Permanente estableció el Comité de Redacción (compuesto por el Brasil, Haití, Jamaica y Panamá) para revisar el texto en los cuatro idiomas oficiales de la OEA. Un mes más tarde, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores fue aprobada por la Asamblea General del órgano americano.

2. Búsqueda de consenso sin retroceder

La elaboración de la Convención exigió varias decisiones por parte del Grupo de Trabajo; entre ellas, una de las más importantes fue el enfoque de la redacción. Huenchuan (2012) identificó tres opciones: la primera era reiterar el catálogo de derechos humanos de los pactos internacionales, haciendo explícita la referencia a las personas mayores en cada uno de ellos; la segunda era identificar las medidas dirigidas a eliminar la discriminación de la que es objeto este colectivo²⁵, y la tercera era profundizar en el significado que los derechos humanos existentes tienen para las personas mayores y a la vez aclarar las obligaciones de los Estados con respecto a la promoción y protección de esos derechos en el contexto del envejecimiento (Huenchuan, 2012).

La OEA ya había utilizado el segundo enfoque para la elaboración de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, aprobada en 1999; sin embargo, en el caso de las personas mayores, el Grupo de Trabajo procedió de manera diferente y aplicó el tercer enfoque de redacción.

Otra decisión importante durante las negociaciones del proyecto de convención era si se crearían o no derechos nuevos. Dentro del Grupo de Trabajo se afirmaba que eso no formaba parte del objetivo de la convención, pero a medida que se fue ahondando en el texto resultó evidente que no era suficiente agregar a la persona mayor de forma expresa en la redacción de los derechos humanos vigentes. Como consecuencia, el texto ofrece nuevas

²⁴ *Ad referendum* significa que un Estado puede estar de acuerdo con la propuesta, a falta de la aprobación de los organismos políticos nacionales relevantes (LeBlanc, 1977). Los contenidos y países que quedaron *ad referendum* son: el artículo 6, "Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez", *ad referendum* de Nicaragua (todo el artículo) y párrafo 1 *ad referendum* de Guatemala; el artículo 7, "Derecho a la independencia y a la autonomía", literal a, *ad referendum* de Guatemala; el artículo 19, "Derecho a la salud", literal c, *ad referendum* de Nicaragua y el Paraguay, y el artículo 36, "Sistema de peticiones individuales", los párrafos 1, 2 y 4 *ad referendum* de la República Bolivariana de Venezuela y el párrafo 3 *ad referendum* de Nicaragua y la República Bolivariana de Venezuela.

²⁵ El principio de igualdad y no discriminación es la justificación principal para la necesidad de instrumentos internacionales específicos. La Corte Interamericana de Derechos Humanos y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos han señalado reiteradamente que el derecho a la igualdad y a la no discriminación constituye el eje central y fundamental del sistema interamericano de derechos humanos.

interpretaciones y amplía los contenidos de los derechos establecidos en los tratados para adaptarlos a las necesidades y reivindicaciones que surgen del envejecimiento de la sociedad²⁶.

Un último elemento que el Grupo de Trabajo tuvo que ponderar fue la concordancia del proyecto con los principios y derechos reconocidos en otros instrumentos internacionales de derechos humanos. Si bien en el artículo 1 se establece que lo dispuesto en la Convención no se interpretará como una limitación a derechos o beneficios más amplios o adicionales a favor de la persona mayor ya reconocidos por el derecho internacional o las legislaciones internas de los Estados partes, en la práctica cualquier error en ese sentido podría generar confusión, retrasando o limitando la implementación de otros instrumentos internacionales, especialmente la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).

Hasta junio de 2012, varios artículos del proyecto de convención adolecían de ambigüedades con respecto a la CDPD. Uno de los más discutidos fue el de la capacidad legal que permitiría restricciones al ejercicio de ese derecho²⁷, lo que contradecía lo dispuesto en la CDPD²⁸, que favorece la toma de decisiones en pie de igualdad²⁹. En el texto aprobado en junio de 2015, algunas de estas dificultades fueron superadas gracias a los comentarios de, entre otros, la organización no gubernamental Sociedad y Discapacidad (SODIS) del Perú —que presentó un contundente informe al respecto—, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la CEPAL y la OPS³⁰.

²⁶ Por ejemplo, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores realiza nuevos aportes en el ámbito de los cuidados paliativos al codificarlos como un derecho. Así lo estimó la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP) en conjunto con otras organizaciones interesadas, apoyando la redacción de algunos artículos de la Convención relacionados específicamente con esta cuestión (ALCP y otros, 2013, pág. 4).

²⁷ En la versión de abril de 2012 del proyecto de convención, el artículo 33, “Garantías judiciales en los procesos de determinación de la capacidad jurídica de las personas mayores”, abría la posibilidad de restringir el ejercicio de esta capacidad. Por ejemplo, se establecía lo siguiente: “Toda restricción de la capacidad jurídica debe estar debidamente fundada, ser limitada en el tiempo, estar sujeta a revisiones periódicas y ser aplicada únicamente a las decisiones específicas para las cuales se haya determinado la falta de aptitud y necesidad de un consentimiento subrogado”. Esta redacción, en opinión de algunos organismos —entre los que se incluyen la CEPAL y la CIDH— legitimaba la creencia de que las personas mayores no eran capaces de cuidar de su propio bienestar, por lo que eran injustamente despojadas de su capacidad jurídica mediante medidas de tutela que reducían su posibilidad de tomar decisiones sobre cualquier aspecto de su vida. Más adelante este texto se corrigió. Actualmente corresponde al artículo 30.

²⁸ En el artículo 12 de la CDPD se fija la obligación del Estado de reconocer “que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida” y de “adoptar las medidas apropiadas para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica”, mientras que en el artículo 17 de la CDPD se dispone que “toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás”.

²⁹ La CDPD instauró un cambio hacia la toma de decisiones con apoyo como alternativa a la tutela, lo que hace hincapié en la autonomía e independencia de la persona en lugar de su dependencia e incapacidad. Véase ACNUDH (2012).

³⁰ La versión del 17 de abril de 2012 del proyecto de convención establecía en su artículo 34, “Garantías judiciales de las personas mayores institucionalizadas”, que la persona mayor tenía

3. Las responsabilidades de los Estados y mecanismos de seguimiento

a) Entrada en vigor y ratificación de la Convención³¹

Una vez ratificada la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores por parte del Uruguay³² y de Costa Rica³³ y tras ser depositada su ratificación en la sede de la OEA, el tratado entró en vigor el 12 de enero de 2017³⁴.

En 2017 la Convención fue ratificada por tres países: Bolivia (Estado Plurinacional de) el 13 de marzo, la Argentina el 30 de junio³⁵ y Chile el 11 de julio³⁶. Los tres países hicieron el depósito del instrumento de

la posibilidad de designar un defensor que la representara en todo procedimiento judicial o administrativo relacionado con su situación de institucionalización, y si la persona mayor no obtenía esos servicios, se pondría a su disposición un defensor. Esta redacción fue corregida posteriormente y ese artículo pasó a denominarse “Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo” (artículo 12).

³¹ Los primeros países en firmar el documento de la Convención fueron la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica y el Uruguay. Esta firma indica la intención del Estado de adoptar medidas para expresar su consentimiento a someterse a las obligaciones del tratado en una fecha posterior. La firma crea también la obligación, en el período que se extiende hasta la ratificación, aceptación o aprobación, de abstenerse de buena fe de actos en virtud de los cuales se frustren el objeto y el fin del tratado. Ahora corresponde que los parlamentos de cada uno de estos países ratifiquen el instrumento.

³² En el Uruguay, el 8 de septiembre de 2016 se promulgó la Ley núm. 19.430 por la que se aprobaba la Convención Interamericana. El proceso se inició el 22 de diciembre de 2015, cuando el Poder Ejecutivo solicitó al Parlamento la aprobación de dicho tratado. El trámite duró seis meses desde su distribución el 24 de febrero de 2016, y el 24 de agosto del mismo año la Convención fue aprobada por unanimidad. Fue el primer país en realizar el depósito de su ratificación, el 18 de noviembre de 2016.

³³ El 28 de julio de 2016 Costa Rica se convirtió en el primer Estado en ratificar la Convención. El 8 de septiembre firmó la Ley núm. 9394 en la que se ratificaba la Convención, aunque no depositó su ratificación en la OEA hasta el 12 de diciembre de 2016.

³⁴ Véanse el artículo 2, párrafo 1, apartado b; el artículo 14, párrafo 1, y el artículo 16 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, de 1969.

³⁵ El 23 de octubre de 2017, la República de Argentina depositó el instrumento de ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en la sede de la OEA, en Washington, D.C. El instrumento contiene algunas declaraciones: “En la parte dedicada a las declaraciones incluir un asterisco, y los siguientes dos párrafos: Formulo la siguiente declaración interpretativa al Artículo 31: ‘Las obligaciones contraídas en los párrafos cuarto quinto del artículo 31 deben entenderse como obligaciones de medios, enderezadas a las adopción de medidas, atendiendo a un criterio de progresividad y a los condicionamientos políticos propios del diseño de competencias constitucionales. Formulo la siguiente reserva al título 23: ‘El gobierno argentino establece que no quedarán sujetas a revisión de un Tribunal Internacional cuestiones inherentes a la política económica del Gobierno. Tampoco considerará revisable lo que los Tribunales nacionales determinen como causas de ‘utilidad pública’ o ‘interés social’, lo que éstos entiendan por ‘indemnización justa’”.

³⁶ El 15 de agosto de 2017, la República de Chile depositó el instrumento de ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en la sede de la OEA, en Washington, D. C. El instrumento contiene algunas declaraciones. “La República de Chile declara que el enfoque de curso de vida será entendido como el continuo de la vida de la persona, desde el inicio de su existencia hasta la última etapa de su vida, que, condicionada por diversos factores, como el familiar, social, económico, ambiental y/o cultural, configuran su situación vital, siendo el Estado el encargado de desarrollar este

ratificación ante la OEA durante el mismo año. En 2018, El Salvador se convirtió en el sexto país en adherir a la Convención. Por medio del acto de ratificación, estos seis países indican su consentimiento en obligarse a su cumplimiento. De este modo, al pasar a ser partes en los tratados internacionales, los Estados asumen las obligaciones y los deberes de respetar, proteger y realizar los derechos humanos.

b) La responsabilidad internacional de los Estados

La Convención Interamericana es un instrumento legal valioso para la comunidad de los países de las Américas, sobre todo porque permite que las personas mayores defiendan y hagan respetar sus derechos en el marco más amplio de la responsabilidad internacional de los Estados. Por lo tanto, en el caso de una violación de los derechos humanos, el Estado tiene el deber de restituir la situación a su estado normal o reparar el daño causado por su acción u omisión (Camargo, 1983). De esta manera el Estado compromete su responsabilidad ante el no cumplimiento de las obligaciones asumidas en observancia de un tratado y tiene el deber de ofrecer reparación frente al sujeto que ha sido lesionado en sus derechos.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores establece además una obligación reforzada con respecto a los derechos enunciados en la Convención Americana, y en el artículo 36 se reconoce la competencia de la Comisión Interamericana y de la Corte Interamericana (véase el recuadro III.1). Por consiguiente, como bien ha manifestado la Corte, toda violación a los derechos reconocidos por la Convención cumplida por un acto del poder público es imputable al Estado. No obstante, como ocurre con todos los tratados, dicha imputabilidad no se agota allí.

Por ejemplo, un hecho ilícito violatorio de los derechos humanos que inicialmente no resulte imputable directamente a un Estado —por ser obra de un particular o por no haberse identificado al autor de la transgresión— puede acarrear una responsabilidad internacional, no por ese hecho en sí mismo, sino por la falta de la debida diligencia para prevenir la violación o para tratarla en los términos requeridos por la Convención (Pelayo, 2017).

enfoque en sus políticas públicas, planes y programas, con especial énfasis en la vejez. La República de Chile declara que la identidad de género a que alude la presente Convención será entendida en armonía con lo dispuesto en su legislación nacional. La República de Chile declara que los Artículos 5 y 18, inciso segundo, ambos en relación con el Artículo 2 de la misma Convención, no impiden, de ninguna forma, la adopción de medidas legítimas, razonables y proporcionadas, como son las que, fundadas en las exigencias ya sea del funcionamiento de una institución, o en las propias de la naturaleza del cargo o función, establecen límites de edad para desempeñar ciertos cargos o funciones públicas, por lo que no podrán considerarse como constitutivas de un acto de discriminación. La República de Chile declara, en relación con el Artículo 11 de la Convención, que el consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud al que ella se refiere deberá ser prestado en conformidad a los requisitos tanto formales como sustantivos y a todas las demás disposiciones aplicables en la materia vigentes en el ordenamiento jurídico chileno”.

Esta es quizás una de las mayores contribuciones de este nuevo tratado, porque en el caso de las personas mayores muchas de las violaciones de sus derechos humanos ocurren en el ámbito privado y son cometidas por particulares. En tales casos, si bien puede que los agentes del Estado no hayan participado directamente en la violación de un derecho, el Estado debe asumir su responsabilidad internacional cuando no se hayan adoptado las medidas necesarias para proteger a las víctimas o para prevenir la comisión de un delito, o cuando haya habido falta de debida diligencia en la investigación, denegación de justicia o falta de reparación adecuada.

Recuadro III.3

Artículo 36: sistema de peticiones individuales

Cualquier persona o grupo de personas, o entidad no gubernamental legalmente reconocida en uno o más Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos, puede presentar a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos peticiones que contengan denuncias o quejas de violación de alguno de los artículos de la presente Convención por un Estado Parte.

Para el desarrollo de lo previsto en el presente artículo se tendrá en cuenta la naturaleza progresiva de la vigencia de los derechos económicos, sociales y culturales objeto de protección por la presente Convención.

Asimismo, todo Estado Parte puede, en el momento del depósito de su instrumento de ratificación o de adhesión a la presente Convención, o en cualquier momento posterior, declarar que reconoce la competencia de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos para recibir y examinar las comunicaciones en que un Estado Parte alegue que otro Estado Parte ha incurrido en violaciones de los derechos humanos establecidos en la presente Convención. En dicho caso, se aplicarán todas las normas de procedimiento pertinentes contenidas en la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Los Estados Parte podrán formular consultas a la Comisión en cuestiones relacionadas con la efectiva aplicación de la presente Convención. Asimismo, podrán solicitar a la Comisión asesoramiento y cooperación técnica para asegurar la aplicación efectiva de cualquiera de las disposiciones de la presente Convención. La Comisión, dentro de sus posibilidades, les brindará asesoramiento y asistencia cuando le sean solicitados.

Todo Estado Parte puede, en el momento del depósito de su instrumento de ratificación o de adhesión a la presente Convención, o en cualquier momento posterior, declarar que reconoce como obligatoria y de pleno derecho y sin acuerdo especial la competencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre todos los casos relativos a la interpretación o aplicación de la presente Convención. En dicho caso, se aplicarán todas las normas de procedimiento pertinentes contenidas en la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Fuente: Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, véase: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp.

c) Mecanismos de seguimiento

El texto de la Convención establece que su mecanismo de seguimiento estará compuesto por una Conferencia de Estados Partes y un Comité de Expertos que se conformará una vez recibido el décimo instrumento de adhesión o ratificación.

La Conferencia de Estados Partes es el principal mecanismo de seguimiento de la Convención. Está integrado por los países y entre sus funciones está examinar el avance nacional en el cumplimiento de los compromisos emanados del tratado y promover el intercambio de experiencias, buenas prácticas y cooperación técnica entre los países. El Uruguay, al ser el primer país que depositó en instrumento de ratificación ante la OEA, se convirtió automáticamente en el Presidente de la Conferencia de Estados Partes

El Comité de Expertos estaría integrado por especialistas designados por cada uno de los Estados Partes de la Convención. Es el responsable de realizar el análisis técnico de los informes periódicos relativos al cumplimiento de las obligaciones emanadas de la Convención que presentan los Estados, entre otras funciones. El primero de estos informes se realizará transcurrido un año del establecimiento del Comité, y posteriormente se elaborarán con una periodicidad de cuatro años.

El capítulo VI de la Convención Interamericana, relativo a los mecanismos de seguimiento y medios de protección, es sin duda una de sus fortalezas, ya que crea un mecanismo de control y de diálogo con el fin de dar seguimiento a los compromisos adquiridos por los Estados Partes y promover su efectiva implementación.

Cualquier derecho, aun reconocido internacionalmente, que carezca de un mecanismo de protección es un derecho imperfecto, ya que no existe ningún proceso que garantice y reivindique su cumplimiento. Mediante los mecanismos propuestos por la Convención, que entrarán en funcionamiento con la décima ratificación, se pondrá en marcha una labor de interpretación progresiva de las normas internacionales en materia de derechos de las personas mayores que permitirá esclarecer y precisar aún más el significado y alcance de los derechos contenidos en el tratado.

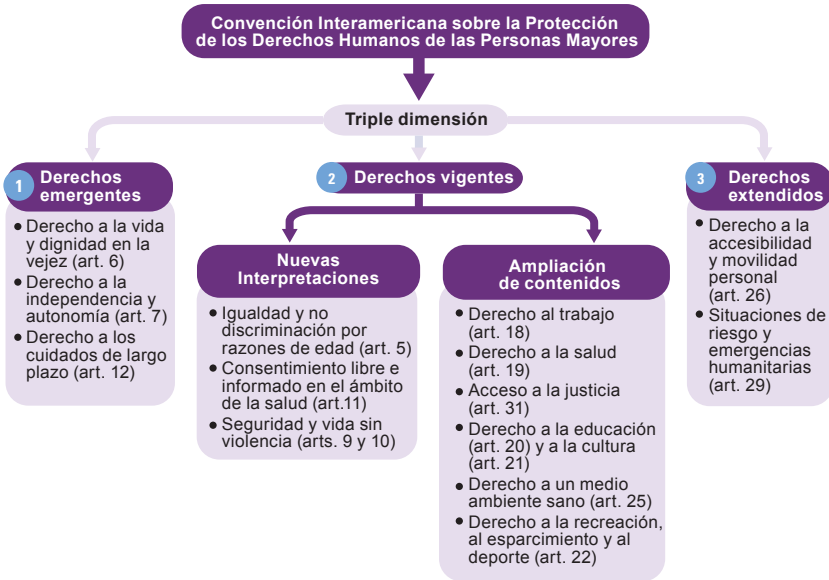
La Conferencia de Estados Partes y el Comité de Expertos analizarán y formularán recomendaciones sobre la base de los informes presentados por los Estados partes, un esfuerzo conjunto que se traduce en un círculo virtuoso para la vigencia de los derechos que integran la Convención y, sobre todo, en una herramienta fundamental para la comprensión de las medidas legislativas, políticas, programáticas y de otra índole que se requieren de cada Estado parte para garantizar esos derechos en el ámbito nacional.

4. La triple dimensión de los derechos protegidos en la Convención

A efectos de este capítulo, los contenidos de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores se dividirán en tres categorías: derechos emergentes, derechos vigentes y derechos extendidos (véase el diagrama III.1).

- Los derechos emergentes son nuevos derechos o derechos parcialmente recogidos en la normativa internacional y nacional existente.
- Los derechos vigentes son aquellos ya contemplados en las normas internacionales, pero que requieren cambios para adaptarlos a las necesidades específicas de un colectivo, ya sea por medio de nuevas interpretaciones o mediante la ampliación de su contenido.
- Los derechos extendidos están dirigidos específicamente a colectivos que hasta entonces no habían disfrutado de ellos, por omisión o discriminación (Dussel, 2010).

Diagrama III.1
Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores



Fuente: Huenchuan Sandra (2016), “Un paso adelante para los derechos humanos. La protección de las personas mayores en las Américas”, *Anuario de Derechos Humanos*, Núm. 12, Centro de Derechos Humanos, Facultad de Derecho, Universidad de Chile.

a) Derechos emergentes

La Convención contiene tres derechos que corresponden a esta categoría. Se trata del derecho a la vida y la dignidad en la vejez (artículo 6), el derecho a la independencia y autonomía (artículo 7) y el derecho a los servicios de cuidado a largo plazo (artículo 12).

El primero implica una innovación interesante: se refiere al derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta la muerte sin discriminación de

ningún tipo, para lo que garantiza, entre otros aspectos, los cuidados paliativos. El segundo derecho vuelve a colocar el acento en la integridad y la dignidad de la persona, específicamente en lo que se refiere a la toma de decisiones conforme a sus tradiciones y creencias. El tercer derecho, al que se hará referencia más adelante, puede provocar tensión entre la protección de las personas que viven en residencias de cuidado de largo plazo frente al reconocimiento del derecho de las personas mayores a vivir de manera independiente, pero en la práctica es una respuesta a los abusos que con frecuencia se producen en este tipo de instituciones.

b) Derechos vigentes

En la subcategoría de nuevas interpretaciones se ubica la igualdad y la no discriminación (artículo 5), el consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud (artículo 11) y la seguridad y la vida sin violencia (artículos 9 y 10).

La Convención aporta nuevos elementos a estos tres derechos para establecer las obligaciones específicas de los Estados con respecto a las personas mayores: se prohíbe la discriminación por edad en la vejez; se indican los requisitos para que la persona mayor brinde su consentimiento libre e informado, se obliga a los Estados a crear mecanismos para que la persona mayor manifieste de manera expresa su voluntad anticipada y las instrucciones respecto de las intervenciones en materia de salud a las que deba someterse, incluidos los cuidados paliativos, y se protege la integridad y dignidad de la persona mayor, sin discriminación de ningún tipo.

Aunque estos tres artículos forman parte de otros instrumentos internacionales —como la CDPD—, es la primera vez que se aborda de manera más precisa la situación de las personas mayores con relación a cada uno de estos derechos.

En la subcategoría de ampliación de contenidos se ubican, en general, los derechos económicos, sociales y culturales. Considerando que estos derechos están reconocidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y que todas sus disposiciones se aplican a las personas mayores, la Convención hace una adaptación a la situación particular de este colectivo. Aquí se ubicarían el derecho al trabajo, el acceso a la salud, el derecho a la educación y otros.

c) Derechos extendidos

En esta categoría se han considerado dos derechos en particular: el de accesibilidad y movilidad de las personas y el relacionado con las situaciones de riesgo y emergencias humanitarias. Si bien ambos derechos están contemplados en la CDPD, las personas mayores están ausentes en dicho instrumento, a diferencia de lo que ocurre con las mujeres y los niños, ya que no se agregó un artículo específico. La Convención subsana esta ausencia al especificar estos derechos (Quinn, 2009).

5. Implementación de la Convención: sugerencias para aprovecharla al máximo

Al tomar la decisión soberana de ser parte de un tratado internacional, los Estados asumen una serie de responsabilidades y obligaciones (respetar, proteger y hacer efectivos los derechos). En algunos casos, como ya se mencionó anteriormente, estas obligaciones implican que los Estados deben abstenerse de interferir en el disfrute de los derechos humanos, proteger de abusos y de violaciones de esos derechos tanto en el ámbito individual como colectivo y, finalmente, adoptar medidas de carácter legislativo, político, programático y de otra índole para la realización de esos derechos, tal como lo establece la Convención en su artículo 1³⁷.

Estas obligaciones son el marco de implementación de un tratado internacional y, por ende, de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores.

Las medidas a adoptar deben ser ideadas, elaboradas e implementadas sobre la base de un enfoque de derechos, es decir, en torno a los derechos políticos, civiles, culturales, económicos y sociales exigibles que, en su conjunto, contribuyen al desarrollo humano. Esto significa utilizar los principios y normas de derechos humanos para analizar, planificar, implementar y monitorear la legislación, las políticas y los programas con el objetivo de mejorar la situación de las personas y lograr el pleno disfrute y ejercicio de sus derechos.

Dicho de otra forma, los principios y normas de derechos humanos informan el contenido de las actividades en materia de buen gobierno, guiando la elaboración de marcos legislativos, políticas, programas, asignaciones presupuestarias y otras medidas.

En materia de adopción de medidas para la implementación de la Convención, este novel tratado internacional presenta algunos desafíos en términos de los “nuevos” derechos que plantean una ruptura con el orden jurídico actual de los Estados de la región respecto a las personas mayores. Se trata de los aquí denominados derechos emergentes o vigentes, por la innovación que implica en el primer caso o por la nueva interpretación que se propone de derechos ya reconocidos por otros tratados y normas internacionales en materia de derechos humanos, en el segundo caso.

³⁷ “Si el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en esta Convención no estuviere ya garantizado por disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados Parte se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta Convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades” (artículo 1 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores).

Los “nuevos” derechos son aquellos que, en general, han sido ignorados por el derecho vigente en el ámbito interno de los Estados y que posiblemente seguirán siéndolo, poniendo en entredicho la legitimidad de ese derecho a medida que crece la legitimidad del nuevo paradigma (Dussel, 2010). La creación y entrada en vigor de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores da paso a una etapa en que esos nuevos derechos, al ser reconocidos por el conjunto de la comunidad política ampliada, se convierten en la nueva legitimidad vigente, mientras que la legitimidad y la legalidad del antiguo derecho quedan anuladas, al menos desde el punto de vista de las normas internacionales. Este contexto presenta el desafío de que estos “nuevos” derechos adquieran plena legalidad y aplicabilidad, es decir, que se transformen en el nuevo derecho vigente en el ámbito interno de los Estados.

Dado lo reciente de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, se deben buscar referencias en otros procesos similares para determinar cuáles serían las formas de implementación de estos nuevos derechos a nivel interno de los Estados. En tratados de derechos humanos que han recorrido ya buena parte de ese camino de legitimización se pueden encontrar una serie de pautas para su implementación en forma de legislaciones, políticas y prácticas de los Estados; recomendaciones de los mecanismos convencionales y no convencionales para el seguimiento del cumplimiento (observaciones finales y observaciones generales de los comités, entre otros), e incluso jurisprudencia del sistema interamericano y europeo de derechos humanos.

La referencia más inmediata de este proceso de implementación lo constituye la CDPD, que tanto por ser la más reciente en materia de derechos de un grupo particular de la población como por compartir algunas similitudes en materia de derechos emergentes y vigentes, puede servir en cierta medida de guía para interpretar la forma más adecuada de implementación de algunos de los “nuevos” derechos que plantea la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Como se menciona a lo largo de este capítulo, entre los derechos vigentes y emergentes que aporta la Convención se encuentran el derecho a la vida y la dignidad en la vejez (artículo 6), el derecho a la independencia y autonomía (artículo 7), el derecho a los cuidados de largo plazo (artículo 12), la igualdad y no discriminación (artículo 5) y el consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud (artículo 11). A continuación se pone la atención en algunos de ellos, por su carácter innovador, sin perjuicio del resto de los derechos que integran la Convención.

a) La igualdad y la no discriminación

La característica principal de los derechos humanos es su universalidad. Esto significa que los derechos humanos son aquellos que tienen todas las personas por el solo hecho de ser humanos, sin distinción de origen nacional, pertenencia a un grupo étnico, religión y condición social, cultural, económica o cualquier otra. El principio de no discriminación se complementa con el principio de igualdad, como lo estipula el artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”.

Los conceptos de igualdad y no discriminación no son nuevos, ya que están presentes en todos los tratados de derechos humanos, así como en la mayoría de los textos constitucionales y de la legislación interna de los Estados. Conforme a ellos, se puede afirmar que todos los derechos reconocidos en los tratados de derechos humanos tanto de carácter universal como americano son plenamente aplicables a las personas mayores. La prohibición de discriminar por edad tampoco es nueva, ya que es el fundamento principal de la necesidad y existencia de la Convención sobre los Derechos del Niño.

El aporte indudable y novedoso de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores es el de prohibir la discriminación por edad de las personas de 60 años y más, lo que queda establecido en su preámbulo con la afirmación de que los Estados tienen la obligación de eliminar todas las formas de discriminación por dicha razón.

Al igual que sucede con la Convención sobre los Derechos del Niño, el principio de no discriminación e igualdad es transversal y fundamental en toda la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores; es el eje vertebrador de este proceso de progresiva especificación, que no tiene otro objetivo que avanzar hacia la materialización de la igualdad y la remoción de las barreras sociales e institucionales que impiden su realización efectiva.

Prueba de su importancia es el hecho de que, en la Convención, el término “discriminación” es empleado en 18 ocasiones y el término “igualdad”, en 26 ocasiones —de hecho, la mayoría de esas veces se usa la expresión “igualdad de condiciones”—. Así, el principio de igualdad y no discriminación está íntimamente relacionado con todas las demás disposiciones sustantivas de la Convención, dado que los Estados partes tienen la obligación de garantizar que todos los derechos consagrados en la Convención se respeten, protejan y realicen en igualdad de condiciones y sin discriminación.

En la Convención, el derecho a la no discriminación contiene tres aspectos diferentes y complementarios. Primero, la definición clásica de “discriminación”: cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos. En segundo lugar, el aspecto innovador que implica la especificidad de que esa distinción, exclusión o restricción esté basada en la edad (en este caso, avanzada) y, por último, la definición de “discriminación múltiple” como aquella que está fundada en más de un factor de discriminación (véase el diagrama III.2).



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

Además de establecer el deber de no discriminación como principio (artículo 3), la Convención también recoge la obligación para los Estados partes de adoptar medidas afirmativas y realizar los ajustes razonables necesarios para el ejercicio de los derechos por parte de los titulares, incluso aquellas medidas de carácter temporal que sean necesarias para acelerar o lograr la igualdad de hecho de la persona mayor (artículo 4, literal b).

En el artículo 5 se establece específicamente la prohibición de discriminación por edad y se indica que los Estados partes deberán formular enfoques específicos en sus políticas, planes y legislaciones sobre envejecimiento y vejez en relación con la persona mayor en condición de vulnerabilidad y aquellas que son víctimas de discriminación múltiple.

Como se puede apreciar de lo antedicho, la prohibición de discriminación tiene un vasto campo de aplicación. Incluso el uso en la Convención de las palabras “medidas” y “ajustes razonables” es amplio y discrecional. La posible ambigüedad de estos términos no debe ser interpretada como un aspecto negativo del texto convencional; por el

contrario, esa amplitud significa, por un lado, que el Estado posee una relativa discrecionalidad de medios para satisfacer las obligaciones que impone la Convención y, por el otro, que no debe sujetarse a una sola fórmula en el cumplimiento de sus obligaciones, sino que más bien debe proteger a la persona mayor frente a cualquier forma de discriminación adoptando todas las medidas que sean necesarias.

La obligación de respetar los derechos humanos de las personas mayores requiere que los Estados partes se abstengan de elaborar leyes, políticas, normas, programas, procedimientos administrativos y estructuras institucionales que, ya sea de forma directa o indirecta, priven a las personas mayores del goce de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. La obligación de proteger esos derechos requiere que los Estados partes protejan a las personas mayores frente a la discriminación por parte de actores privados y que adopten medidas directamente orientadas a eliminar las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que alimenten los prejuicios y perpetúen la noción de inferioridad o dependencia de las personas mayores. La obligación de cumplir con los derechos requiere que los Estados partes adopten una amplia gama de medidas (incluidas medidas especiales de carácter temporal, cuando proceda, de conformidad con el artículo 4, literal b, de la Convención) para asegurar que las personas mayores gocen *de jure* y *de facto* de esos derechos.

En este sentido, el artículo 4 dispone que la adopción por los Estados partes de medidas afirmativas y ajustes razonables encaminadas a acelerar o lograr la igualdad de hecho de la persona mayor no se considerará discriminatoria. Este artículo es fundamental y plantea la igualdad sustantiva. Es decir, los Estados no deben tender solo a la igualdad formal, traducida en normas que no discriminen, sino a la obligación de garantizar y fomentar la igualdad sustantiva; es necesario establecer puntos de partida más justos. Esta igualdad sustantiva tiene como correlato necesario la implementación de las denominadas medidas especiales de carácter temporal.

Como se afirma en el capítulo anterior, se debe tener en cuenta que la causa principal de la discriminación radica en el estándar de normalidad a partir del cual se ha erigido la sociedad y su consiguiente falta de capacidad para incluir en condiciones dignas e igualitarias a aquellos que son considerados diferentes. Se podría afirmar que las diferencias en sí mismas no son la causa de las desigualdades entre las personas, ni las justifican; es la cultura la que interviene, instaurando un sistema que establece y normaliza las desigualdades. Para superar el entramado de desigualdades y lograr una igualdad sustantiva y no meramente formal, por lo tanto, es necesario intervenir a través de una asignación diferencial de recursos, servicios y protecciones que privilegie a quienes

experimentan mayores grados de exclusión o necesidad y de un diseño también diferencial de estrategias que se adapten a las características particulares de tales grupos. La igualdad de resultados es la culminación lógica de la igualdad sustantiva.

Evidentemente, también debe tenerse en cuenta que las personas mayores, además de sufrir discriminación por su edad, también pueden ser objeto de múltiples formas de discriminación por su raza, origen étnico, religión, condición de discapacidad, clase, casta u otros factores.

Una idea de la compleja y exigente tarea que se espera por parte de los Estados surge de la propia Convención, que requiere de forma expresa que se asegure la igualdad de condiciones, no discriminación o igualdad de trato y oportunidades respecto al derecho a la vida y a la dignidad (artículo 6); en el ámbito de la participación y las actividades en la comunidad (artículo 8, literal a); en situaciones de privación de libertad (artículo 13); respecto a la libertad de expresión y acceso a la información (artículo 14); respecto a la circulación, residencia y nacionalidad (artículo 15); en el ámbito laboral (artículo 18); en el ámbito de la salud (artículo 19); en el ámbito de la educación y la cultura (artículo 20 y 21); respecto a un medio ambiente sano (artículo 25); en cuanto a la accesibilidad y movilidad (artículo 26); con relación a la participación en la vida política y pública (artículo 27); en lo que atañe a la capacidad jurídica (artículo 30), y respecto al acceso a la justicia (artículo 31).

Como puede observarse, no basta con la adopción de una ley general que prohíba la discriminación o la incorporación de una cláusula antidiscriminación en una legislación específica de personas mayores o en un plan nacional de envejecimiento. La tarea que tienen por delante los Estados es multidimensional y extensa. Se requiere identificar de forma progresiva las posibles brechas en materia de derechos de las personas mayores presentes en la totalidad del cuerpo normativo y político nacional e ir eliminando y enmendando las referencias, condiciones y requisitos, entre otros, que puedan implicar discriminaciones directas o indirectas en las normas, políticas y programas que afecten los derechos de las personas mayores.

La discriminación indirecta hace referencia a esas leyes, políticas o prácticas que en apariencia son neutras, pero que influyen de manera desproporcionada en los derechos de las personas por motivos prohibidos relacionados con la discriminación (Naciones Unidas, 2009).

A esta tarea de revisión normativa, política y programática se le deben sumar otros esfuerzos complementarios para combatir la estigmatización en razón de la edad que se da en la sociedad: en general, mediante la adopción de medidas de difusión de la Convención; en el ámbito de las prácticas de la administración pública, a través de la

elaboración de códigos de conducta para los funcionarios públicos; en el poder judicial, mediante la capacitación de los funcionarios para asegurar que en las decisiones judiciales se apliquen las disposiciones de la Convención, y por medio de programas específicos de educación y capacitación sobre los principios y las disposiciones de la Convención para todos los organismos gubernamentales y los funcionarios públicos de todos los ámbitos de Estado.

Debe contemplarse la creación de órganos encargados de mantener la vigilancia de la discriminación por motivos de edad y promover su eliminación en todos los ámbitos de la vida pública; estos pueden adoptar diversas formas, como procuradurías de derechos humanos, comisionados parlamentarios o la figura del defensor del pueblo (*ombudsman*). Para hacer realidad el derecho a la no discriminación es necesario establecer también mecanismos de denuncia (Naciones Unidas, 2016a).

Por último, cabe hacer hincapié en el aspecto presupuestario. No podrá aplicarse ningún avance en materia de legislación, políticas y programas internos de los Estados, por muy importante que sea, si no se movilizan los recursos financieros suficientes y si no se asignan y utilizan de manera responsable, eficaz, eficiente, equitativa, participativa, transparente y sostenible.

Respecto a este tema, el Comité de los Derechos del Niño ha formulado recientemente una observación general sobre la elaboración de presupuestos públicos para hacer efectivos los derechos del niño que puede ser útil a modo de referencia. En ella se establece que los Estados deben adoptar medidas proactivas encaminadas a garantizar resultados positivos movilizandando un nivel suficiente de ingresos y asignando y gastando fondos en consecuencia. A fin de lograr la igualdad sustantiva, los Estados partes deben determinar qué grupos reúnen los requisitos para el empleo de medidas especiales y hacer uso de los presupuestos públicos para aplicar tales medidas. En particular, para conseguir presupuestos que contribuyan a mejorar el disfrute de los derechos, se debe hacer frente a las desigualdades examinando y revisando la legislación, las políticas y los programas pertinentes e incrementar o modificar las prioridades de ciertas partidas del presupuesto o mejorar la eficacia, la eficiencia y la equidad de los presupuestos (Naciones Unidas, 2016b).

b) El derecho a la independencia, la autonomía y la capacidad jurídica

La autonomía y la independencia son conceptos interdependientes y términos que se suelen usar indistintamente en los instrumentos y marcos jurídicos. Mientras que la autonomía consiste en la capacidad de ejercer la libertad de elección y el control sobre las decisiones que afectan a la

propia vida (incluso, si fuera preciso, con la asistencia de otra persona), la independencia consiste en vivir en sociedad sin asistencia, o al menos con un grado de asistencia que no someta a las personas de edad al arbitrio de otros (Naciones Unidas, 2015).

Como expresara Huenchuan (2012), desde una perspectiva de derechos humanos, la autonomía supone, por un lado, una dimensión pública que tiene que ver con la participación activa en la organización de la sociedad y, por otro, una dimensión personal que se expresa en la posibilidad de formular y realizar los propios planes de vida. En ambos casos, la autodeterminación y la libertad para decidir por uno mismo son la base de su ejercicio.

No son conceptos totalmente nuevos. Entre los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad ya aparece expresamente la independencia y, de forma indirecta, también el tema de la autonomía³⁸. Más recientemente, en el preámbulo de la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe, se declara que el respeto a la autonomía y la independencia en la toma de decisiones es fundamental. Asimismo, se habla de la autonomía y la independencia con relación al derecho a un consentimiento previo, libre e informado para toda intervención médica, así como a los servicios de cuidados, la mejora de las condiciones de vivienda y entorno y la eliminación de barreras arquitectónicas para promover la accesibilidad de las personas mayores.

La recomendación CM/Rec(2014)2 del Consejo de Europa sobre la promoción de los derechos humanos de las personas de edad en la que se declara que estas tienen derecho a vivir de manera independiente, libre y autónoma, lo que implica que pueden tomar decisiones independientes en todas las cuestiones que les afecten, como la propiedad, los ingresos, las finanzas, el lugar de residencia, la salud, los tratamientos médicos o los cuidados (Naciones Unidas, 2015).

La autonomía y la independencia de las personas mayores ocupan un importante lugar en la Convención: se identifican como principios generales (artículo 3), aparecen como derechos en sí mismos (artículo 7) y se destacan de manera especial en relación con las personas mayores que reciben servicios de cuidado a largo plazo (artículo 12) y respecto a los derechos de la persona mayor a la recreación, la actividad física, el esparcimiento y el deporte de cara a promover su autonomía e independencia (artículo 22).

³⁸ Aprobados en virtud de la resolución 46/91 de la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1991.

El artículo 7 establece que los Estados partes adoptarán programas, políticas o acciones para facilitar y promover el pleno goce del derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a definir su propio plan de vida y a llevar una vida autónoma e independiente.

La autonomía y la independencia están vinculadas, en particular, a tres aspectos de la vida de las personas mayores:

- i) su toma de decisiones y realización de actos;
- ii) la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en lugar de verse obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico, y
- iii) su acceso progresivo a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria y residencial y a otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de esta.

La autonomía también supone el reconocimiento de las personas mayores como sujetos con personalidad jurídica ante la ley; esto implica la libertad y la capacidad jurídica para adoptar decisiones.

La independencia y la autonomía exigen que se respeten jurídicamente las decisiones propias. Por ello, la negación o la restricción de la capacidad jurídica perjudica directamente la autonomía de las personas de edad, pues ya no serán capaces de ejercer su derecho a adoptar decisiones sobre asuntos civiles, comerciales, administrativos, judiciales o de salud, entre otros, que afecten a su bienestar.

Esto nos lleva a la necesaria interrelación entre el artículo 7 de la Convención y el artículo 30, en el que se reafirma el derecho de la persona mayor a su personalidad jurídica y se establece que los Estados deben asegurar que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas. El tipo y la intensidad del apoyo que se ha de prestar variarán notablemente de un caso a otro dada la diversidad de las personas mayores y sus necesidades.

La referencia más inmediata en materia de autonomía y capacidad jurídica se encuentra en la CDPD. El camino ya recorrido por esta Convención puede servir de guía para comprender el alcance del concepto de autonomía y las medidas a adoptar para su implementación práctica. En ese sentido, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su observación general acerca del igual reconocimiento como persona ante la ley, ofrece a los Estados directrices sobre cómo reformar sus normativas y los exhorta a que reemplacen los regímenes de adopción de decisiones basados en la sustitución por otros basados en el apoyo.

A modo de orientación, se enumera una serie de medidas iniciales y fundamentales que los Estados deben tomar para asegurar el pleno respeto a la autonomía y la independencia de las personas mayores:

- i) Examinar las leyes que regulan la guarda y la tutela y elaborar leyes y políticas por las que se reemplacen los regímenes de adopción de decisiones basados en la sustitución por el apoyo a la adopción de decisiones, de forma que se respete la autonomía, la voluntad y las preferencias de la persona (Naciones Unidas, 2013a).
- ii) Reemplazar los regímenes de adopción de decisiones basados en la sustitución por otros basados en el apoyo a la adopción de decisiones. Este reemplazo debe ser total y no mantener ambos sistemas de forma paralela (Naciones Unidas, 2013a).
- iii) Asegurar que la necesidad de recibir apoyo y ajustes razonables para adoptar decisiones no se utilizará nunca en la legislación o decisiones de las autoridades administrativas o judiciales para poner en duda la capacidad jurídica de la persona.
- iv) Establecer un régimen y procedimientos basados en el apoyo a la adopción de decisiones, dando siempre primacía a la voluntad y las preferencias de la persona y respetando las normas de derechos humanos (Naciones Unidas, 2013a)
- v) Adoptar regímenes basados en el apoyo a la adopción de decisiones; si bien estos pueden tomar muchas formas, al menos deben estar basados en determinadas pautas esenciales (Naciones Unidas, 2013a):
 - Todas las formas de apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica deben estar basadas en la voluntad y las preferencias de la persona, no en lo que se suponga que es su interés superior objetivo.
 - El apoyo a la adopción de decisiones no debe utilizarse como justificación para limitar otros derechos fundamentales de las personas (como el derecho de voto, el derecho a contraer matrimonio o una unión civil, el derecho a otorgar su consentimiento para un tratamiento médico y el derecho a la libertad, entre otros).
 - La persona debe tener derecho a rechazar el apoyo y poner fin a la relación de apoyo o cambiarla en cualquier momento.
 - Deben establecerse salvaguardias para todos los procesos relacionados con la capacidad jurídica y el apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica. El objetivo de las salvaguardias es garantizar que se respeten la voluntad y las preferencias de la persona.

c) El consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud

La autonomía, la independencia y la capacidad jurídica que fueron objeto de análisis en el punto anterior tienen una importancia particular para las personas mayores en lo que respecta a la adopción de decisiones fundamentales relacionadas con la atención de la salud que hayan de recibir, sobre todo las relativas a los tratamientos médicos. A fin de que

se respete y fortalezca la autonomía de las personas mayores, estas tienen que ser capaces de brindar su consentimiento a una intervención médica, rechazarla o elegir otra intervención.

La importancia del derecho a dar el consentimiento informado de manera previa, voluntaria, libre y expresa en el ámbito de la salud queda reflejada en la decisión de dedicarle un artículo exclusivo dentro de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores.

Diagrama III.3
Artículo 11 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores: consentimiento libre e informado



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

Como manifestó el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, garantizar el consentimiento informado es un aspecto fundamental del respeto a la autonomía, la libre determinación y la dignidad humana de la persona. No se trata de la mera aceptación de una intervención médica, sino de una decisión voluntaria y suficientemente informada. Entran en juego otros derechos aparte del propio derecho a la salud, como el derecho a la libre determinación, el derecho a la no discriminación, el derecho de toda persona a no ser sometida a experimentos sin su libre consentimiento, la seguridad y la dignidad de la persona humana, el reconocimiento ante la ley y la libertad de pensamiento y expresión (Naciones Unidas, 2011).

Los Estados partes tienen la obligación de exigir a todos los profesionales de la salud y la medicina (incluidos los profesionales de la psiquiatría) que obtengan el consentimiento libre e informado de los pacientes antes de cualquier tratamiento. Además de proteger el derecho de las personas a la capacidad jurídica en igualdad de condiciones, los Estados tienen la obligación de no permitir que alguien sustituya a una persona en la adopción de decisiones y otorgue el consentimiento en su nombre. También el personal de salud, en la medida de sus posibilidades,

debe garantizar que los asistentes o personas encargadas de prestar apoyo no sustituyan a los pacientes a la hora de tomar decisiones ni tengan una influencia indebida sobre ellos (Naciones Unidas, 2013a).

En su informe de 2013 sobre la tortura en el contexto de la atención de la salud, el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes consideró que la privación de la capacidad jurídica (que acaece cuando una persona se ve despojada de su capacidad para tomar decisiones) constituye una situación de indefensión, en la cual la víctima se encuentra bajo el control absoluto de otra persona. Los tratamientos médicos de carácter invasivo e irreversible, cuando carecen de una finalidad terapéutica, pueden constituir tortura y maltrato si se imponen o practican sin el consentimiento libre e informado del paciente (Naciones Unidas, 2013b).

De igual manera lo ha manifestado el Relator Especial sobre el derecho a la salud al afirmar que la denegación persistente del derecho al consentimiento informado podría constituir una forma de maltrato físico y psicológico de las personas mayores, que están mucho más expuestas a recibir tratamientos y atención médica sin su consentimiento. Esta situación se ve agravada por la discriminación dirigida contra esas personas, cuya capacidad de dar su consentimiento al tratamiento puede encontrarse en algunos casos disminuida (Naciones Unidas, 2011).

Otro aspecto a considerar es que no basta con reconocer el consentimiento informado como derecho en la legislación, sino que debe tenerse en cuenta que el desequilibrio de poder, experiencia y confianza que se da intrínsecamente en la relación entre el médico y el paciente, así como las desigualdades estructurales, pueden hacer peligrar gravemente el carácter voluntario o informado del consentimiento. A fin de proteger los derechos de las personas mayores, los Estados deben establecer mecanismos de apoyo adecuados, incluidos mecanismos participativos y de asesoramiento exhaustivo, que ayuden a superar las dificultades para lograr el consentimiento informado (Naciones Unidas, 2011).

Entre las medidas que los Estados deben tomar para garantizar que se respete plenamente el derecho a prestar el consentimiento informado de manera previa, voluntaria, libre y expresa se encuentran las siguientes:

- i) revisar leyes, reglamentos, políticas y protocolos con relación a la prestación de servicios de salud a fin de asegurar que cumplan con las normas internacionales, en particular la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores;
- ii) definir un conjunto claro y armónico de normas sobre el consentimiento libre e informado en el ámbito de la prestación de servicios de salud;
- iii) asegurar que la información sobre las cuestiones relacionadas con la salud esté libremente disponible sobre una base no

- discriminatoria, accesible de acuerdo con las necesidades de comunicación particulares de la persona y presentada de una manera aceptable desde un punto de vista cultural o de otra índole para que la persona que ha de otorgar el consentimiento pueda comprender todas las implicancias de su decisión;
- iv) instaurar mecanismos de difusión y fomento de la capacidad entre los profesionales de la salud, los cuidadores que no cuenten con una formación en medicina y la sociedad en general en lo que respecta a los derechos de las personas mayores y el derecho al consentimiento informado;
 - v) establecer mecanismos de apoyo adecuados que ayuden a superar las dificultades para lograr el consentimiento informado, entre los que se incluyen mecanismos participativos y de asesoramiento exhaustivo;
 - vi) incorporar la protección del consentimiento informado como un componente esencial de la evaluación de los servicios de salud y el cumplimiento de los objetivos de la salud pública;
 - vii) establecer mecanismos de supervisión para detectar las situaciones que ponen en peligro el ejercicio del consentimiento informado y mecanismos de denuncia que sean fácilmente accesibles para las personas mayores, y
 - viii) sensibilizar y empoderar a las personas mayores, a fin de fortalecer su participación en la formulación de las políticas de salud y en la creación de redes por medio de las cuales puedan acceder más fácilmente a información sobre la salud.

d) La participación de las personas mayores

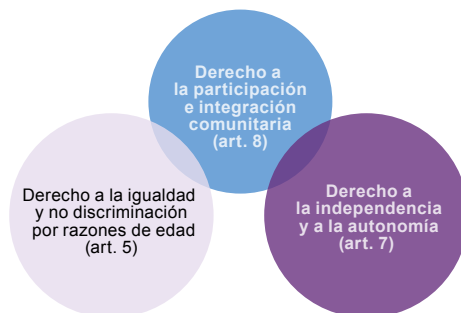
La Convención Interamericana es un instrumento legal valioso para los países de la región, sobre todo porque permite que las personas mayores defiendan y hagan respetar sus derechos.

En el caso de la participación, el artículo 8 de la Convención establece que “la persona mayor tiene derecho a la participación activa, productiva, plena y efectiva dentro de la familia, la comunidad y la sociedad para su integración en todas ellas” e indica que los Estados partes “adoptarán medidas para que la persona mayor tenga la oportunidad de participar activa y productivamente en la comunidad, y pueda desarrollar sus capacidades y potencialidades”.

Es imperativo reflexionar sobre este derecho y cómo se llevará a la práctica de manera que no se convierta en una declaración de intenciones, sino en una obligación que cumplan los Estados para fortalecer la democracia y el pluralismo político, tal como lo ha sostenido la Corte Interamericana de Derechos Humanos en relación con otros tratados de la OEA.

El ejercicio del artículo 8 sobre el derecho a la participación e integración comunitaria es inseparable e interdependiente respecto a otros derechos establecidos en la Convención, por ejemplo, el artículo 5 sobre igualdad y no discriminación o el artículo 7 sobre independencia y autonomía.

Diagrama III.4
Interdependencia de los derechos humanos en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores



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

Estos tres artículos son fundamentales para que las personas mayores puedan constituirse como titulares de derechos. Por una parte, buscan eliminar las barreras que impiden a estas personas decidir por sí mismas y, por otra, ayudan a erradicar la noción de que una vez que se ha llegado a la vejez, los seres humanos se convierten en perpetuos dependientes.

Las personas mayores y sus organizaciones tienen una extensa tarea por delante en relación con estos tres artículos de la Convención. En el artículo 4, literal f, se indica que se promoverá “la más amplia participación de la sociedad civil y de otros actores sociales, en particular de la persona mayor, en la elaboración, aplicación y control de políticas públicas y legislación dirigida a la implementación” de la Convención.

La Convención enuncia en dicho artículo las obligaciones generales de los Estados con respecto a los derechos que en ella se consagran. Si bien se obliga a los Estados a que brinden prestaciones y servicios, en el caso del literal f del artículo 4 se exige una conducta en ciertos planos que concierne no solo a las autoridades, sino también a los particulares.

El éxito de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores dependerá de hasta qué punto los países cumplan sus leyes y cambien la actitud de la sociedad hacia las personas mayores (Kanter, 2015)³⁹.

³⁹ Por ejemplo, en Costa Rica, las personas mayores ya han hecho uso de la Convención para proteger sus derechos: en el año 2015 se presentaron varios recursos de amparo ante la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia del país. Uno de estos recursos de amparo se interpuso contra el Banco de Costa Rica, por no haber brindado un trato preferencial a las personas mayores de acuerdo con lo establecido en la legislación nacional y en los principios de la Convención Interamericana. El recurso se falló a favor de la persona mayor, y se ordenó a la institución mantener siempre disponible una ventanilla preferencial en su plataforma de servicios para que se pudiera brindar atención especial a las personas con derecho a trato preferencial. Esta y otras acciones se integran dentro de un proceso de toma de conciencia en el que han participado distintos actores individuales y colectivos del país y pasan a formar parte de la jurisprudencia nacional, que podrá utilizarse en casos que afecten los derechos de las personas mayores.

Bibliografía

- ACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2012), *Normative standards in international human rights law in relation to older persons. Analytical Outcome Paper*, agosto [en línea] <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ohchr-outcome-paper-olderpersons12.pdf>.
- ALCP (Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos) y otros (2013), "La inclusión de cuidados paliativos en el proyecto de la convención sobre los derechos de las personas mayores: análisis y recomendaciones" [en línea] <http://scm.oas.org/pdfs/2014/CP32691S.pdf>.
- Allen, R. (2012), "How to define 'older people' in the context of global human rights legislation", *Legal Issues for Strengthening International Legislation on the Rights of Older Persons*, Discussion Papers [en línea] <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/suesforStrengtheningInternationalLegislationonRighthsofOlderPersonsAgeUK.PDF>.
- Bobbio, N. (1991), "Derechos del hombre y filosofía de la historia", *El tiempo de los derechos*, Madrid, Sistema.
- Butler, R. N. (1969), "Age-ism: Another form of bigotry", *The Gerontologist*, vol. 9, N° 4.
- Butler, R. N. y M. I. Lewis (1977), *Aging and Mental Health*, St. Louis, C. V. Mosby.
- Cangemi, D. (2011), "Strengthening the European standards for the protection of the human rights and the dignity of the elderly", speeches from the panel "Rights of elderly persons in Europe, 5th Warsaw Seminar on Human Rights, Varsovia, 29 de septiembre a 1 de octubre, Comité Director de Derechos Humanos.
- CDDH (Comité Director de Derechos Humanos) (2013a), "Comments of Age-Platform Europe (AGE) on the draft recommendation of the Committee of Ministers to member States on the promotion of human rights of older persons", Grupo de redacción sobre los derechos humanos de las personas mayores, Estrasburgo, 6 de mayo.
- ____ (2013b), "Meeting report. 4th meeting, Monday 23 September (9.30 a.m.)–Wednesday 25 September 2013 (1 p.m.), Council of Europe, Agora – Room G06" (CDDH-AGE(2013)R4), Grupo de redacción sobre los derechos humanos de las personas mayores [en línea] http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/hrpolicy/other_committees/cddh-age/Document_CDDH_AGE/Web_CDDH-AGE%282013%29R4_en.pdf.
- ____ (2012a), "Draft preliminary study on the promotion of the human rights and dignity of the elderly: existing standards and outstanding issues" (CDDH(2012)002), 84th meeting of the CDDH-BU, Estrasburgo, 18 de enero.
- ____ (2012b), "Selection of relevant Council of Europe texts concerning the human rights of the elderly", Grupo de redacción sobre los derechos humanos de las personas mayores (CDDH-AGE(2012)02), Estrasburgo, 29 de febrero.
- ____ (2012c), "Drafting Group on the Human Rights of the Elderly (CDDH-AGE), Meeting report", 23 de marzo.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2012), "Informe sobre la aplicación de la Declaración de Brasilia y de la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento", Santiago, 24 de abril.
- ____ (2011), Declaración de Brasilia (LC/G.2359), Santiago [en línea] http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/32460/lcg2359_e.pdf.
- ____ (2010), *Propuesta de estrategia para avanzar, desde la perspectiva de América Latina y el Caribe, hacia una convención internacional sobre los derechos humanos de las personas de edad* (LC/L.3220(CEP.2010/5), Santiago, mayo.

- (2009a), Tercera Reunión de Seguimiento de la Declaración de Brasilia: por los derechos de las personas mayores [en línea] <http://www.cepal.org/es/eventos/iii-reunion-seguimiento-la-declaracion-brasil-ia-derechos-personas-mayores>.
- (2009b), Segunda Reunión de Seguimiento de la Declaración de Brasilia [en línea] <http://www.cepal.org/es/eventos/segunda-reunion-seguimiento-la-declaracion-brasil-ia>.
- (2009c), “Lineamientos para una convención de los derechos de las personas mayores”, Tercera Reunión de Seguimiento de la Declaración de Brasilia, Santiago, 5 y 6 de octubre, inédito.
- (2008), Reunión de seguimiento de la Declaración de Brasilia [en línea] <http://www.cepal.org/es/eventos/reunion-seguimiento-la-declaracion-brasil-ia>.
- CE (Consejo de Europa) (2014), “Explanatory Memorandum of Recommendation CM/Rec(2014)2 of the Committee of Ministers to member States on the promotion of human rights of older persons” [en línea] http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/hrpolicy/other_committees/cddh-age/Document_CDDH_AGE/Explanatory_report_Rec_Age_definitive_EN.pdf.
- (1996), *Carta Social Europea (revisada)*, Estrasburgo, 3 de mayo.
- Courtis, C. (2004), “Discapacidad e inclusión social: retos teóricos y desafíos prácticos. Algunos comentarios a partir de la Ley 51/2003”, *Jueces para la Democracia*, N° 51.
- Di Cesare, M. (2011), “El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones”, *Documentos de Proyectos (LC/W.395)*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Dussel, E. (2010), “Derechos vigentes, nuevos derechos y derechos humanos”, *Crítica Jurídica. Revista Latinoamericana de Política, Filosofía y Derecho*, N° 29, junio.
- Elder, Ch. y R. Cobb (1993), “Formación de la agenda. El caso de la política de ancianos”, *Problemas públicos y agenda de gobierno*, L. F. Aguilar (ed.), Ciudad de México, Miguel Porrúa.
- Etxeberria, X. (2008), *La condición de ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual*, Bilbao, Instituto de Derechos Humanos, Universidad de Deusto.
- Fericigla, J. (1995), *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*, Madrid, Anthropos.
- Guillemand, A. (1992), *Análisis comparativo de las políticas de vejez en Europa*, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO).
- Gutiérrez, F. (2011), *Universalidad de los derechos humanos. Una revisión a sus críticas*, Getafe-Madrid, Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas.
- Huenchuan, S. (ed.) (2012), *Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación experiencias y desafíos*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Gobierno de la Ciudad de México [en línea] http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/1/48571/LibroForoMexico_completo.pdf.
- (2010), “Envejecimiento y derechos humanos”, presentación en el Seminario Internacional del MERCOSUR Ampliado sobre Buenas Prácticas en Políticas Gerontológicas, Buenos Aires, 16 a 18 de junio [en línea] http://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/sandrahuenchuan_1.pdf.
- (2005), “Pobreza en la vejez y desigualdad de género en América Latina”, *Revista Perspectivas*, N° 15.
- (2004), “Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina”, *serie Población y Desarrollo*, N° 51 (LC/L.2115-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Hunt, L. (2009), *La invención de los derechos humanos*, Barcelona, Tusquets Editores S. A.

- JUPEMA (Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional de Costa Rica) (2016), "Acciones realizadas por la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional en apoyo a la aprobación y ratificación de la Convención Interamericana para la protección de los Derechos Humanos de las personas de edad, Ley N°9394", informe presentado en la Segunda Reunión de Expertos para el Seguimiento de la Carta de San José, Santiago, 16 a 18 de noviembre.
- Kanter, A. (2015), *The Development of Disability Rights Under International Law: From Charity to Human Rights*, Londres, Routledge.
- Lang, R. y otros (2011), "Implementing the United Nations Convention on the rights of persons with disabilities: principles, implications, practice and limitations", *ALTER-European Journal of Disability Research/Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, vol. 5, N° 3, julio [en línea] <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-80051789770&origin=inward&txGid=D2BCD741DD4F777607D64A60B837F363.wsnAw8kcdt7IPYLO0V48gA%3a2>.
- LeBlanc, L. J. (1977), "Inter-American obligations on human rights", *The OAS and the Promotion and Protection of Human Rights*, Amsterdam, Springer.
- Le Mesurier, N. (2011), "Supporting Older People in Prison: ideas for practice", Age UK [en línea] http://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/for-professionals/government-and-society/older%20prisoners%20guide_pro.pdf?dtrk=true [fecha de consulta: 15 de septiembre de 15].
- Lema Añon, C. (2011), "Notas sobre la universalidad de los derechos humanos", *Papeles el Tiempo de los Derechos*, N° 6, Huri-Age, Consolider-Ingenio.
- Megret, F. (2011), "The human rights of older persons: a growing challenge", *Human Rights Law Review*, vol. 11, N° 29 de enero.
- Misión Permanente de Sudáfrica ante las Naciones Unidas (2013), "Guidelines for the international convention to promote and protect the rights and dignity of older persons", cuarto período de sesiones del Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento, 12 a 15 de agosto.
- Murphy, M. (2011), *International human rights law and older people: Gaps, fragments and loopholes*, Londres, HelpAge International.
- Naciones Unidas (2016a), *Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad (A/HRC/33/44)*, Consejo de Derechos Humanos, 8 de julio.
- _____(2016b), *Observación general núm. 19 (2016) sobre la elaboración de presupuestos públicos para hacer efectivos los derechos del niño (art. 4) (CRC/C/GC/19)*, Comité de los Derechos del Niño, 21 de julio.
- _____(2015a), *Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Rosa Kornfeld-Matte (A/HRC/30/43)*, 13 de agosto.
- Naciones Unidas (2015b), "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible" (A/RES/70/1), Nueva York.
- _____(2015c), "World Population Prospects: The 2015 Revision", Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales [DVD Edition].
- _____(2013a), *Observación general sobre el artículo 12: igual reconocimiento como persona ante la ley (CRPD/C/11/4)*, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 25 de noviembre.
- _____(2013b), *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez (A/HRC/22/53)*, Consejo de Derechos Humanos, 1 de febrero.
- _____(2012), *Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (E/2012/51)*, Nueva York.

- (2011), *Estudio temático sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores realizado por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Anand Grover (A/HRC/18/37), Consejo de Derechos Humanos, 4 de julio.
- (2010), *Vigilancia y cumplimiento de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Guía para los observadores de la situación de los derechos humanos*, serie Capacitación Profesional, N° 17 (HR/P/PT/17), Nueva York, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.
- (2009a), *Nota conceptual relativa al proyecto de recomendación general sobre la mujer de edad y la protección de sus derechos humanos* (CEDAW/C/2009/II/WP.1/R), Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 12 de mayo.
- (2009b), *Observación general N° 20. La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [en línea] https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN20.
- (2008), *Trabajando con el Programa de las Naciones Unidas en el ámbito de los derechos humanos. Un manual para la sociedad civil* (HR/PUB/06/10/Rev.1), Nueva York, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.
- (1995), *Observación General N° 6 “Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores”* (E/C.12/1995/16/Rev.1), Nueva York, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- (1993), “Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad”, resolución 48/96 de la Asamblea General.
- (1975), “Declaración de los Derechos de los Impedidos”, resolución 3447(XXX) (A/RES/30/447), diciembre.
- Neugarten, B. L. y D. A. Neugarten (1987), “The changing meanings of age (Life Flow)”, *Psychology Today*, vol. 21, mayo.
- Northcott, H. C. (1975), “Too young, too old. Age in the world of television”, *The Gerontologist*, vol. 15, N° 2.
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2016), *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores* [en línea] http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf [fecha de consulta: 4 de mayo de 2016].
- (2014), *Resultados del ejercicio de revisión para determinar posible duplicidad de elementos en los artículos del proyecto de convención* (OEA/Ser.G. CAJP/GT/DHPM-117/13 rev.1), Grupo de Trabajo sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores [en línea] scm.oas.org/doc_public/SPANISH/HIST_14/CP32121S04.doc [fecha de consulta: 20 de abril de 2016].
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2013), “Artículos considerados durante la reunión celebrada el 11 y 12 de febrero de 2013” (OEA.Ser.G. CAJP/GT/DHPM-37/12 add. 6 rev.), Grupo de Trabajo sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
- (2011), “Protección de los derechos humanos de las personas mayores” (AG/RES 2654 (XLI-O/11)), 7 de junio.
- (2010), “Derechos humanos y personas adultas mayores” (AG/RES. 2562 (XL-O/10)), 8 de junio.
- (2009), “Derechos humanos y personas adultas mayores” (AG/RES. 2455 (XXXIX-O/09)), 4 de junio.

- _____(1988), Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”) [en línea] <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>.
- Palacios, A. (2008), *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Madrid, Grupo editorial CINCA.
- Palacios, A. y F. Bariffi (2008), *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Madrid, Grupo Editorial Cinca, S. A.
- Quinn, G. (2009), “The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Toward a new international politics of disability”, *Texas Journal on Civil Liberties & Civil Rights*, vol. 15, N° 1.
- Quinn, G. M. (2004), “Disability rights: an American invention, a global challenge”, presentación en “11th Annual Valerie Gordan Human Rights Lecture”, Northeastern Law School, 1 de abril.
- Quinn, G. M. y T. Deneger (2002), *Derechos humanos y discapacidad: uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad*, Nueva York, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.
- Rodríguez Abascal, L. (2002), “El debate sobre los derechos de grupo”, *Estado, justicia, derechos*, E. Díaz y J. L. Colomer (eds.), Madrid, Alianza.
- Rodríguez, J. (2004), “Migración interna en América Latina y el Caribe: Estudio regional del período 1980-2000”, *serie Población y Desarrollo*, N° 50 (LC/L.2059-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Rodríguez-Piñero, L. (2012), “Igualdad y no discriminación en la vejez”, Foro Internacional sobre los Derechos de las Personas Mayores, organizado por el Gobierno de la Ciudad de México y el CELADE-División de Población de la CEPAL, Ciudad de México, 26 a 28 de marzo.
- _____(2010), “Los desafíos de la protección internacional de los derechos humanos de las personas de edad”, *Documentos de Proyecto*, N° 305 (LC/W.305), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Traxler, A. J. (1980), *Let's get gerontologized: Developing a sensitivity to aging. The multi-purpose senior center concept: A training manual for practitioners working with the aging*, Springfield, Department of Aging.
- Unión Africana (UA) (2003), *Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa* [en línea] http://www.achpr.org/files/instruments/women-protocol/achpr_instr_proto_women_eng.pdf.
- _____(1981), *Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos* [en línea] <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1297>.
- Vásquez, A. (2012), “Documento de trabajo. Propuesta de convención interamericana sobre los derechos humanos de las personas mayores”, inédito.
- Williams, J. (2011), “An international convention on the rights of older people?”, *Emerging Human Rights in the 21st Century*, M. Odello y S. Cavandoli (eds.), Routledge.
- Villa, M. y D. González (2004), “Dinámica demográfica de Chile y América Latina: una visión a vuelo de pájaro”, *Revista de Sociología*, N° 18-2004, Santiago, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Capítulo IV

La universalización de la protección social de la vejez en el contexto de la Agenda 2030

Introducción

El concepto de protección social se refiere al conjunto de las intervenciones de entes públicos y privados que buscan aliviar a los hogares y a los individuos de la carga que suponen ciertos riesgos y necesidades que surgen a lo largo de la vida (Cichon y otros, 2004). El término forma parte de una perspectiva más amplia conocida como “manejo social del riesgo”, que alude a la capacidad de prevenir y enfrentar situaciones de vulnerabilidad. Vale decir, el objetivo de los sistemas de protección social no sólo es proveer ingresos, sino también el de construir resiliencia frente a sucesos inesperados o inevitables (accidente, enfermedad, pérdida del empleo, desastres naturales, entre otros) y fortalecer el nexo con la vida productiva (Banco Mundial/FMI, 2016; OIT, 2017a; Serrano, 2005)

Un sistema de protección social es una estructura institucional producto de un acuerdo político —en palabras de la CEPAL (2006): un pacto social que determina el umbral mínimo al cual todo miembro de la sociedad, por el solo hecho de ser ciudadano, debe tener acceso y que indica cuáles derechos están garantizados por el Estado y por lo tanto qué riesgos está dispuesta a asumir la sociedad como responsabilidad colectiva (Van Parijs y Vanderborght, 2017). Esto significa, de acuerdo con la Secretaria Ejecutiva de la CEPAL, que los sistemas de protección social no se reducen, “por importante que ello sea, a erradicar la pobreza

y reducir las brechas de desigualdad, sino que lo anterior es parte de un propósito más ambicioso: la ampliación de las libertades, la autonomía e independencia de las personas y las comunidades” (Bárcena, 2016).

La protección social es un elemento fundamental para el desarrollo sostenible y por ende para cumplir con la Agenda 2030. La meta 1.3 de los ODS exhorta a implementar a nivel nacional sistemas de protección social para todos, lo que representa una oportunidad para la construcción de un bien público universal. Su diseño e implementación, además de prevenir y erradicar la pobreza, permitirían alcanzar un mejor nivel de vida para todos y todas, reduciendo así la cultura del privilegio y asegurando que nadie quede atrás. La consecución de la meta 1.3 contribuye además al cumplimiento de otros ODS. Por ejemplo, el ODS 5 sobre igualdad de género y el ODS 10 acerca de reducir la desigualdad entre países y en los países. También contribuye al ODS 11, pues facilitaría el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles (OIT, 2017a).

La meta 1.3 de los ODS es congruente con la recomendación 202 de la OIT, que reconoce la responsabilidad general y principal del Estado de aplicar el principio de la universalidad a la protección social. Ello implica profundas modificaciones al enfoque residualista implementado hasta la fecha por muchos gobiernos, en el que los beneficios, servicios y prestaciones se ofrecen en base a una relación más o menos lineal entre los aportes realizados y los resultados recibidos. Universalizar la protección social implica ampliar la cobertura y calidad de las prestaciones en diversos ámbitos. La recomendación 202 de la OIT estipula en tal sentido el establecimiento de pisos de protección social nacional consistentes en garantías básicas que aseguren como mínimo que, durante el ciclo de vida, todas las personas que lo necesiten tengan acceso a una atención de salud esencial y a una seguridad básica de ingresos.

En lo referente a las personas mayores, la modificación de los sistemas de protección social conlleva la integración de tres pilares básicos: pensiones, atención básica de salud y servicios sociales para la autonomía. Los tres actúan en conjunto para cerrar las brechas de protección y desarrollar capacidades¹. Los pilares de las pensiones y la salud corresponden a mínimos sociales que deben funcionar como piso de la

¹ El cierre de brechas de protección se fundamenta en la desigualdad socioeconómica que condiciona el funcionamiento actual de los sistemas de seguridad social. Quienes acceden a las prestaciones de vejez son generalmente los colectivos de trabajadores que han estado mejor posicionados en el mercado laboral, debido a que el acceso a los sistemas de pensiones ha tenido una marcada orientación contributiva (Bertranou, 2006; CEPAL, 2006; CEPAL, 2010). El desarrollo de capacidades, por su parte, se basa en la tesis de que hay capacidades que pueden utilizarse para incrementar el nivel de bienestar. Se trata de activar la responsabilidad, la autonomía y la independencia para habilitar a los sujetos en la toma de decisiones y los procesos que ello involucra (Serrano, 2005; Huenchuan, 2013).

protección social, y garantizarlo es responsabilidad directa del Estado. Los servicios sociales para la atención de la autonomía, por su parte, operan en los planos de la prevención y la reparación, y deben asumirse como una responsabilidad pública y sostenerse por medio de una red de protección y paliativa que enlace el piso mínimo de seguridad de ingresos y atención de la salud con otras prestaciones dirigidas a reforzar la atención de las personas mayores (Huenchuan, 2013).

En América Latina y el Caribe, la ampliación del acceso a los sistemas de protección social para todos sigue siendo un asunto pendiente. Se trata de la región más desigual del mundo en términos de distribución de ingresos y que enfrenta barreras estructurales relacionadas con el desarrollo, elevados niveles de informalidad, escasa capacidad contributiva y un progreso desigual en los aspectos del desarrollo no relacionados con el ingreso. Asimismo, la institucionalidad de la protección social en la región suele ser débil, a pesar de que representa un papel significativo en su desempeño final y en su capacidad de adaptación a las nuevas realidades (Bertranou, 2006).

En este escenario, la protección social debería adecuarse no solo a las modificaciones en el mercado laboral y a la economía en su conjunto, sino también a los cambios demográficos que ocurren en la región; en particular una población que crece menos y envejece rápidamente. Esta tendencia conlleva nuevos desafíos para garantizar una cuantía adecuada de ingresos, servicios y beneficios para todas las personas sin sobrecargar la capacidad de las generaciones más jóvenes (OIT, 2017a). La posibilidad de los países de la región de responder a estos desafíos depende, asimismo, de un contexto demográfico que determina el aporte de las cohortes de población en edad activa y la demanda potencial de prestaciones por parte de las personas mayores (CEPAL, 2017a). Habida cuenta del problema de financiación y sostenibilidad que el cambio demográfico plantea a los sistemas de protección social, el Estado tiene un papel decisivo que desempeñar previendo el equilibrio a largo plazo entre ingresos y egresos, con el objeto de garantizar que las instituciones cumplan con su obligación de universalizar la protección social (OIT, 2017a).

Como se documenta en el primer capítulo de este libro, la población de 60 años y más seguirá creciendo de manera sostenida durante los próximos lustros en toda la región, en términos tanto absolutos como relativos. Esto ocurre en un escenario de limitaciones estructurales para el ingreso de las cohortes más jóvenes de la población en edad activa a la fuerza de trabajo, lo que impide un cabal aprovechamiento del primer bono demográfico (Saad y otros, 2012). No obstante ello, el cambio demográfico en curso puede contribuir al logro de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

En la medida en que los cambios en la estructura por edades expanden la producción y los recursos durante el primer bono demográfico, puede surgir un segundo bono demográfico al acumularse el ahorro, lo que posibilita una mayor inversión en capital humano y físico. Este segundo bono demográfico representa una oportunidad importante para la región, generalmente soslayada, pero no es una garantía automática. Se requiere un enfoque sinérgico entre los diversos aspectos del desarrollo sostenible y de políticas sólidas guiadas por una visión de largo plazo y adaptadas al contexto demográfico de cada país (Banco Mundial/FMI, 2016).

En los apartados siguientes se analizará la protección social de la población adulta mayor en América Latina y el Caribe, de manera de ponderar cuáles son las condiciones que deben cambiar para aprovechar de mejor manera el segundo bono demográfico, y consecuentemente avanzar en el logro de los ODS.

A. La universalización de la protección social en contexto de cambio demográfico

La universalización de la protección social se ha introducido con fuerza en el segundo decenio del siglo XXI, luego de que sucediera algo similar con la educación primaria en los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el 2000, y la salud en 2013.

La protección social universal, de acuerdo con la Recomendación 202, debería garantizar al menos un nivel mínimo a todas las personas en las prestaciones familiares y por hijo, las prestaciones de desempleo, las prestaciones en caso de accidente del trabajo y por enfermedad profesional, las prestaciones por enfermedad, las prestaciones de protección de la salud, las pensiones de vejez, invalidez y sobrevivientes.

De acuerdo con datos de la OIT, en la región de las Américas la población cubierta por al menos un beneficio de protección social alcanza el 67,6%. Este porcentaje varía según el tipo de prestación que se analice. En salud, el déficit estimado de cobertura como porcentaje de la población total era del 18,3% en 2011. En relación con los cuidados de largo plazo, el déficit en cobertura legal en esta materia es del 100% en varios países de la región (OIT, 2013 y 2018).

Tomando en cuenta la diversidad de situaciones que pueden existir y las desigualdades estructurales que limitan el ejercicio al derecho a la protección social, la universalidad requiere que la elaboración y ejecución de prestaciones y servicios se ajusten al nuevo entorno demográfico (AISS, 2017). Una población de edad avanzada no es de por sí una carga para la sociedad, como se suele pensar. Dado que muchas personas

mayores tienen la capacidad y el deseo de trabajar por más tiempo que las cohortes anteriores o hacer una contribución a la sociedad por otros medios, el desafío de los sistemas de protección social consiste en innovar y adaptarse a las sociedades longevas (AISS, 2010).

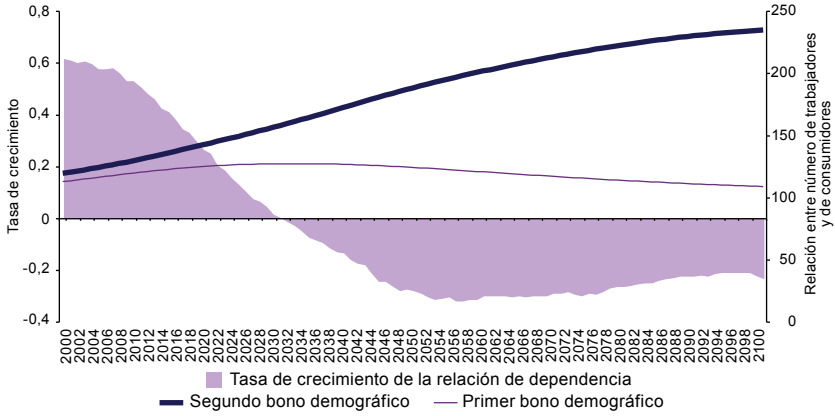
1. Las oportunidades que ofrece el segundo bono demográfico para universalizar la protección social

La convergencia global de la estructura por edades de la población, presentada en el primer capítulo de este libro, implica que un número cada vez mayor de países de la región pasa por un período en el que se produce la concentración de la población en el segmento de los adultos en edades activas. Este período, conocido como bono demográfico (en adelante primer bono demográfico), sería particularmente favorable para el crecimiento económico, ya que la fuerza laboral potencial crece más rápidamente que la población dependiente (CEPAL, 2014).

Este fenómeno, ampliamente documentado y conocido, en la actualidad se desplaza en la región hacia Centroamérica y los países andinos de América del Sur. De manera paralela, en otros países: Brasil (2007), Colombia (2017), Costa Rica (2014), Cuba (1991), Chile (2011), Perú (2017), Uruguay (2016) y varios países del Caribe, la relación de dependencia ya llegó a su valor mínimo y, a causa del envejecimiento de la población, la población dependiente crece a un ritmo significativamente más rápido que aquella en edad de trabajar. Vale decir, el primer bono demográfico es transitorio y de alcance limitado: ha servido para reducir la pobreza en algunos países debido a un menor número de niños, o para incrementar el PIB per cápita. Ejemplo de esto último es el “milagro” económico de los países del Este de Asia, donde el primer bono demográfico representó alrededor de un tercio de los logros económicos alcanzados en esa región del mundo (Pinto, 2016).

La OIT y el Banco Mundial advierten que a medida que el primer bono demográfico tiende a desaparecer, puede surgir un segundo bono demográfico. La tesis se basa en que, teniendo en cuenta que la esperanza de vida aumenta para una cantidad considerable de personas en edad avanzada, ello puede redundar en un mayor ahorro durante el ciclo vital —en particular en las edades en que se produce más de lo que se consume— para financiar el consumo en la vejez, lo que a su vez se traduciría en una capacidad de inversión superior (OIT, 2013). Este segundo bono se puede producir al final de la fase intermedia de la transición demográfica —cuando aumenta la proporción de la población económicamente activa y la fecundidad empieza a descender— y se extiende en el curso de la última fase, cuando la caída de la mortalidad y de la fecundidad incrementa la proporción de personas mayores (Lee y Mason, 2006) (véase el gráfico IV.1).

Gráfico IV.1
América Latina y el Caribe: bonos demográficos y crecimiento de la relación de dependencia total, 2000-2100



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de National Transfer Accounts (NTA), "Time series indicators" [en línea] <http://ntaccounts.org/web/nta/show/Time%20Series%20Indicators>.

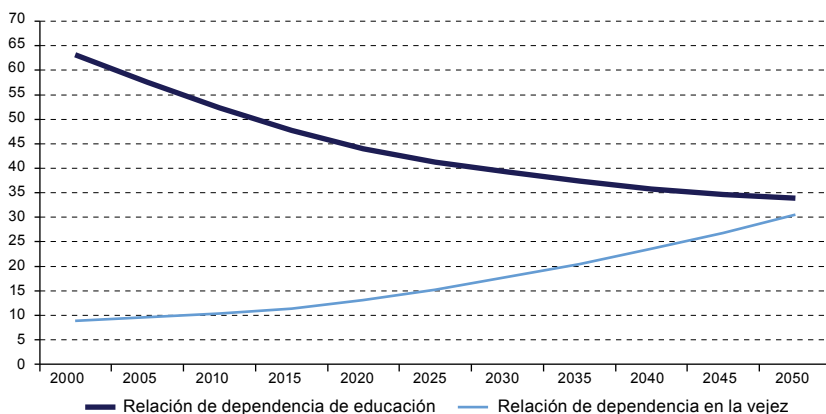
La opinión convencional es que a partir de este último momento la tasa agregada de ahorro bajaría porque disminuiría la proporción de personas que producen más de lo que consumen. Pero también hay otras formas de analizar este fenómeno: al disminuir el tamaño de la fuerza laboral, los países tendrían que apoyarse más en la productividad y fomentar una mayor participación de grupos específicos de población en el mercado del trabajo, como las mujeres, las personas mayores y las personas con discapacidad, así como gestionar de manera eficiente los flujos migratorios (OIT, 2013).

Esta última perspectiva permitiría trascender las nociones simplistas que ven el envejecimiento de la población solo como una amenaza, y da la posibilidad de evaluar las opciones económicas resultantes del cambio de la estructura por edades (Lee y Mason, 2006). En Costa Rica, por ejemplo, Rosero y Robles (2008) estimaron que, para los años venideros, ambos bonos demográficos —especialmente el segundo— ofrecen una interesante plataforma para un crecimiento económico robusto. Le dan como base un crecimiento del 0,5% anual como mínimo, lo que representa un sexto del ansiado crecimiento del 3% anual, que permitiría duplicar el bienestar en el transcurso de una generación.

Las repercusiones económicas del envejecimiento también se reflejarían en una menor presión para financiar la educación. Esto último representa una oportunidad única para mejorar tanto la educación como la formación en el puesto de trabajo ya que, cuando el tamaño de la población más joven (de 15 a 24 años) disminuye, es más fácil financiar políticas destinadas a mejorar sus calificaciones, lo que fomenta la transición de la escuela al trabajo y el aumento de su productividad en el futuro (CELADE, 2014 y 2008).

En el gráfico IV.2 se indica cómo han evolucionado la relación de dependencia de educación y la relación de dependencia de personas mayores. Como se observa, a medida que la segunda se incrementa, la primera disminuye. De acuerdo con estimaciones de CEPAL (2014), para la mayoría de los países de la región la disminución de la relación de dependencia de la educación será de tres veces. Se pasará de una población en edad escolar que era aproximadamente del mismo tamaño que la población en edad de trabajar a otra que será inferior al tercio del tamaño de la población en edad laboral, lo que facilitaría la inversión en la educación sin ningún cambio en la inversión social total. El envejecimiento de la población, por ende, trae aparejado un cambio fundamental y permanente en la economía: la posibilidad de financiar una educación de calidad para todos.

Gráfico IV.2
América Latina y el Caribe: relación de dependencia de educación
y relación de dependencia en la vejez, 2000-2050
 (En porcentajes)

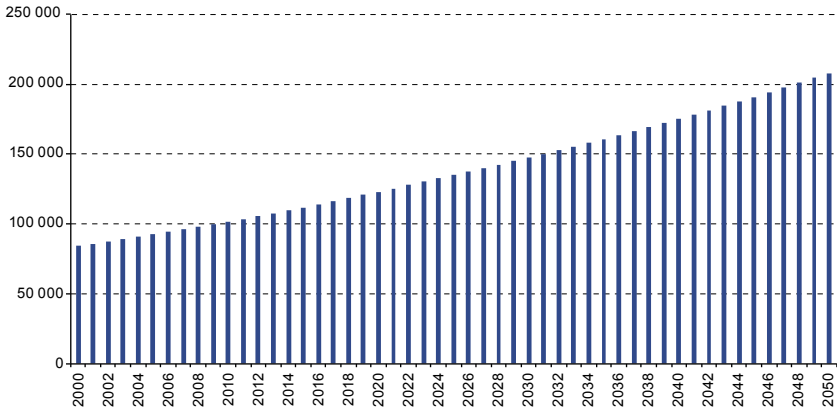


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2017 Revision. Key Findings and Advance Tables* (ESA/P/WP/248), Nueva York, 2017.

El hecho de que el envejecimiento poblacional se convierta en una oportunidad radica en que la riqueza podría aumentar a medida que la población envejece. Asimismo, los incrementos en la esperanza de vida, aunque sean dispares, favorecerían que la población en edad activa y aquella próxima a jubilarse ahorre para su retiro. Esto es especialmente importante en las últimas etapas de la transición a la baja fecundidad, cuando una parte creciente de la población está conformada por personas que están cerca de completar o que han completado sus años de vida activa. Esas personas pueden acumular riqueza para financiar el consumo que exceda el ingreso para sus años de vida restantes. Se le suma a ello un efecto de comportamiento: el aumento en la esperanza de vida y el incremento que acompaña a la duración de la jubilación conduce a un cambio ascendente en el perfil de edad de la riqueza (Naciones Unidas, 2013b).

Esa riqueza puede asumir diferentes formas. Una posibilidad es que los jubilados dependan de transferencias de pensiones públicas y programas de asistencia social (véase el gráfico IV.3). En tal caso, se estaría acumulando riqueza de transferencia como un método de financiación del consumo durante los años de jubilación. Una segunda posibilidad es que los individuos acumulen capital durante sus años de trabajo y que este sirva como fuente de apoyo durante el período de jubilación. Una tercera posibilidad es la tenencia de patrimonio (principalmente viviendas o herencias). Ambas formas de riqueza se pueden usar para lidiar con el déficit del ciclo de vida en edades más avanzadas (Mason, 2007).

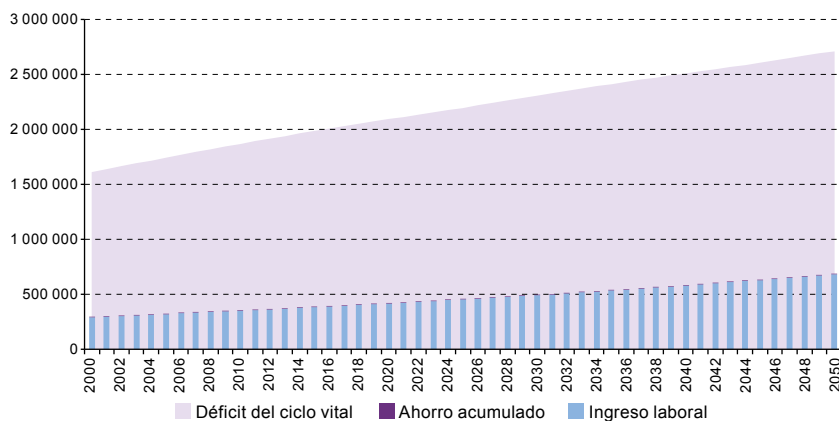
Gráfico IV.3
América Latina y el Caribe: riqueza por pensiones per cápita de la población de 65 años y más, 2000-2050 (anual)
(En dólares de 2010)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de National Transfer Accounts (NTA), "Time series indicators" [en línea] <http://ntaccounts.org/web/nta/show/Time%20Series%20Indicators>.

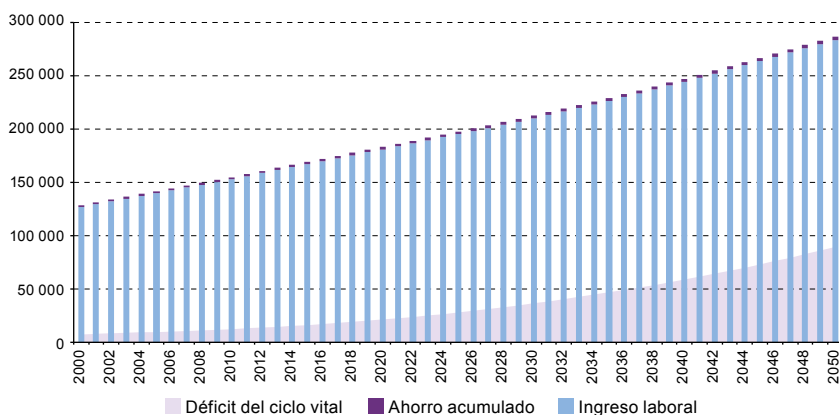
La capacidad o voluntad de ahorrar puede verse socavada por mercados financieros poco desarrollados o por la falta de atención de los gobiernos al contexto demográfico. Los datos presentados en el gráfico IV.3 muestran que la población de 65 años y más que nació en 1935 tendría menos riqueza acumulada por pensiones que aquellas que nacieron en 1965 y que tendrán 65 años en 2030. No obstante, aunque el consumo de la población de 65 años y más no pueda financiarse únicamente con los ingresos por pensión, si se añade la riqueza acumulada durante la vida, el déficit entre el ingreso y el consumo de este segmento de edad baja considerablemente, siendo incluso menor que el de los jóvenes de 25 años (véanse los gráficos IV.4 y IV.5).

Gráfico IV.4
América Latina y el Caribe: resumen del ciclo vital
de la población de 0 a 24 años, 2000-2050
(En dólares de 2010)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de National Transfer Accounts (NTA), "Time series indicators" [en línea] <http://ntaccounts.org/web/nta/show/Time%20Series%20Indicators>.

Gráfico IV.5
América Latina y el Caribe: resumen del ciclo vital
de la población de 65 años y más, 2000-2050
(En dólares de 2010)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de National Transfer Accounts (NTA), "Time series indicators" [en línea] <http://ntaccounts.org/web/nta/show/Time%20Series%20Indicators>.

En el caso de Costa Rica, Rosero y Robles (2008) muestran que el déficit del ciclo de vida entre menores de 20 años equivale a 3,700 millones de dólares, o sea cerca de un tercio de todos los ingresos laborales. Este déficit se financia fundamentalmente (en un 70%) con transferencias privadas en el seno de los hogares. Los resultados obtenidos para las

personas de 65 años muestran un déficit de 723 millones de dólares. Se trata de una fracción equivalente al 19% en comparación con la de los jóvenes. Este déficit se cubre principalmente con transferencias públicas por 520 millones de dólares. En este grupo de edad los ingresos netos de activos son elevados, e incluso hay ahorros netos sustanciales. El 13% de ellos corresponde al valor de vivir en casa propia.

En definitiva, ambos dividendos demográficos serían importantes en todo el mundo. Naciones Unidas (2013b) indica al respecto que para el período 1970-2000, los bonos demográficos, si se hubieran utilizado completamente, habrían contribuido entre un 1% y un 2% al crecimiento de los ingresos por consumidor en los países industrializados, Asia oriental y sudoriental, América Latina, Oriente Medio y África del Norte, y las islas del Pacífico. La mayor parte de esta ganancia potencial habría provenido del segundo bono demográfico en lugar del primero. En cada una de las regiones, el segundo bono excede al primero. En los países industrializados, Asia oriental y sudoriental y economías en transición, el segundo bono fue el doble del primero. En el sur de Asia, el segundo dividendo ascendió a 0,69 puntos porcentuales del crecimiento por año, en comparación con solo 0,10 para el primer dividendo.

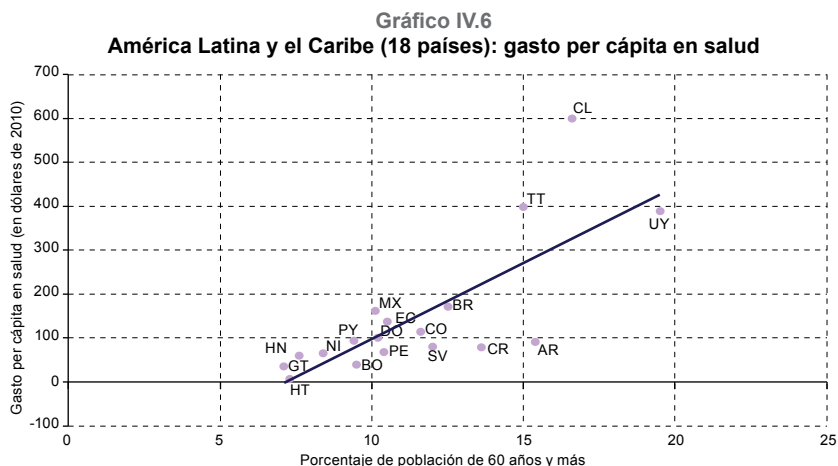
El alcance de los logros reales durante el segundo bono demográfico depende en gran medida de un factor clave: la salud. Se trata de una dimensión esencial para el logro de niveles de productividad más elevados. Las personas sanas y bien nutridas presentan mejores capacidades físicas y mentales para el trabajo, así como tasas más bajas de ausentismo. La salud también tiene un efecto indirecto sobre la productividad, al facilitar el desarrollo cognitivo, la capacidad de aprendizaje y el rendimiento escolar, así como la posibilidad de aprender y adquirir nuevas habilidades (Fogel, 2004).

Al respecto, la mala salud no tiene por qué ser una característica predominante de la edad avanzada. La mayoría de los problemas de salud que se enfrentan en la vejez pueden tratarse o prevenirse con la adopción de hábitos saludables. Otros pueden tratarse con eficacia si se detectan a tiempo, e incluso las personas con disminución de capacidad funcional pueden seguir aportando a la sociedad si se aseguran condiciones de accesibilidad universal (OMS, 2015).

De igual manera, con respecto a los gastos en salud, la OMS (2015) considera que resulta extremadamente difícil predecir cuál será el impacto del envejecimiento de la población en los gastos en atención de la salud. En primer lugar, si bien la vejez en general se asocia con una mayor necesidad de atención, el vínculo entre la necesidad de atención y el uso de los servicios no es muy fuerte. En segundo lugar, los análisis históricos indican que el envejecimiento tiene mucha menos influencia en el aumento de los gastos en salud que otros factores. Por ejemplo,

una investigación realizada en los Estados Unidos entre 1940 y 1990 (un período de crecimiento considerablemente más rápido de la proporción de personas mayores en la población que el registrado desde entonces) mostró que el envejecimiento solo contribuiría a alrededor del 2% del aumento de los gastos en salud observado en ese período. En comparación, los cambios en la práctica relacionados con la tecnología fueron responsables de entre el 38% y el 65% del crecimiento, el aumento de precios, de entre el 11% y el 22%, y el incremento del ingreso del personal, de entre el 5% y el 23%.

En el gráfico IV.6 se muestra el gasto per cápita en salud (en dólares de los Estados Unidos a precios constantes de 2010) y su relación con el porcentaje de población de 60 años y más en 18 países de la región. Aquellos con un elevado porcentaje de personas mayores como el Uruguay, Chile, y Trinidad y Tabago gastan más en salud que los demás, pero otros como la Argentina, el Brasil y Costa Rica —que están por encima del promedio— mantienen un gasto en salud moderado. En el caso de la Argentina y el Brasil se trata de países con amplios niveles de cobertura de atención en salud. El resto de los países se agrupa de manera heterogénea y se aprecia que el Perú, Colombia, la República Dominicana, México y el Ecuador tienen un gasto equivalente entre la mitad y un quinto de lo que destina el Uruguay, a pesar de tener un porcentaje de población superior al 10%.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2017 Revision. Key Findings and Advance Tables (ESA/P/WP/248)*, Nueva York, 2017; Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019: la protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible*, Ginebra, 2017.

Además, hay que considerar que a raíz del envejecimiento de la población, la necesidad de personal de salud se incrementa en un escenario donde su escasez se convierte en una limitación para alcanzar el ODS 3

sobre cobertura universal de salud. En el caso de la región de las Américas, la OIT (2017a) estima que el potencial de empleo adicional para cumplir con el ODS 3 es de 4.111.000 trabajadores. Si estos puestos de trabajo se combinan con sueldos dignos, seguridad social y derechos laborales, generarían importantes rendimientos de la inversión, especialmente en los países con grandes déficits en la cobertura de salud y mercado de trabajos informales.

En relación con los cuidados de largo plazo, su provisión se encuentra entre los campos de más rápido crecimiento del mercado. En los Estados Unidos se valoró en más de 333.700 millones de dólares en 2016, y se prevé que crezca a una tasa anual del 6,4% hacia 2024, hasta alcanzar la cifra de 549.700 millones de dólares en dicho año (Grand View Research, 2017). Se trata de un sector que crea un gran número de puestos de trabajo. De acuerdo con la oficina de estadísticas laborales de los Estados Unidos, las proyecciones de ocupación en atención domiciliaria indican que el cuidado genera más empleo que cualquier otra, previéndose la creación de 633.100 nuevos puestos de trabajo antes de 2024. Según estimaciones de la AARP (asociación estadounidense de personas jubiladas), en 2013 el valor económico de los cuidados de largo plazo brindados por las familias ascendió a 470.000 millones de dólares. Se trata por ende de una cifra superior al gasto de Medicaid en el mismo año, que fue de 449.000 millones de dólares, equivalente a cuatro veces el gasto de Medicare en 2013 (123.000 millones de dólares) (Reinhard y otros, 2015).

En este escenario, más que concentrarse únicamente en el crecimiento de la demanda de cuidados de largo plazo producto del envejecimiento de la población, hay que estimar el creciente aporte al empleo que las labores de atención de las personas mayores pueden representar para la economía de muchos países. Por ejemplo, teniendo en cuenta el envejecimiento de la población y la disminución prevista de la disponibilidad de cuidadores familiares, se estima que la demanda de cuidados de largo plazo en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) dará lugar a una duplicación en el número de trabajadores del cuidado a largo plazo como porcentaje de la población activa para 2050 (Colombo y otros, 2011). En el caso de América Latina y el Caribe, si se toma como referencia el patrón de los Estados Unidos, donde el 70% de la población que alcanza los 65 años de edad necesitará cuidados de largo plazo en algún momento de su vida, la cifra de aquellos que necesitarían cuidados de largo plazo alcanzaría los más de 33 millones de personas que en junio de 2015 habían cumplido 65 años, por lo que serían necesarios más de 57 millones de cuidadores.

En definitiva, el crecimiento de la población adulta mayor trae consigo oportunidades que se deben aprovechar. Para ello se necesita colocar los cimientos que hagan eso posible. Es indispensable acelerar la creación de empleo, garantizando que el desarrollo de capital humano y el crecimiento

económico generador de puestos de trabajo sean suficientes para absorber la mano de obra en todos los niveles de ingresos. Se deben eliminar los obstáculos a la participación de las mujeres en el mercado laboral, dado que en él persiste la brecha de género. Hay que favorecer la aplicación de políticas sólidas en el ámbito financiero para ayudar a movilizar el ahorro privado a fin de impulsar las inversiones. De igual manera, será cada vez más apremiante la necesidad de elevar la participación de las personas de edad avanzada en el mercado laboral, como lo está haciendo Europa, a medida que avance el envejecimiento (Banco Mundial, 2016; OIT, 2017a; CEPAL, 2018a).

B. Ampliación de la seguridad de ingresos en la vejez

En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, la titularidad y garantía de derechos en lo que respecta a la seguridad de ingresos durante toda la vida sigue siendo un asunto pendiente de la agenda social, y aunque ha habido avances importantes, gran parte de la población continúa viviendo la incertidumbre económica como una de las facetas más preocupantes de su vida cotidiana.

En este apartado se presenta información acerca de la situación de las personas mayores en lo que respecta a la seguridad de ingresos en la vejez. Publicaciones recientes de la CEPAL y de la OIT permiten contar con una amplia cantidad de datos actualizados que contribuyen a detectar lagunas y brechas en materia de protección.

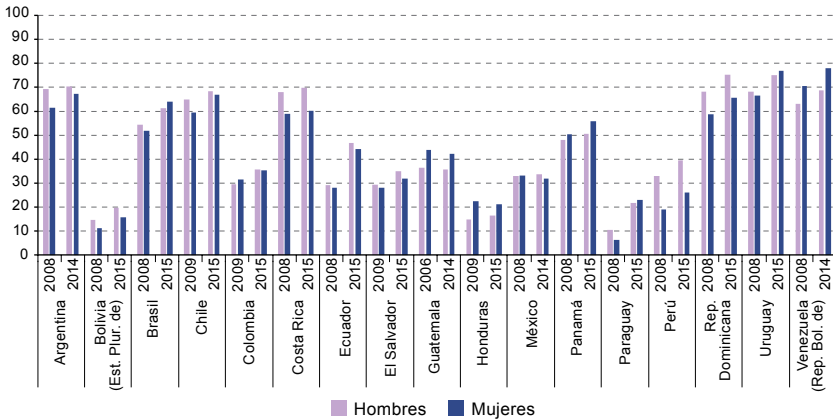
1. Cobertura contributiva

Las distintas realidades sociolaborales de los países muestran que existe una marcada heterogeneidad regional en materia de cobertura contributiva de la seguridad social. Entre 2008 y 2015, el porcentaje de trabajadores cotizantes o afiliados a sistemas de pensiones aumentó del 44,7% al 50,3%. Entre los trabajadores asalariados, esa cifra pasó del 59,7% al 64,7%, un incremento de cinco puntos porcentuales. Sin embargo, aunque se produjo un aumento en el nivel de afiliación de los trabajadores no asalariados en 14 países de la región, hacia 2015 este era inferior al 18%. Pese a que el nivel de acceso a los sistemas de pensiones entre los trabajadores no asalariados es bajo en toda la región, en algunos países la situación es algo más favorable, pues se observan importantes diferencias en la cobertura. Al respecto, destaca la situación del Uruguay, país en que se registra un 42,9% de trabajadores no asalariados que cotizan en el sistema de pensiones, seguido por Costa Rica (39,2%) y el Brasil (30,6%) (CEPAL, 2018b).

Con relación a las brechas de género en la cobertura contributiva, los avances han sido magros. En 2015, este indicador era menor en las mujeres que en los hombres, excepto en cuatro países (Brasil, Panamá, Uruguay y

Venezuela (Rep. Bolivariana de)). La brecha entre ambos sexos sigue siendo amplia, incluso en países con coberturas superiores al promedio simple (véase el gráfico IV.7). En la Argentina y Chile, la cobertura contributiva de las mujeres continúa siendo menor que la de los hombres, aunque las diferencias son reducidas. En cambio, en Costa Rica, la disparidad entre hombres y mujeres llega a casi diez puntos porcentuales a favor de los primeros. En los países que están por debajo del promedio regional, las diferencias son más pronunciadas. Entre ellos, destacan los casos del Estado Plurinacional de Bolivia y El Salvador.

Gráfico IV.7
América Latina (17 países): afiliación o cotización de los ocupados a los sistemas de pensiones según sexo, alrededor de 2008 y 2015
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG).

La cobertura contributiva también muestra diferencias importantes según el área de residencia, el nivel de educación y los ingresos de la población. En 2015, el 55% de la población urbana de 17 países de la región estaba adscrito a un régimen de seguridad social. La cifra baja al 22% en las áreas rurales. El 66,5% de la población con educación secundaria completa y postsecundaria estaba afiliada a los sistemas de seguridad social. Hay una diferencia de 30 puntos porcentuales con respecto a la población con secundaria incompleta y de 50 en relación con aquella con primaria incompleta. La cobertura contributiva en el decil más rico era nueve veces superior con respecto a aquella que se ubica en el decil más pobre, donde no alcanza al 10%. En los sectores de productividad media y alta, la afiliación a la seguridad social es del 69% del total. Un porcentaje seis veces más alto que entre los trabajadores independientes y cuatro veces más elevado que entre las personas que se dedican al servicio doméstico.

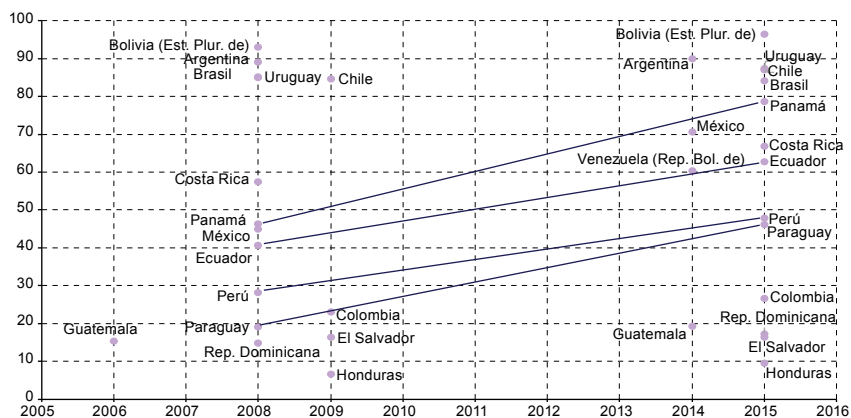
a) Ingresos por pensiones y jubilaciones

En 2015, un tercio de la población de 65 años y más de América Latina —lo que equivale a alrededor de 14.690.000 personas mayores— no tuvo ingresos provenientes de la seguridad social. De acuerdo con la información disponible en las encuestas de hogares, el 70,8% de la población latinoamericana de 65 años y más recibía algún tipo de pensión —con una tendencia al alza en el tiempo— por la vía contributiva, no contributiva o ambas. La cobertura total de pasivos habría aumentado 8,3 puntos porcentuales entre 2008 y 2015. Según los datos nacionales disponibles, una parte importante de ese aumento se explica por la expansión de los sistemas de pensiones no contributivas (CEPAL, 2018b; OIT, 2017a).

Los mayores incrementos de cobertura se dieron en el Perú (19,6%), el Ecuador (22,1%), México (25,6%), el Paraguay (27,1%) y Panamá (32,2%). Todos esos países se encontraban por debajo del promedio regional en 2008 pero gracias a la implementación de programas de pensiones no contributivas lograron ampliar la seguridad de ingresos en la vejez (véase el gráfico IV.8). La situación de otros países como Guatemala, Honduras y la República Dominicana es preocupante, dado que presentaban niveles de cobertura inferiores al 15% al inicio del período en estudio (2008) y en 2015 experimentaron un incremento de menos de 5 puntos porcentuales.

Gráfico IV.8

América Latina (17 países): percepción de pensiones totales, contributivas y no contributivas entre las personas de 65 años y más, alrededor de 2008 y 2015
(En porcentajes)



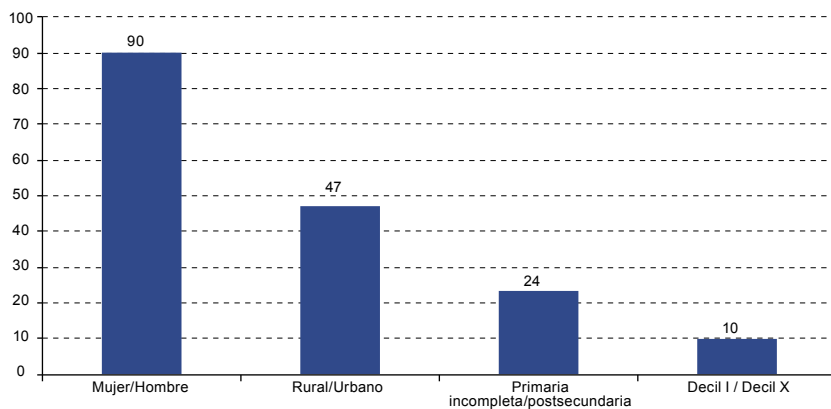
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG).

En general, persisten importantes deficiencias y una considerable heterogeneidad regional en cuanto a la suficiencia de prestaciones, cobertura efectiva, gasto público en seguridad social y funcionamiento

del sistema. La información disponible correspondiente a 17 países en 2015 muestra que la brecha de percepción de pensiones entre el primer y último quintil de ingreso alcanza a un 27%. Ella es más baja según nivel de educación (11,6%) y zona de residencia (3,1%). En ambos casos, las pensiones no contributivas son las que han disminuido las diferencias de cobertura entre 2002 y 2015. En las zonas rurales, el 63% de la población de 65 años y más recibe una pensión no contributiva, y en el quintil más bajo de ingresos este porcentaje es del 55,3%. Además, se presentan disparidades en los montos de las pensiones medias mensuales recibidas por las personas de 65 años y más, según el sexo, el área de residencia, el nivel educacional y el decil de ingreso. Las más elevadas son las desigualdades entre hombres y mujeres (véase el gráfico IV.9).

Gráfico IV.9

América Latina: disparidades en los montos de las pensiones medias mensuales, recibidas por las personas de 65 años y más, según el sexo, el área de residencia, el nivel educacional y el decil de ingreso, alrededor de 2015
(En porcentajes)



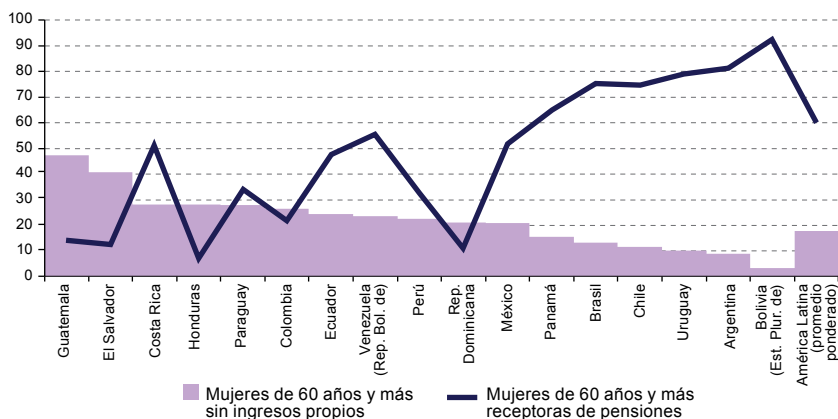
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama Social de América Latina, 2017* (LC/PUB.2018/1-P), Santiago, 2018.

Las disparidades de cobertura de los sistemas de seguridad social en algunos países dan lugar a una marcada desprotección, que se expresa en el hecho de que una parte considerable de la población de 60 años y más no recibe ingresos propios, un fenómeno más evidente en el caso de las mujeres que en el de los hombres. Aunque la situación ha mejorado a partir de 2012, cuando el 25% de las mujeres mayores latinoamericanas no tenía ingresos propios, los sistemas de protección social siguen enfrentando importantes desafíos. Según la información disponible más reciente, la proporción de mujeres de 60 años y más que carecen de ingresos propios en América Latina alcanza el 17,8%, lo que equivale a más de seis millones de mujeres mayores.

En los países que cuentan con una matriz de seguridad social de tendencia universal y en los que se han llevado a cabo acciones de protección de la vejez, se observa en general que esas cifras disminuyen.

En la Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Chile y el Uruguay, por ejemplo, la proporción de mujeres sin ingresos propios en el tramo de edad de 60 años y más no alcanza el 15%. Sin embargo, en algunos países se observa que estas cifras son aún elevadas, como en el caso de Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y el Paraguay, donde el porcentaje de mujeres mayores sin ingresos es superior a un cuarto de la población femenina mayor (véase el gráfico IV.10).

Gráfico IV.10
América Latina (17 países): proporción de mujeres de 60 años y más sin ingresos propios y proporción de mujeres de 60 años y más que son receptoras de pensiones, alrededor de 2015^{a,b}
(En porcentajes)



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

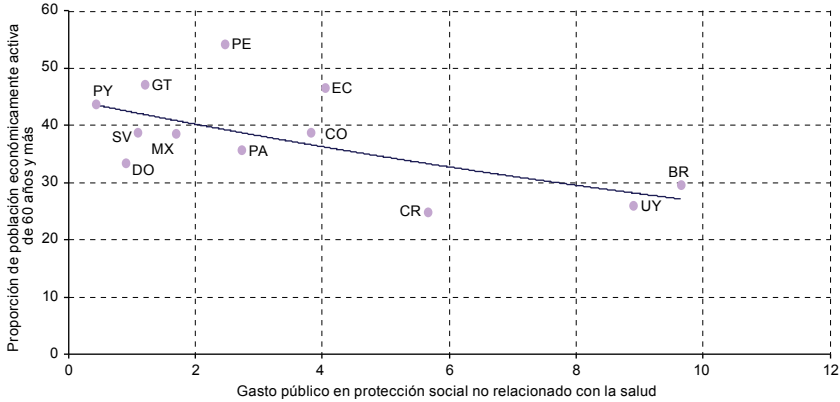
^a Los datos corresponden a 2015, excepto en los casos de la Argentina, Guatemala, México, Nicaragua y Venezuela (República Bolivariana de), en que corresponden a 2014.

^b Los datos corresponden al total nacional, excepto en el caso de la Argentina, en que corresponden a 31 aglomerados urbanos.

b) Participación económica

Las limitaciones en la cobertura de seguridad social inciden de manera importante en la posibilidad de que las personas mayores continúen trabajando después de la edad de jubilación. Un informe reciente de OIT/CEPAL (2018) indica que un elevado porcentaje de las personas mayores se ve obligado a seguir trabajando al no percibir una pensión. Por otra parte, existe un segmento minoritario de personas —por lo general, con mayores niveles de educación— que siguen insertas en el mercado laboral por preferencia individual, incluso aunque perciban una pensión. En efecto, como se aprecia en el gráfico IV.11, la población económicamente activa de edad avanzada se incrementa a medida que el gasto en protección social disminuye. Entre los países analizados, la proporción de población económicamente activa adulta mayor es muy elevada en el Perú, Guatemala y el Paraguay, donde supera el 40%. Este último país tiene un gasto per cápita en protección social equivalente a menos del 5% del que invierte el Brasil.

Gráfico IV.11
América Latina (12 países): población económicamente activa de 60 años y más
y gasto público en protección social no relacionado con la salud
(En porcentajes)



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

La participación económica de la población de 60 años y más es heterogénea. En los hombres mayores oscila entre el 35,8% en el Uruguay y el 70,2% en Guatemala, mientras que en las mujeres mayores varía entre el 12,4% en Costa Rica y el 47,0% en el Estado Plurinacional de Bolivia. Según el área geográfica, se observa que la mayor participación económica de la población adulta mayor masculina ocurre en el área rural, con la excepción de Chile². Entre la población femenina adulta mayor, la situación es diversa: mientras que en Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Colombia, el Ecuador, Honduras, México, Panamá, el Paraguay, el Perú y el Uruguay la participación económica de las mujeres mayores es más elevada en el área rural, en Chile, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y la República Dominicana se aprecia una situación inversa.

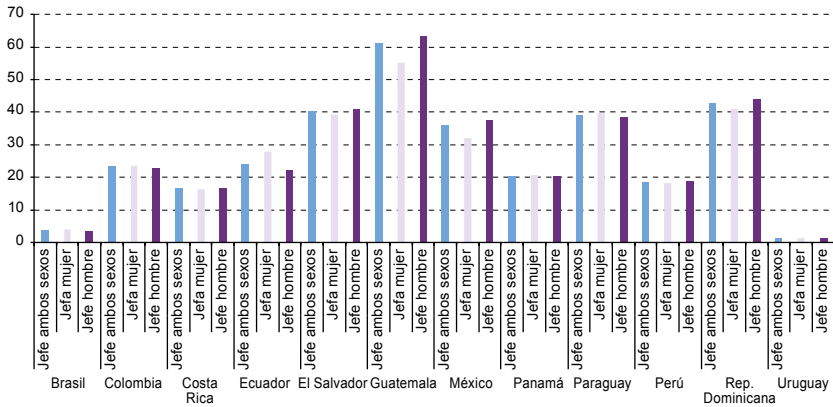
c) Pobreza

La puesta en práctica de un conjunto básico de seguridad de los ingresos repercute en la economía nacional por medio de la reducción de la pobreza (OIT, 2013). En este marco, sea cuales fueren las condiciones en que se llega a la vejez, el acceso a una pensión —de carácter contributivo o no contributivo— establece la diferencia en la posibilidad de sobrellevar o superar las situaciones de pobreza, en especial cuando las personas mayores se ven sometidas a circunstancias ajenas a su control. Las cifras demuestran claramente esta afirmación (véase el gráfico IV.12). En países donde la cobertura de seguridad social es elevada —el Uruguay y el Brasil, principalmente— las personas mayores y los hogares con jefatura de edad avanzada tienen menos

² En el caso de la Argentina solo se dispone de información del área urbana.

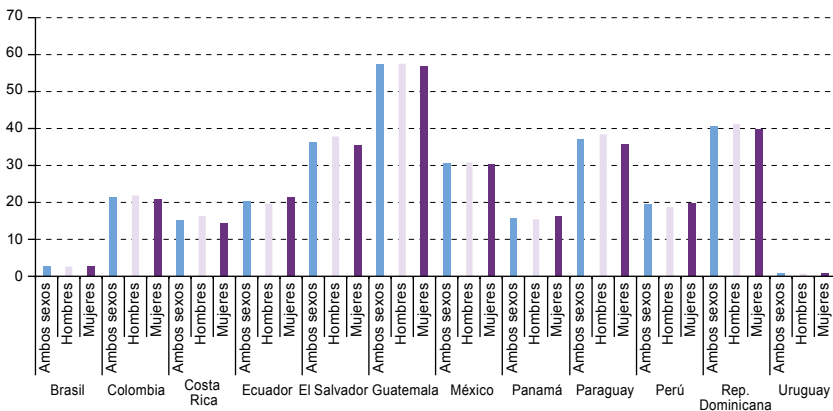
probabilidad de ser pobres que en otros donde las coberturas de seguridad social son bajas —véase Guatemala y la República Dominicana. En estos dos países más de cuatro de cada diez personas mayores se encuentran en situación de pobreza, siendo ella más frecuente a nivel de hogares que de personas.

Gráfico IV.12
América Latina (12 países): hogares en situación de pobreza con jefe de hogar de 65 años y más según sexo, 2014
(En porcentajes)



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

Gráfico IV.13
América Latina (12 países): personas de 65 años y más en situación de pobreza según sexo, 2014
(En porcentajes)



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

C. Mejora y expansión de la protección en materia de salud

Favorecer un envejecimiento saludable resulta de fundamental importancia para aprovechar el segundo bono demográfico y avanzar en el cumplimiento de los ODS. En la Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020 de la OMS (2016) se define el envejecimiento saludable como el proceso que fomenta la capacidad funcional, entendida como los atributos relacionados con la salud que permiten a la persona ser y hacer lo que valore. Ello supone generar entornos adaptados a las personas mayores, adecuar los sistemas de salud a sus necesidades y reducir las desigualdades que afectan a las más desfavorecidas, que tienen una peor salud y una esperanza de vida más baja.

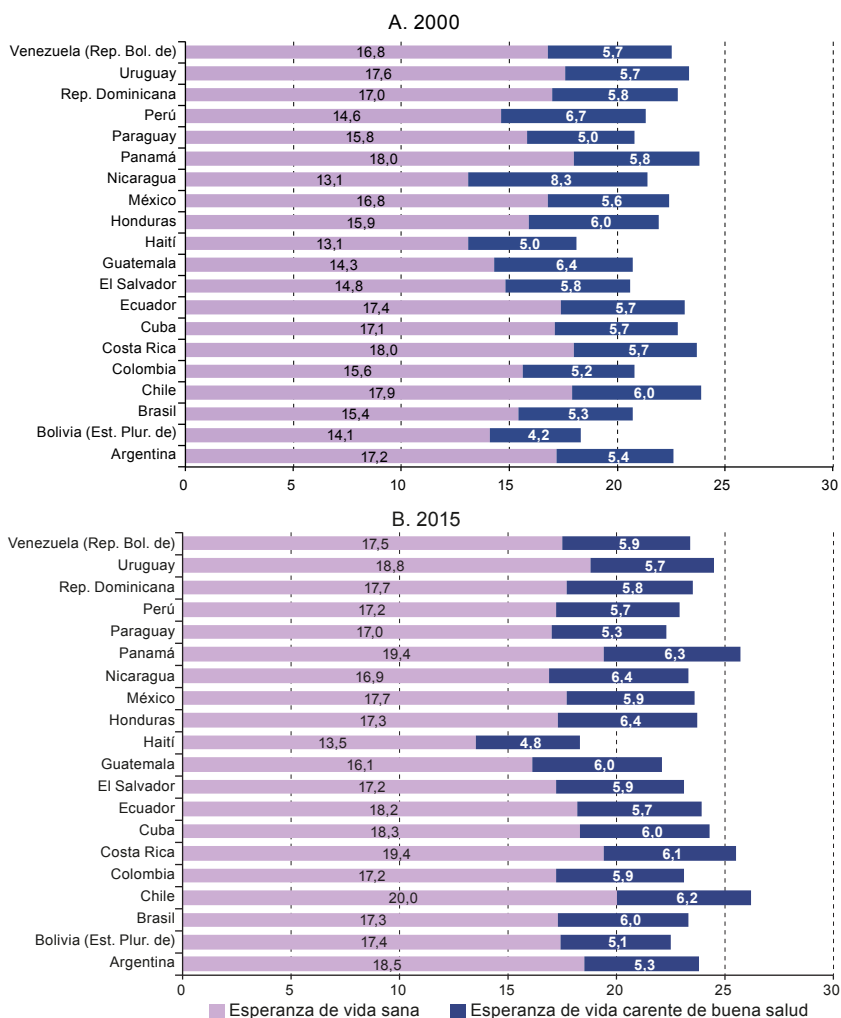
El ODS 3, relativo a garantizar vidas saludables y promover el bienestar en todas las edades, reconoce que las necesidades y consideraciones de la salud evolucionan a lo largo de la vida. Para avanzar en este objetivo, diversos organismos internacionales han centrado su atención en las brechas que afectan a determinados grupos sociales, como las personas de edad avanzada, que tienen mayores necesidades de atención médica que los jóvenes y también suelen enfrentar serias desventajas para acceder a los servicios apropiados (Naciones Unidas, 2017).

En este apartado se presentan las condiciones generales de salud de la población adulta mayor en América Latina y el Caribe con base en la última información disponible. Con respecto a 2000 se puede indicar que en la actualidad hay más datos disponibles sobre la salud de las personas mayores; sin embargo existen amplios vacíos que requieren una acción más proactiva de las instituciones nacionales de personas mayores, organizaciones sociales y organismos internacionales para seguir profundizando en el conocimiento de su situación, que permitan sobre todo hacer visibles las brechas que existen en relación con la cobertura universal de la salud para incluir en las diferencias de edad en el seguimiento de los ODS.

1. Años de vida saludable

Una forma de acercarse a la magnitud del desafío al que deben hacer frente los países para mejorar el acceso universal a la salud es mediante el promedio de años que la población de 60 años y más espera vivir con alguna enfermedad, que se ha incrementado entre 2000 y 2015. En el gráfico IV.14 se presenta la desagregación de la esperanza de vida a los 60 años en esperanza de vida sana y esperanza de vida carente de buena salud a esa misma edad para ambos períodos. En más de la mitad de los países estudiados aumentó el número de años que vivía una persona mayor con alguna discapacidad o limitación. En el Ecuador, la República Dominicana y el Uruguay, la esperanza de vida carente de salud se ha mantenido entre 2000 y 2015, mientras que en la Argentina, Guatemala, Haití, Nicaragua y el Perú se ha registrado un descenso, con una variación de entre 0,1 y 1,9 años.

Gráfico IV.14
América Latina y el Caribe (20 países): esperanza de vida sana
y carente de buena salud a los 60 años, 2000 y 2015
(En años)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), datos del Observatorio Mundial de la Salud [base de datos en línea] <http://www.who.int/gho/database/es/>.

En las estimaciones sobre la base de la aplicación del método de Sullivan para el cálculo de la esperanza de vida libre de discapacidad a partir de los datos censales de la década de 2010, así como en las tablas de mortalidad elaboradas por las oficinas nacionales de estadística, se aprecia que las dificultades o limitaciones que más afectan a la población de 60 años y

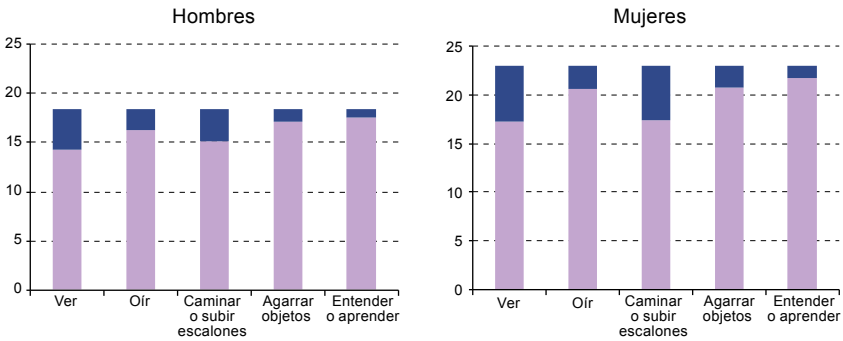
más son aquellas para ver, caminar o subir gradas, y oír. Al hacer un análisis por sexo, se observa con claridad que las mujeres son las que viven por más tiempo con alguna dificultad o limitación, lo que incide directamente en su calidad de vida. Cabe destacar que, en el caso de la dificultad o limitación para ver, en el Brasil y la República Dominicana la esperanza de vida libre de discapacidad femenina es casi igual a la masculina (véase el gráfico IV.15).

De igual manera, el indicador de años de vida perdidos resulta relevante para ilustrar disparidades. Se trata de una medida de los trastornos que causan la muerte de las personas mayores y de los años potenciales de vida que, en promedio, estos trastornos les quitarán (OMS, 2015). En la edad avanzada, las enfermedades no transmisibles han sustituido a las enfermedades transmisibles como la principal causa de morbilidad, discapacidad y muerte. Las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias malignas, la diabetes, las enfermedades respiratorias y las relacionadas con los órganos sensoriales se han convertido así en los principales factores de defunción temprana (véase el gráfico IV.16).

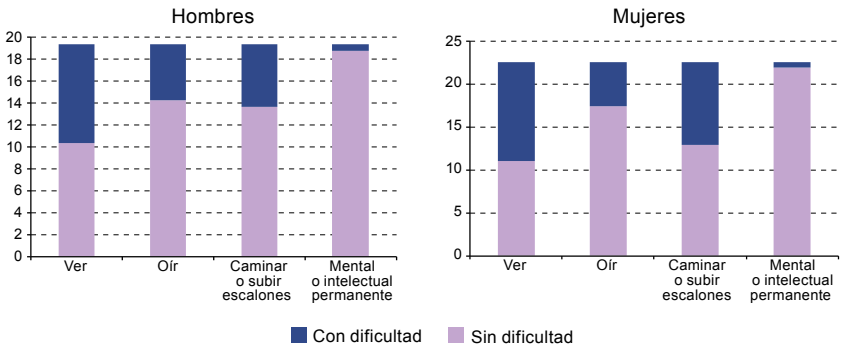
Gráfico IV.15

América Latina (5 países): esperanza de vida libre de discapacidad y esperanza de vida con algún grado de discapacidad a los 60 años, por sexo, censos de la década de 2010 (En años)

A. Argentina



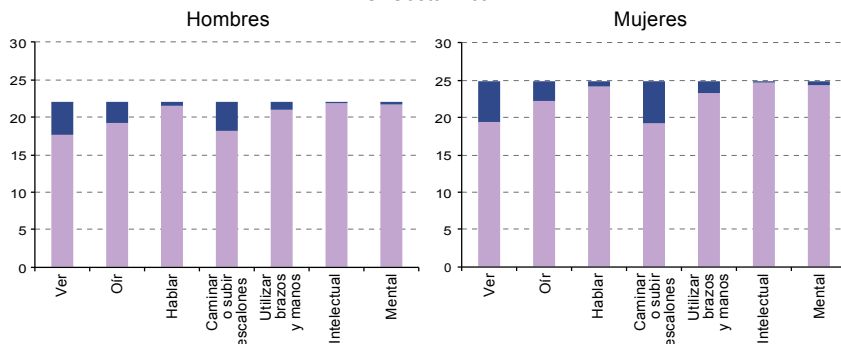
B. Brasil



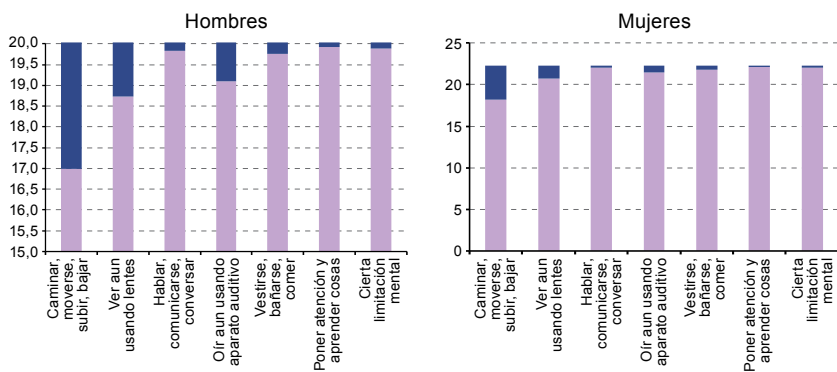
■ Con dificultad ■ Sin dificultad

Gráfico IV.15 (conclusión)

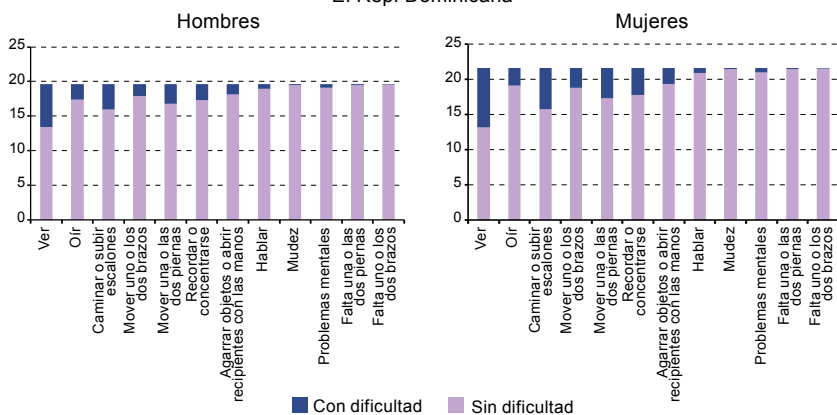
C. Costa Rica



D. México

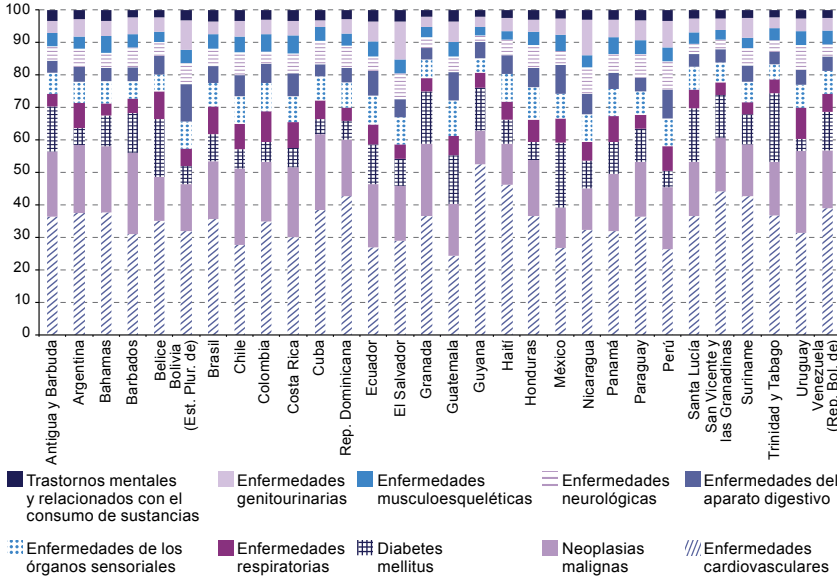


E. Rep. Dominicana



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos censales correspondientes a la década de 2010 y tablas de mortalidad publicados por las oficinas nacionales de estadística de los respectivos países.

Gráfico IV.16
América Latina y el Caribe: años de vida perdidos de la población de 60 años y más por enfermedades no transmisibles cada 100.000 habitantes, 2010
(En porcentajes)



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), Datos del Observatorio Mundial de la Salud [base de datos en línea] <http://www.who.int/gho/database/es/>.

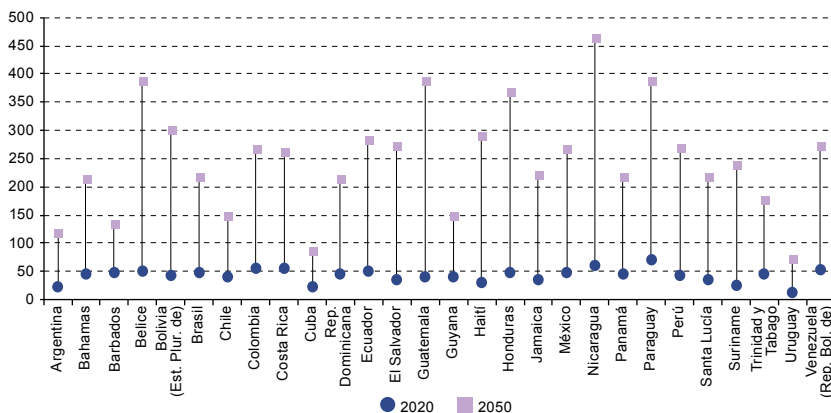
a) Dependencia

El descenso de la mortalidad en los países de la región, junto con los cambios en los patrones de enfermedad que están afectando a la población y que continuarán en las próximas décadas, darán lugar a un incremento significativo del número de personas mayores con trastornos crónicos graves y/o discapacidades que exigirán cuidados diarios. En 2002 la OMS realizó proyecciones del número de personas con dependencia severa, en virtud de las cuales aquellas de 60 años y más representan una cantidad importante. Se estima que en 2020 en América Latina y el Caribe más de 10 millones de personas mayores sufrirán de dependencia severa, por lo que requerirán asistencia diaria para la realización de sus actividades cotidianas. En 2030 el número ascenderá a 14 millones y en 2050 prácticamente se habrán duplicado con respecto a 2030, alcanzando a 22 millones de personas de 60 años y más.

El comportamiento de los países de la región con relación a este indicador sería distinto en cada uno de ellos. Nicaragua, Guatemala, Belice, Honduras y el Paraguay tendrán un incremento de la prevalencia de dependencia severa de la población adulta mayor muy superior al resto de los países. En todos estos casos se trata de países que se encuentran en una fase de envejecimiento incipiente y moderado. Por el contrario, en el Uruguay, Cuba y Barbados el crecimiento de la prevalencia de la

dependencia severa en la población adulta mayor será equivalente a la mitad del promedio regional. Todos esos países se encuentran en una fase avanzada del proceso de envejecimiento. Las estimaciones para estos países pueden estar influenciadas por factores tales como el diagnóstico precoz, las mejoras en procedimientos médicos, tratamientos farmacológicos de enfermedades reumáticas y cardiovasculares, las cataratas, los reemplazos de cadera y rodilla, además de las mejoras en la educación³.

Gráfico IV.17
América Latina y el Caribe (28 países): incremento de la prevalencia de la dependencia severa en la población de 60 años y más, 2020-2050
 (En porcentajes)



Fuente: Organización Mundial de la Salud/Institute for Alternative Futures (OMS/IAF), *A Long-Term Care Futures Tool-Kit: Pilot Edition*, Ginebra, 2002.

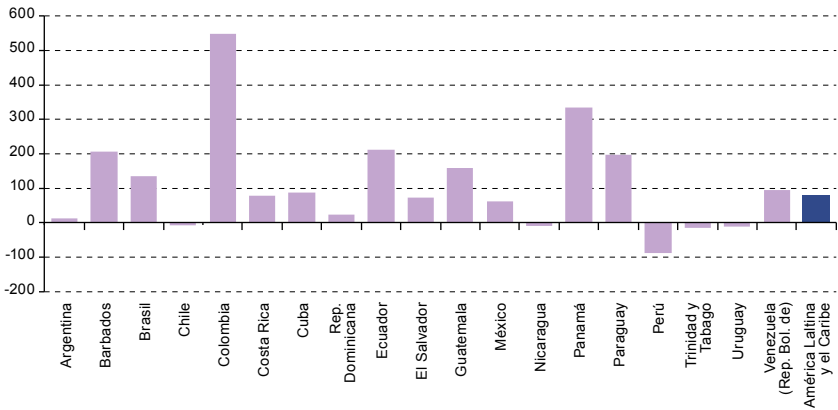
b) Causas de muerte

Entre las diez primeras causas de muerte de la población adulta mayor cabe destacar las enfermedades mentales y neurológicas —entre las que se encuentra la enfermedad de Alzheimer—, que representan uno de los principales retos para la salud en la actualidad. Se estima que la prevalencia actual de la demencia es del 6,4% en las Américas y se prevé un incremento proporcional del 67% antes de 2030 y del 216% para 2050 (OMS, 2015). En México la prevalencia de la demencia es de 7,2 por mil y en Chile alcanza a 11,7 por mil (OECD, 2017). Este tipo de enfermedad conlleva enormes consecuencias personales, sociales y económicas, al provocar un aumento de los costos de los cuidados a largo plazo para los gobiernos, las comunidades, las familias y las personas, así como pérdidas de productividad en las economías. Se estima que el costo regional de la atención de las personas con demencia en 2010 superó los 46.000 millones de dólares. Los costos más elevados son los correspondientes a la asistencia social informal (35%), seguidos de los costos médicos directos (34%) y los de asistencia social (31%) (ADI, 2016).

³ Véase Red de Mayores Saludables (REDMS), Observatorio de Salud y Envejecimiento [en línea] <http://observatorio.mayoressaludables.org/>.

Según datos de la OMS correspondientes a 2015 la incidencia de muertes por Alzheimer y otras demencias en la población de 75 años y más se incrementó con relación a 2007. En el promedio de los 19 países de la región, este indicador aumentó en un 78% en ocho años. Entre los países donde este aumento fue más significativo se encuentran Colombia, Panamá y el Paraguay. Entre aquellos donde se registraron descensos se ubican el Perú, Trinidad y Tabago y el Uruguay (véase el gráfico IV.18).

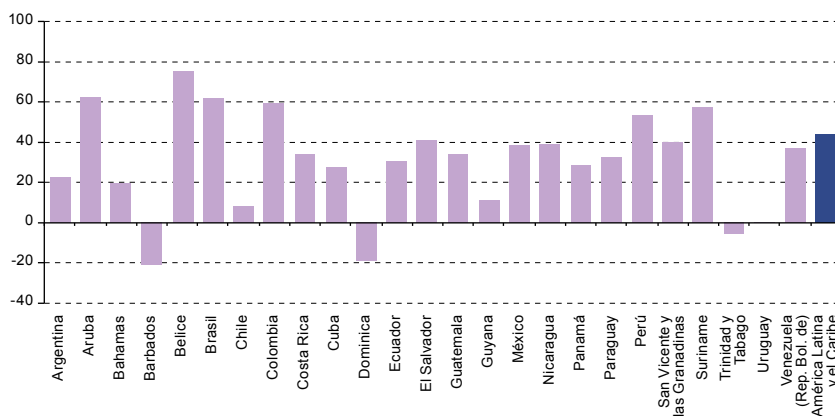
Gráfico IV.18
América Latina y el Caribe (19 países): variación de muertes por Alzheimer y otras demencias de la población de 75 años y más, entre 2007 y último año disponible
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2016*, Washington, D.C., 2016.

Las enfermedades respiratorias son una causa de morbilidad y muerte que afecta también de manera particular a las personas mayores. De hecho, pueden representar el motivo más frecuente de consulta en la atención primaria en salud para este grupo de edad. La OMS pronostica que, lejos de disminuir, la frecuencia de muchas de estas enfermedades aumentará en un futuro inmediato. Ellas constituyen un problema de salud pública debido a su alta prevalencia y costo. En 30 países de la región, la muerte por enfermedades respiratorias de personas de 75 años y más aumentó de 158.000 en 2007 a 228.000 en 2015. Los índices más elevados se registraron en el Brasil, Colombia y El Salvador en Latinoamérica, y Aruba y Suriname en el Caribe de habla inglesa. Por su parte, solo tres países del Caribe angloparlante disminuyeron la mortalidad por esta causa entre 2007 y 2015: Trinidad y Tabago, Barbados y Dominica (véase el gráfico IV.19).

Gráfico IV.19
América Latina y el Caribe (25 países): muertes por enfermedades del sistema respiratorio de la población de 75 años y más, 2007 y último año disponible
 (En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2016*, Washington, D.C., 2016.

En muchas ocasiones, la muerte temprana en la vejez causada por este tipo de enfermedades transmisibles está asociada a la pobreza y la desigualdad. Las dificultades para acceder a los servicios de atención de la salud aumentan a medida que disminuye el nivel socioeconómico de las personas mayores, por lo que aquellas con un nivel socioeconómico más bajo tienen más probabilidades de morir por causas prevenibles. Por ejemplo, en los territorios indígenas de México, según datos de la Dirección Nacional de Epidemiología, las enfermedades prevenibles siguen siendo el tipo de enfermedad que más muertes causa, y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) afirma que las personas mayores indígenas viven el “último tramo del ciclo de vida subsistiendo en condiciones poco dignas, que se sintetizan en pobreza, soledad, enfermedad y marginación” (Ramos, 2015).

c) Factores de riesgo

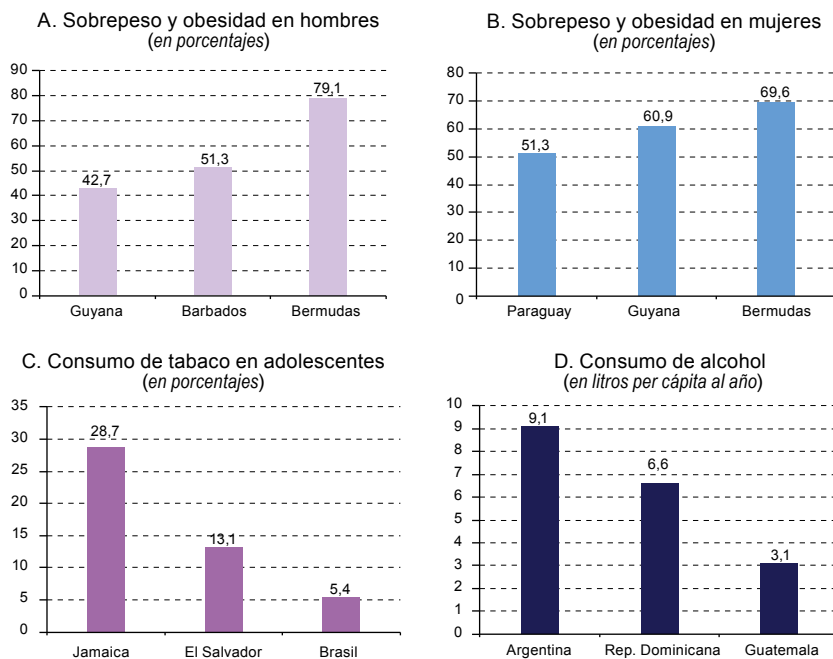
En el 2012, una persona de 30 años que vivía en la región de las Américas tenía una probabilidad del 15,6% de morir a causa de una de las cuatro enfermedades no transmisibles principales antes de cumplir 70 años (o probabilidad incondicional de morir entre las edades de 30 a 70 años por al menos una de esas cuatro enfermedades). Esta probabilidad varía entre las subregiones, desde 19,3% en el Caribe de habla inglesa al 13,8% en el Área Andina (OPS/OMS, 2016). Algunos de los principales factores de riesgo que explican el aumento de este tipo de enfermedades y el probable incremento de la dependencia en el futuro son los hábitos de vida poco saludables.

Al respecto, dos de los principales factores de riesgo que presenta la población de América Latina y el Caribe son el sobrepeso y la obesidad, que afecta a más del 55% de las personas (58,3% de las mujeres y el 57% de los hombres). Ello está directamente relacionado con la falta de actividad física de los adultos, que alcanza al 31,2% del total, siendo más importante entre las mujeres (35,3%) que entre los hombres (27,1%).

La prevalencia de fumadores en adultos es del 15,8%, siendo más frecuente entre los hombres (21,4%) que entre las mujeres (10,5%). El consumo de tabaco entre los adolescentes es también más habitual en los hombres (13,7%) que entre las mujeres (11,8%).

La diferencia entre los países de la región con relación a la presencia de factores de riesgo es amplia. Por ejemplo, mientras que el sobrepeso y la obesidad en hombres es del 42,7% en Guyana, la prevalencia sube al 79,1% en Bermuda. Lo mismo ocurre con el consumo de tabaco en adolescentes, que en el Brasil alcanza al 5,4% mientras que en Jamaica asciende al 28,7%. Con relación al consumo de alcohol, es más habitual en la Argentina (9,1 litros per cápita al año) que en Jamaica, donde alcanza a un tercio de lo consumido en el país del Cono Sur (véase el gráfico IV.20)

Gráfico IV.20
Prevalencia de factores de riesgo en América Latina y el Caribe:
nivel alto, medio y bajo, 2014



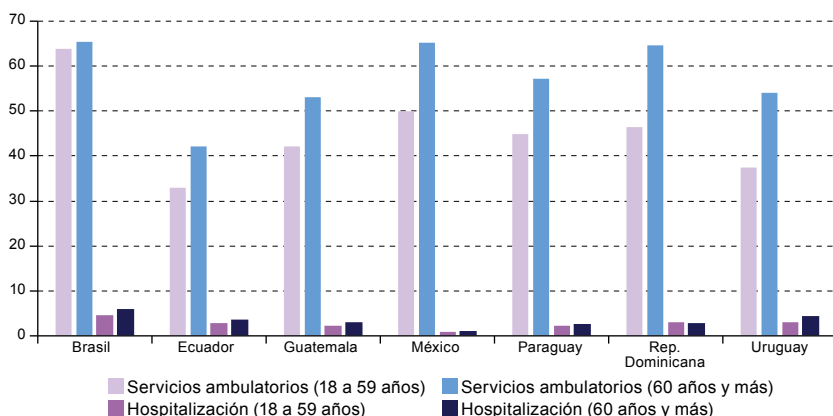
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2016*, Washington, D.C., 2016.

d) Acceso a servicios de salud

De acuerdo con la OIT, existen diferencias significativas en la región en lo referente a la protección social en materia de salud. A fines de la década pasada, en algunos países —como en el Uruguay— se había conseguido una amplia cobertura de la población, mientras que en otros menos de un tercio de los habitantes se encontraban protegidos. Este era el caso en la República Dominicana (26,5%), Guyana (23,8%), el Paraguay (23,6%), el Ecuador (22,8%), El Salvador (21,6%), Jamaica (20,1%) y San Vicente y las Granadinas (9,4%) (OIT, 2017a)⁴. Lo anterior está estrechamente relacionado con la inversión que los países hacen en el sector de la salud. Según estimaciones de la OPS correspondientes a 2014, el gasto en salud como porcentaje del PIB público oscila entre el 1,5% en la República Bolivariana de Venezuela y el 10,6% en Cuba.

La información disponible muestra que las personas mayores utilizan más los servicios de atención ambulatoria que aquellos de edad entre los 18 y los 59 años. En siete países (Brasil, Ecuador, Guatemala, México, Paraguay, República Dominicana y Uruguay) la diferencia en la utilización de servicios ambulatorios varía entre casi dos puntos porcentuales en el Brasil y el 18% en la República Dominicana. No ocurre lo mismo en los servicios de hospitalización, en los que la diferencia entre ambos grupos de edad no es significativa desde el punto de vista estadístico (véase el gráfico IV.21).

Gráfico IV.21
América Latina (7 países): utilización de servicios de salud
por grandes grupos de edad, 2003
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Red de Mayores Saludables (REDMS), Observatorio de Salud y Envejecimiento [en línea] <http://observatorio.mayoressaludables.org/>.

⁴ En 2016, el porcentaje de personas con discapacidad severa que reciben prestaciones por discapacidad habría oscilado entre el 100% en el Brasil y Chile y menos del 5% en Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala y el Perú (OIT, 2017a).

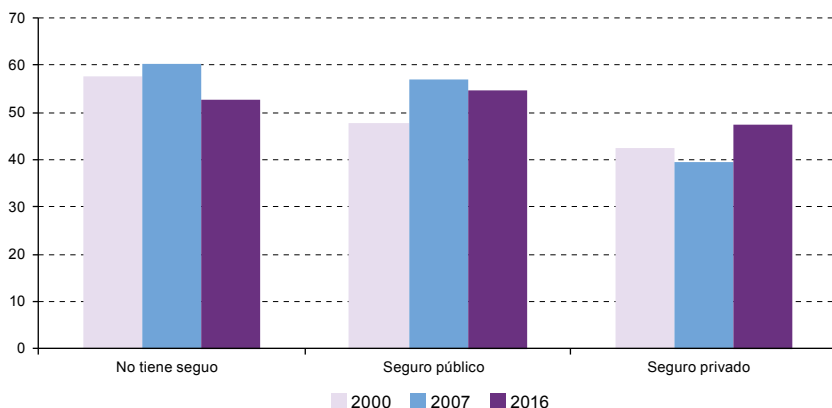
Entre las barreras que enfrentan las personas para acceder a la atención en salud se encuentra la asequibilidad. Las personas mayores a menudo trabajan en empleos mal remunerados, viven del apoyo de la familia, o sus ingresos se limitan a las pensiones. Donde no se brinda atención médica universal y sin costo o a un costo muy bajo, muchas personas mayores evitan la atención preventiva e incluso el tratamiento para no pagar tarifas médicas a expensas de otras necesidades básicas. Cuando se accede a la atención médica a menudo se encuentran con profesionales de la salud que tienen poco conocimiento de sus distintos problemas de salud y servicios de atención médica que no son apropiados para su edad. Las zonas rurales, donde viven muchas personas mayores, son especialmente propensas a la escasez de personal calificado (Naciones Unidas, 2017).

El acceso a los seguros de salud para cubrir las necesidades de la población de edad avanzada igualmente varía ampliamente entre los países latinoamericanos. El mayor desarrollo se da en los seguros públicos de salud, que constituyen la forma de protección más utilizada por las personas mayores. Los seguros privados adquieren importancia cuando no se accede a un seguro público o la cobertura de este es muy limitada. Así lo detecta la encuesta Latinobarómetro, al consultar a las personas de 60 años y más cómo cubren generalmente la atención en salud. En Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y la República Dominicana más del 70% de las personas de edad avanzada cubren sus gastos por medio de seguros públicos. El uso de seguros privados es más frecuente en Chile, donde el 21,4% de las personas de 60 años cuentan con ese tipo de seguro.

La población entrevistada de 60 años y más que afirma no contar con seguro de salud en 18 países latinoamericanos era del 57,6% en 2000 y bajó al 52% en 2016. La brecha existente a principios de siglo habría sido reducida por medio de los seguros públicos de salud, que en el último año —según la información disponible— representaba el 55% del total, mientras que la cobertura de seguros privados subió cinco puntos porcentajes con respecto al 2000, alcanzando el 47% (véase el gráfico IV.22).

Con respecto al grado de satisfacción con los servicios de salud a la que tienen acceso las personas de 60 años y más encuestadas por el Latinobarómetro en 2016, el 31% no estaba muy satisfecho. El 33% se encontraba más bien satisfecho y el 18% muy satisfecho. La percepción en general fue más positiva que en 2003, cuando el 34% de los entrevistados no estaba muy satisfecho. Los países donde el nivel de insatisfacción fue más elevado en 2016 fueron la República Bolivariana de Venezuela (44,8%), el Perú (43,9%), el Estado Plurinacional de Bolivia (42,9%) y Chile (42,6%).

Gráfico IV.22
América Latina (18 países): cobertura de gastos en salud de la población
de 60 años y más por tipo de seguro, 2000, 2007 y 2016
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Latinobarómetro 2017 [en línea] <http://www.latinobarometro.org/latOnline.jsp>.

D. Necesidad de más y mejores servicios de cuidados a largo plazo

El cuidado expresa la relación de interdependencia del ser humano con respecto a la sociedad en la que vive. Si bien en principio estuvo muy ligado a la noción de independencia o autonomía personal (entendida como autosuficiencia), con el correr del tiempo esta noción ha ido cambiando.

Determinar la independencia y la dependencia de una persona es un dilema muy difícil de resolver, y no solo en el caso de las personas mayores. La dependencia es un riesgo constante en la vida del ser humano⁵. Las personas pueden necesitar cuidados intensivos o de largo plazo debido a una discapacidad, una enfermedad crónica o un trauma, situaciones que pueden limitar su capacidad para llevar a cabo el cuidado personal básico o las tareas cotidianas.

El problema se agudiza para las personas mayores con una autonomía fragilizada, porque el estándar de normalidad se basa en

⁵ Tradicionalmente, esas actividades de la vida cotidiana se clasifican como básicas —comer, vestirse, bañarse, acostarse y levantarse de la cama, ir al baño y contener los esfínteres— e instrumentales —prepararse la comida, limpiar, lavar, tomar medicamentos, trasladarse a lugares más allá de la distancia que puede recorrerse a pie, ir de compras, gestionar los asuntos de dinero y utilizar el teléfono o Internet. Una persona es dependiente si tiene limitaciones tanto para realizar las actividades básicas como las instrumentales. Aunque el número de limitaciones para definir a una persona como dependiente varía entre los países, existe consenso en que se trata de un criterio adecuado que tiene como característica la imposibilidad de vivir de manera independiente y la necesidad de la ayuda de otro para llevar a cabo ciertas tareas.

mantener la autosuficiencia para comer, bañarse o moverse, pero el entorno no siempre lo facilita. En algunos casos, para acercarse al patrón deseado necesitan de ayuda técnica, pero muchas de ellas no podrán obtenerla. Es ahí, en esa intersección —y no en los extremos— donde tiene que ubicarse el cuidado, como un puente entre la autonomía real y la potencial. Si la segunda no es igual a la primera, entonces se produce la injusticia (Etcheverría, 2014).

Para entender el profundo significado de lo que se intenta asegurar con el cuidado es de suma importancia no confundirlo con el concepto de nivel de vida adecuado. Los servicios de cuidado deben hacerse cargo de los problemas que surgen con el envejecimiento individual; pero esa pérdida de capacidades, nunca —ni siquiera en los casos de mayor deterioro— deben ir acompañadas de la transgresión de la dignidad como ser humano (Etcheverría, 2014). Por el contrario, la persona mayor tiene que vivir sus pérdidas en un marco de seguridad, donde se fortalezca su autonomía potencial por medio de ayudas que intensifiquen aquellas capacidades que se mantienen o que se pueden recuperar.

En este apartado se presenta la situación de los cuidados de largo plazo en América Latina y el Caribe. A diferencia de las secciones anteriores, la disponibilidad de información sigue siendo limitada y es difícil presentar un panorama general, por lo que se incluyen las experiencias de otras partes del mundo que permiten identificar de manera general las brechas de protección que habría que cubrir para acercarse al cumplimiento de la meta 1.4 del ODS 5, el cual llama a reconocer, reducir y redistribuir las labores de cuidado vinculadas con la igualdad de género.

1. Incremento de la necesidad potencial de cuidadores

En muchas partes del mundo las políticas de cuidado de largo plazo se sustentan sobre la base de que las redes informales (la familia y la comunidad) pueden asumir el cuidado de las personas mayores, sin prestar atención a las limitaciones de los cuidadores —en muchos casos, mujeres— ni al impacto que esto puede tener en la calidad del cuidado no remunerado, en los ingresos de las familias cuidadoras y en la salud y el futuro empleo de los cuidadores.

Se estima que en los Estados Unidos unas 15 millones de personas cuidan de un miembro de su familia que sufre la enfermedad de Alzheimer, y el 38% de ellos dedican más de 30 horas semanales a dicha atención (Eisenberg, 2014b). En el Canadá, un estudio promovido por el Gobierno en el año 2002 halló que el 4% de los adultos proporcionaba cuidados a un miembro de la familia que padecía una discapacidad mental o física o una enfermedad crónica o debilitante (Carretero, Garcés y Ródenas, 2006).

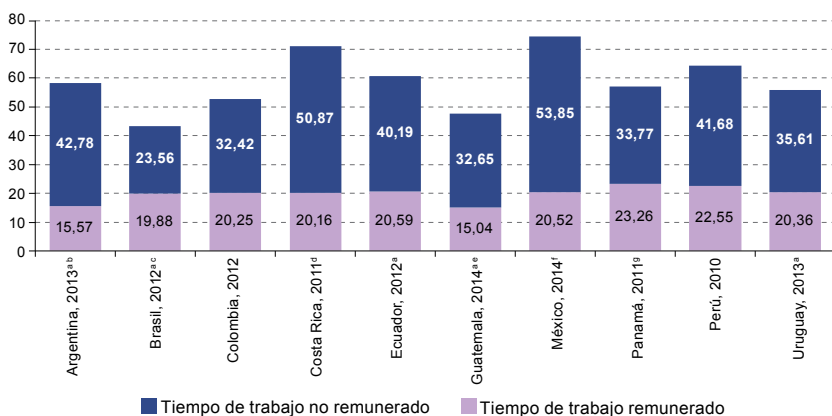
En el Reino Unido, el número de los que cuidan a personas mayores de manera informal ha fluctuado ligeramente en los últimos años, pero en 2014

una de cada seis personas brindaba estos cuidados, alrededor de un tercio de ellas durante más de 20 horas a la semana. En Irlanda se calcula que el 89,5% de la atención a las personas mayores que viven en su comunidad es proporcionada por cuidadores familiares (Care Alliance Ireland, 2015). Esta atención incluye la ayuda para el cuidado personal y las tareas domésticas y asciende a un promedio de 30 horas semanales (Kamiya y otros, 2012).

En América Latina y el Caribe esta cifra es mucho mayor. Las encuestas de uso del tiempo de algunos países de la región permiten afirmar que la dedicación de las mujeres a tareas de trabajo no remunerado (entre las que se incluye el cuidado de personas dependientes) es elevada. En México se destinan más de 53 horas semanales a este tipo de actividades; en Costa Rica, 50,8 horas semanales, y en la Argentina y el Perú, alrededor de 40 horas semanales (véase el gráfico IV.23). En Chile, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) indica que 1 de cada 4 personas de 60 años o más presenta algún grado de dependencia. En el 86% de los casos el cuidado de la persona mayor es asumido por una mujer, que suele ser su esposa, hija o nuera, y supone más de 12 horas diarias.

Gráfico IV.23

América Latina (10 países): tiempo medio destinado al trabajo remunerado y no remunerado de la población femenina de 15 años o más, último periodo disponible
(En horas semanales)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de encuestas de uso del tiempo de los respectivos países.

^a Dentro del trabajo remunerado se excluye el tiempo dedicado a la búsqueda de empleo, ya que no fue considerado en la encuesta.

^b El módulo de uso del tiempo solo considera a la población de 18 años o más.

^c En el trabajo no remunerado se consideran únicamente las actividades domésticas no remuneradas.

^d Encuesta realizada solo en la gran área metropolitana.

^e Dentro del trabajo no remunerado se excluye el apoyo a otros hogares.

^f La desagregación de actividades de trabajo no remunerado del cuestionario de 2009 sobrestimaba las horas, a diferencia del cuestionario de 2014, en el que se agregan dichas actividades.

^g Encuesta realizada solo en zonas urbanas.

Un gran número de cuidadores no remunerados son personas mayores, que a menudo se ocupan de sus parejas, familiares o amigos. En el Reino Unido, el 20,5% de las personas mayores proporcionaron atención no remunerada en 2014, frente al 18,2% en 2011. Además, las personas mayores suelen cuidar durante más horas que la población de cuidadores no remunerados en su conjunto: el 38,8% de los cuidadores mayores dedican 20 o más horas a la semana al cuidado, y más del 25,3% de ellos le dedican más de 50 horas a la semana (Age UK, 2017). En Ciudad de México, las personas mayores desempeñan un papel prominente en el cuidado de sus coetáneos, con independencia del riesgo de muerte de la persona a quien cuidan; ahora bien, su participación es más elevada en el caso del cuidado de personas que presentan una probabilidad elevada de morir en el plazo de un año: el 77% de los cuidadores de edad avanzada presta ayuda a este grupo de riesgo (Huenchuan y Rodríguez, 2015).

En Cuba, los cuidadores de centenarios son frecuentemente personas de 60 años y más (64,2%) (Selman-Houssein y otros, 2012). La mayoría de los cuidadores de estas personas son sus hijos (un 66,5% del total), seguidos de sus nietos (7,1%) y de personas ajenas a la familia (6,8%) (Fernández, 2016). En Colombia, la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) de 2015 dio a conocer que el 83,9% de los cuidadores de personas mayores eran mujeres y el 16,7% de ellas tenían 60 años o más (MINSALUD/Colciencias, 2015).

Por otro lado, la demanda de cuidadores está creciendo en todo el mundo. Por cada 100 personas de 65 años o más se estima que en Australia se requieren 4,4 cuidadores formales y 83,3 informales; en los Estados Unidos, 6,4 cuidadores formales y 123 informales, y en Noruega, 17,1 cuidadores formales y 87,2 informales. Tomando como referencia estas estimaciones, en el cuadro IV.1 se calcula el número estimado de cuidadores informales necesarios en América Latina y el Caribe entre 2015 y 2030, siempre que las personas mayores sigan teniendo los mismos requerimientos de cuidado que en la actualidad.

Cuadro IV.1

América Latina y el Caribe: estimación de la necesidad de cuidadores informales por cada 100 personas de 65 años y más sobre la base de la demanda estimada de Estados Unidos, Noruega y Australia, 2015-2030
(En número de personas)

	Población mayor de 65 años en América Latina y el Caribe	Cuidadores informales requeridos en la región según la necesidad estimada del país de referencia		
		Estados Unidos ^a	Noruega ^b	Australia ^c
2015	48 259 704	59 359 436	42 082 462	40 200 333
2020	58 882 203	72 425 110	51 345 281	49 048 875
2025	71 469 360	87 907 313	62 321 282	59 533 977
2030	86 609 322	106 529 466	75 523 329	72 145 565

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, "Probabilistic projections", *World Population Prospects: The 2015 Revision*, Nueva York [en línea] <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Probabilistic/Population/>.

^a 123 cuidadores informales por cada 100 personas de 65 años y más.

^b 87,2 cuidadores informales por cada 100 personas de 65 años y más.

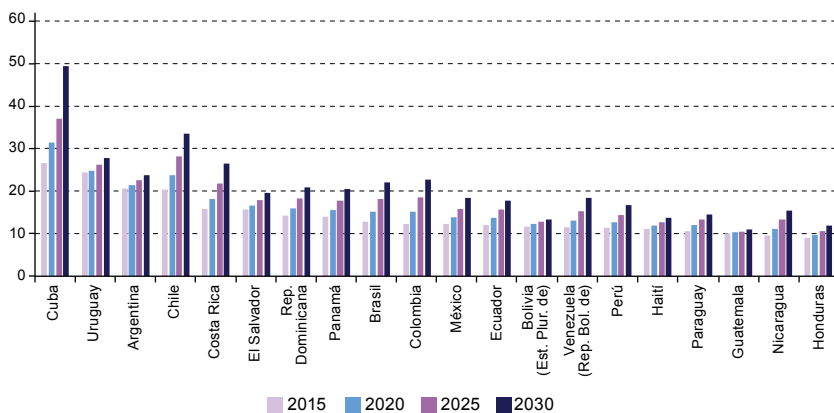
^c 83,3 cuidadores informales por cada 100 personas de 65 años y más.

Si se estudia la situación de los países de la región tomando como referencia el número de cuidadores informales establecido por Noruega, esta resulta bastante heterogénea. En el gráfico IV.24 se muestra el porcentaje de la población económicamente activa menor de 65 años que debería estar dedicada al cuidado de las personas mayores. Cuba es el país más afectado por esta situación: si la tendencia se mantiene sin cambios, en 2030 el 50% de la población económicamente activa menor de 65 años deberá dedicarse al cuidado de las personas mayores, prácticamente el doble que en 2015⁶. Otro país que presenta una situación compleja es Colombia, donde también se duplicaría la población económicamente activa que tendría que dedicarse a las tareas de cuidado.

Gráfico IV.24

América Latina (20 países): proporción de cuidadores informales requeridos respecto de la población económicamente activa menor de 65 años, 2015-2030

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), “Estimaciones y proyecciones de población total, urbana y rural, y económicamente activa”, Santiago, 2016 [en línea] <https://www.cepal.org/es/temas/mortalidad-y-salud/estimaciones-proyecciones-poblacion-total-urbana-rural-economicamente-activa>; Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2015 Revision*, Nueva York, 2015.

En los países del Caribe los servicios de cuidado presentaban grandes problemas de cobertura y acceso (Cloos y otros, 2010). Varios de esos países afrontan dificultades de contratación y retención de trabajadores. Es necesario abordar estas cuestiones, así como fortalecer la capacitación y la orientación proporcionadas a los cuidadores para, por ejemplo, ayudarlos a detectar casos de maltrato o mala salud. En ocasiones,

⁶ En Cuba, el 90 % de las personas con demencia son atendidas en sus casas; de ahí la importancia de la labor del cuidador: “Los estudios realizados en la población cubana muestran que por cada paciente hay dos familiares afectados por el cuidado, el 40 % tienen que abandonar total o parcialmente su trabajo para cuidar al enfermo y el 50 % de estos cuidadores presenta alguna afectación psicológica” (Fariñas, 2015).

los problemas pueden solucionarse de forma bastante simple: en Barbados, con el fin de llegar a las personas mayores en lugares remotos se compró un minibús para transportar a los cuidadores.

La situación no solo es grave en los países de la región, sino también en el resto del mundo. Esto se refleja claramente en la atención que reciben las personas mayores en países envejecidos. En Alemania, por ejemplo, las residencias de cuidados de largo plazo sufren de falta de personal, y el consecuente deterioro de la atención ha llegado a un punto crítico. Cada paciente recibe solo 53 minutos de atención diaria, en los que se incluye el tiempo dedicado a la alimentación. Un único cuidador a menudo tiene que atender a entre 40 y 60 residentes (Guillán, 2013).

2. Vínculo entre los cuidados de largo plazo y la atención en salud

Los cuidados de largo plazo han sido definidos por distintos organismos internacionales, intergubernamentales y nacionales, pero solo algunos de ellos incluyen la asistencia médica dentro de dicha definición.

En los Estados Unidos, los cuidados de largo plazo se refieren a la atención médica y no médica que reciben las personas que no pueden realizar las actividades básicas de la vida diaria. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) coincide en definirlos como ambos tipos de ayudas, dentro de las que incluye la prevención, la rehabilitación y los servicios de cuidados paliativos. La OCDE agrega, además, que este tipo de cuidado puede ser combinado con la asistencia doméstica y para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria.

Los cuidados de larga duración se diferencian fundamentalmente de los cuidados intensivos y de las intervenciones sanitarias tradicionales en que no tienen la finalidad de curar o sanar una enfermedad, sino que se centran en los siguientes objetivos:

- favorecer la mayor calidad de vida posible;
- minimizar, restablecer o compensar la pérdida del funcionamiento físico o mental;
- favorecer que la persona mayor alcance y mantenga el mejor nivel de funcionalidad posible;
- permitir vivir de la forma más independiente posible;
- ayudar a las personas mayores a completar las tareas esenciales de la vida diaria, y
- mantener los limitados niveles de funcionalidad, salud y bienestar mental y social al máximo posible (Carretero Garcés y Ródenas, 2006).

Las alternativas que se discuten a nivel internacional para el desarrollo de servicios de cuidado de largo plazo incluyen varios de estos objetivos (véase el recuadro IV.1).

Recuadro IV.1 Alcances y limitaciones de los instrumentos regionales

En los últimos cinco años, distintos países y organismos internacionales han llamado la atención sobre el cuidado de largo plazo de las personas mayores y quienes se lo brindan. La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la recomendación CM/Rec(2014)2 del Comité de Ministros del Consejo de Europa y el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África también instaron a adoptar medidas al respecto.

El aporte de estos tres instrumentos regionales con relación al cuidado de largo plazo es que lo eleva a un derecho que puede ser exigido, lo que representa un paso adelante que supera los contenidos de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad. Igualmente, existen coincidencias entre los tres instrumentos, que presentan notables asimetrías con respecto a sus contenidos y a la sólida protección que brindan.

La Convención Interamericana establece el derecho al cuidado en su artículo 12 y lo define como el “derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía” (OEA, 2015, pág. 8).

El derecho se define de manera amplia y engloba contenidos del derecho a un nivel de vida adecuado. No obstante ello, tiene una restricción que hay que superar, puesto que sería privativo para la persona mayor que recibe cuidados en residencias, quedando excluida la modalidad de atención en domicilio. Según la Convención, la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo es “aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios sociosanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estada, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la persona mayor, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio” (OEA, 2015, pág. 4).

De acuerdo con las Naciones Unidas (2010), el cuidado de largo plazo adopta dos modalidades: una residencial —que es la que se protege en el artículo 12 de la Convención Interamericana— y otra domiciliaria^a. Cabe señalar que la recomendación del Consejo de Europa también considera de manera particular a las personas mayores que reciben cuidado bajo la modalidad residencial. No hay duda de que ello es importante, pero hay un grupo que recibe cuidados en el domicilio que también requiere de una protección igualmente enérgica, como la que se intenta facilitar mediante el Protocolo de la Carta Africana.

Otra disposición restrictiva se encuentra en la recomendación del Consejo de Europa, cuando establece que se debe proteger el derecho a la libertad de movimiento de las personas que reciben atención residencial, pero que se puede limitar en el caso de que la restricción sea legal, necesaria, proporcionada y conforme con el derecho internacional.

Este tipo de disposiciones han desatado un extenso debate, ya que pueden dar origen a prácticas contrarias a la dignidad de las personas mayores, sobre todo considerando que el enfoque de la tutela sigue siendo el más utilizado en su caso. De igual manera, puede propiciar excesos jurídicos que son inadmisibles porque reflejan únicamente conflictos de intereses privados, los que no siempre son fáciles de identificar. Por ejemplo, se puede solicitar la determinación de una incapacidad frente a una demencia senil leve, la falta de movilidad, la sordera o una minusvalía administrativa, a pesar de que, según la jurisprudencia existente, estas limitaciones no siempre determinan la incapacidad (Tribunal Supremo, 2015).

A pesar de las reservas que surgen con respecto a las disposiciones anteriores, se debe reconocer que ellas no son más que una sinopsis del estado actual de la discusión. Sin duda, en este tema todavía queda mucho por hacer.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, “Recomendación general N° 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos” (CEDAW/C/GC/27), Nueva York, 2010 [en línea] <https://undocs.org/es/CEDAW/C/GC/27>; Tribunal Supremo, “Sentencia núm. 244/2015 de TS, Sala 1a. de lo Civil, 13 de mayo de 2015”, Madrid, 2015 [en línea] <https://app.vlex.com/#vid/570910138>; Organización de los Estados Americanos (OEA), *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, Washington, D.C., 2015.

^a La atención residencial es el alojamiento y el cuidado de una persona en una institución de atención especializada. Las personas mayores que residen en esas instituciones están, a menudo, bajo la autoridad del cuidador, cuya función es ayudarlas en sus actividades diarias, incluidas la administración de medicamentos y la prestación de servicios de salud. La atención domiciliaria se refiere generalmente a los servicios médicos prestados por profesionales en casa del paciente, en contraposición a los cuidados prestados en instituciones especializadas

a) **Ámbitos de intervención del cuidado de largo plazo**

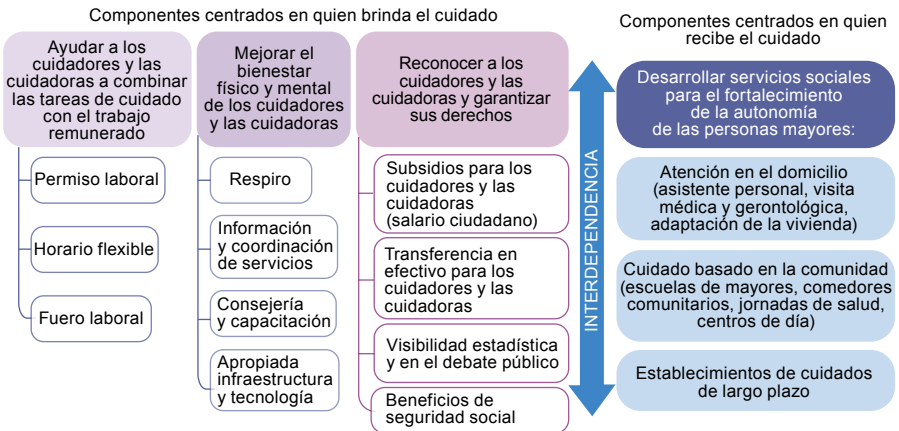
Los ámbitos de trabajo en materia de cuidados de largo plazo son variados, pero se pueden identificar algunos más importantes a partir de la experiencia de los países desarrollados:

- Ayudar a quienes brindan cuidados a combinar esas tareas con el trabajo remunerado, otorgándoles facilidades como permisos laborales, horario flexible y fuero laboral.
- Mejorar el bienestar físico y mental de quienes brindan cuidado, mediante acciones destinadas a favorecer el respiro del cuidador o cuidadora, la información y coordinación de servicios, el asesoramiento y capacitación y la disponibilidad de infraestructura y tecnología adecuadas.
- Reconocer a quienes brindan cuidado y garantizar sus derechos favoreciéndolos con un salario ciudadano y proporcionándoles acceso a los beneficios de la seguridad social y la salud, u otorgar una transferencia en efectivo a quienes reciben cuidado. Además, es muy importante instalar el cuidado en el debate público, para darle el valor y el reconocimiento que merece (Colombo y otros, 2011).
- Desarrollar servicios sociales para las personas con autonomía fragilizada. Se trata de acciones de carácter progresivo y en ningún caso excluyentes, que van desde el cuidado de largo plazo en el domicilio hasta la atención en residencias. Incluyen también los cuidados paliativos.

Sobre esta base, es posible construir una matriz de trabajo para abordar el tema del cuidado desde una perspectiva integral, de la que se desprenden las acciones en cada uno de los componentes recién identificados (véase el diagrama IV.1).

Diagrama IV.1

Ámbitos de intervención en materia de cuidados de largo plazo de las personas mayores



Fuente: S. Huenchuan, “¿Qué más puedo esperar a mi edad?”. Cuidado, derechos de las personas mayores y obligaciones del Estado”, *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (LC/L.3942), S. Huenchuan y R. Rodríguez (eds.), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2014.

Adicionalmente, la recomendación del Consejo de Europa aporta algunos elementos que deben estar garantizados para las personas mayores en materia de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de cuidado (véase el cuadro IV.2).

Cuadro IV.2
Elementos esenciales de los cuidados de largo plazo según lo establecido en documentos internacionales

Elemento	Definición	Contenido del cuidado de largo plazo
Disponibilidad	Existencia de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos y centros de atención de la salud, así como de programas que funcionen plenamente; disponibilidad de medicamentos esenciales, agua limpia potable e instalaciones adecuadas.	Los servicios deberían estar disponibles dentro de la comunidad para permitir que las personas mayores permanezcan el mayor tiempo posible en sus propios hogares.
Accesibilidad	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos ^a .	Los Estados deberían adoptar medidas apropiadas, incluidas medidas preventivas, para promover, mantener y mejorar la salud y el bienestar de las personas de edad. También deberían asegurarse de que la atención sanitaria adecuada y la atención de calidad a largo plazo estén disponibles y sean accesibles.
Aceptabilidad	Todas las instalaciones, bienes y servicios de salud deben respetar los principios de la ética y los valores culturales de la población respectiva, ser sensibles al género y al ciclo de vida, y estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de la población.	Los proveedores de atención médica deben tratar confidencial y cuidadosamente todos los datos personales de las personas mayores, de conformidad con su derecho a la privacidad.
Calidad	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico, ser de buena calidad y contar con personal formado profesionalmente de calidad probada y equipamiento médico adecuado.	Los cuidadores deben recibir la formación y el apoyo necesarios para garantizar adecuadamente la calidad de los servicios prestados. Cuando las personas mayores son atendidas en el hogar por cuidadores informales, estos también deben recibir la formación y el apoyo requeridos para garantizar que puedan prestar la atención necesaria.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, Observación general N° 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud [artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales] (E/C.12/2000/4), Nueva York, 2000 [en línea] <http://undocs.org/es/E/C.12/2000/4>; Comité Directivo sobre Derechos Humanos (CDDH), "Draft recommendation CM/Rec(2014)... on the Committee of Ministers to member States on the promotion of the human rights of older persons", Estrasburgo, Consejo de Europa, 2013 [en línea] <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168045fe18>.

^a Se distinguen tres tipos de accesibilidad: i) accesibilidad física y segura para todos, incluidas las personas y grupos desfavorecidos; ii) accesibilidad económica para todos, particularmente para las personas y los grupos desfavorecidos; iii) derecho de solicitar y obtener información relativa a la salud y a transmitirla observando la confidencialidad (Naciones Unidas, 2000).

b) Los costos y financiamiento de los cuidados de largo plazo

El gasto de los cuidados de largo plazo no solo tiene que ver con la edad. Según la OCDE, el gasto aumentará desde un 1,1% en 2005 hasta un 2,3% del producto interno bruto (PIB) en 2050 por efecto del envejecimiento demográfico, hasta un 2,8% por la expansión de la dependencia (a razón de un incremento anual del 0,5%) y hasta un 3,9% por la disminución de los cuidadores informales (OCDE, 2006).

Pese a la evidente necesidad de invertir en los cuidados de largo plazo, el gasto medio no supera el 1% del PIB mundial. En África la mayoría de los países gastan el 0% de su PIB; solo Sudáfrica dedica un gasto público del 0,2% del PIB a estos servicios. En América el gasto varía entre el 1,2% del PIB en los Estados Unidos, el 0,6% en el Canadá y el 0% en los países de América Latina. En Asia y el Pacífico el mayor porcentaje del PIB para cuidados a largo plazo corresponde a Nueva Zelanda (1,3%) y el menor a Australia (0%), mientras que países como China, la India e Indonesia gastan alrededor del 0,1% de su PIB. En Europa, entre 2006 y 2010 el mayor gasto público en cuidados a largo plazo fue alcanzado por Dinamarca, con un 2% del PIB; el más bajo fue el de Eslovaquia (0%) (OIT, 2017b).

A pesar de las crecientes necesidades de la población, en los países desarrollados la inversión en los cuidados de largo plazo ha disminuido en los últimos años. En el Reino Unido el presupuesto de asistencia social se ha reducido 1.950 millones de libras esterlinas debido a los recortes del Gobierno central en el último decenio, sobre todo en los cinco años más recientes. Las coberturas también han menguado: entre 2005 y 2006, el 15,3% de las personas de 65 años o más recibió apoyo con asistencia social, frente al 9,2% entre 2013 y 2014 (Mortimer y Green, 2015). Las asignaciones presupuestarias del Gobierno para el año fiscal 2015/16 sugieren que los presupuestos de asistencia social se contraerán 472 millones de libras.

En Irlanda la reducción del presupuesto ha debilitado las políticas que promovían la independencia de las personas mayores mediante el apoyo de la comunidad. El presupuesto de los servicios de asistencia a domicilio (*Home Help Service*) retrocedió de 211 millones de euros en 2008 a 185 millones en 2015 a pesar de un aumento del 25% de la población de 65 años o más y un incremento cercano al 30% de la población de 85 años o más. En los últimos siete años se ha producido una disminución de casi un 2% del número de personas que reciben ayuda: de 64.353 personas que recibieron servicios de asistencia a domicilio o paquetes de cuidados domiciliarios en 2008 a 63.245 personas en 2015 (Donnelly y otros, 2016).

Debido a que la disponibilidad y el acceso a los servicios públicos de cuidado de largo plazo suelen ser restringidos y su costo es elevado para los usuarios, los planes y sistemas vigentes se caracterizan por apoyarse fuertemente en un sistema de copago. El desembolso económico en cuidados de largo plazo que deben realizar las personas que los necesitan tiene un impacto significativo sobre sus ingresos: los más afectados son los pobres, las mujeres y las personas de edad muy avanzada.

Se estima que en el Reino Unido los costos del cuidado de largo plazo para las personas de 65 años y más exceden un promedio de 30.000 libras esterlinas (aproximadamente 37.648 dólares) anuales por persona (Comas-Herrera, Wittenberg y Pickard, 2010). En los Estados Unidos, se calcula que el costo de los cuidados de largo plazo en residencias es de un promedio de 87.600 dólares anuales en el caso de una habitación privada y 77.380 dólares en habitación compartida. La atención domiciliar alcanza los 45.188 dólares anuales si se trata de cuidados llevados a cabo por un auxiliar de salud y 43.472 dólares anuales si se trata de asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (Eisenberg, 2014a). Estas cantidades representan más del triple del ingreso medio disponible de la población de 65 años y más (Gleckman, 2010).

En Sudáfrica, el gasto por cuenta propia de los cuidados domiciliarios a largo plazo corresponde al 100% del total del costo, pues no existen residencias públicas que ofrezcan cuidados a largo plazo. En Tailandia, se estima que el desembolso es de entre el 80% y el 100% del total del gasto en cuidados a largo plazo. En la Argentina oscila entre el 60 y el 80% (Scheil-Adlung, 2015).

De no existir cobertura de servicios de cuidado, como es el caso en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, el empobrecimiento de la persona mayor es un riesgo inminente. La dependencia de cuidadores informales y de la familia no siempre basta, y en muchos casos ni siquiera forma parte del abanico de alternativas a las que puede recurrir una persona de edad.

Recuadro IV.2 **Protección económica frente a la necesidad** **de cuidado de largo plazo en la vejez**

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) estima que el 48% de la población mundial no se encuentra protegida por una ley nacional que aborde los cuidados a largo plazo. Por otro lado, las normas suelen diferir bastante entre los países que sí garantizan dicha protección.

En la India, Singapur y China la legislación impone a los adultos jóvenes la obligación de asumir el cuidado de sus padres, so pena de cárcel o multas. En China la Constitución y la Ley de Protección de los Derechos e Intereses de las Personas Mayores de 1996 (enmendada en 2012) ponen de relieve la responsabilidad expresa por parte de los familiares de cuidar a las personas mayores (Wong y Leung, 2012).

Otros países son menos rigurosos en cuanto a esta obligación e implementan modalidades distintas de protección. En Sudáfrica el envejecimiento ocurre en un contexto complejo, en el que las personas de edad tienden a vivir en hogares pobres, y es posible identificar varias generaciones sin ingresos propios; muchas personas mayores están a cargo de huérfanos, y es común encontrar hogares sin la generación intermedia. En 2006 se dictó la Ley núm. 13, que protege a las personas de edad mediante varias disposiciones relacionadas con su cuidado que distinguen entre el que es proporcionado por la comunidad y el brindado en las residencias. El Departamento de Desarrollo Social del Gobierno es el encargado de regular los programas aplicados. Desde 2004 existe, en el ámbito de la seguridad social, una subvención específica para personas que ya son beneficiarias de un subsidio por vejez, discapacidad o por ser veteranos de guerra y que

Recuadro IV.2 (continuación)

no pueden cuidar de sí mismas. El subsidio está destinado a pagar a una persona que brinde cuidados a tiempo completo, y asciende a 26 dólares mensuales. En noviembre de 2016 el número de beneficiarios alcanzó las 157.565 personas (SASSA, 2016).

En el otro extremo se encuentra el Japón, que desde 2001 cuenta con un sistema de seguro de cuidados de largo plazo. Este sistema fue introducido con la finalidad de que la sociedad en su conjunto apoyara a las personas con necesidades de cuidado y que los servicios de cuidado de largo plazo se separaran de los servicios de salud, ya que anteriormente estos tomaban la forma de hospitalización social en un establecimiento de atención sanitaria de tercer nivel. En el esquema del seguro, los municipios actúan como aseguradoras con el apoyo del Gobierno central, y los asegurados se dividen en dos categorías: por un lado, personas de 65 años y más y, por el otro, personas de entre 40 y 64 años que cuentan con un seguro de salud. En el caso de las primeras, los beneficiarios pueden ser de dos tipos: los que requieren cuidados de largo plazo y los que necesitan un apoyo específico para mantener su autonomía. En el cuadro se identifican los beneficios del sistema para cada uno de estos tipos.

Cuadro
Japón: beneficios del seguro de cuidados de largo plazo
para las personas de 65 años y más

	Servicios domiciliarios	Servicios en instituciones
Personas que requieren cuidados de largo plazo	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de visitas domiciliarias o diurnos: cuidados de largo plazo, baños y rehabilitación a domicilio, rehabilitación en centros de día, atención de enfermería a domicilio, servicios diurnos, arrendamiento de dispositivos de salud. - Servicios y atención de corta estadía. - Asesoramiento sobre la gestión del cuidado médico domiciliario. - Servicios de cuidado con asistencia mutua para las personas mayores con demencia. - Servicios de cuidado prestados en residencias privadas con fines de lucro. - Subsidio para la compra de dispositivos de salud. - Subsidio para la remodelación de la vivienda (pasamanos, eliminación de desniveles y otros). 	<ul style="list-style-type: none"> - Centros de bienestar de largo plazo para las personas mayores (residencias especiales para las personas de edad). - Establecimientos sanitarios de cuidados de largo plazo para las personas mayores. - Centros médicos de cuidados de largo plazo para las personas mayores: - Secciones tipo sanatorio. - Secciones tipo sanatorio para los pacientes con demencia. - Hospitales con servicios optimizados de cuidados de largo plazo (durante los incómodos tres años a partir de la implementación).
Personas que necesitan asistencia	Los mismos que para las personas que requieren cuidados de largo plazo (excepto servicios de cuidado con asistencia mutua para las personas con demencia)	No se aplica

Fuente: Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar del Japón, "Long-term Care Insurance in Japan", Tokio, 2002 [en línea] <http://www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/>.

El financiamiento del seguro proviene en un 50% de recursos recaudados por medio de impuestos (un 25%, del Gobierno central; un 12,5%, de las municipalidades, y un 12,5%, de los gobiernos provinciales). La otra mitad corresponde a las dos categorías de asegurados: un 17% lo aporta la

Recuadro IV.2 (conclusión)

primera categoría (asegurados de 65 años o más), a través de una deducción de su pensión o mediante un pago directo, y el 33% restante es deducido del seguro médico de los asegurados de la segunda categoría (de entre 40 y 64 años). El seguro financia el 90% del costo total de las prestaciones y servicios y los beneficiarios pagan el otro 10%. En 2015, el 16% de los mayores de 65 años (5 millones de personas) recibieron servicios de cuidados de largo plazo. En solo un decenio, el número de personas mayores que reciben atención institucional ha aumentado un 83%, y se ha producido un incremento del 203% de las personas que reciben servicios de cuidados de largo plazo en su hogar o comunidad (Kamiya y otros, 2012).

Alemania, los Países Bajos y la provincia china de Taiwán poseen planes de seguridad social para cubrir los costos derivados de los cuidados de largo plazo. La complejidad de las necesidades y de los planes que se ofrecen exige a las personas mayores estar muy versadas en el tema de los beneficios y prestaciones de cuidados de largo plazo para poder solicitarlas. Estas prestaciones pueden ser en metálico (entre las que se incluye el apoyo financiero a los miembros de la familia que prestan cuidados) o en especie, como la institucionalización o los cuidados domiciliarios. Los criterios de selección varían ampliamente, y con frecuencia se evalúan la edad, las necesidades y los recursos (Scheil-Adlung, 2015).

En Alemania, desde que se introdujo el seguro de dependencia social, todos los ciudadanos están obligados a disponer de un seguro para tener acceso a asistencia en el marco de un sistema de seguro de salud estatal o privado. El seguro de asistencia cubre el riesgo de dependencia social sin restricciones de edad para la persona asegurada. Los costos crecientes de los cuidados son cubiertos directamente por las cotizaciones del seguro. Se puede solicitar una prestación social cuando los servicios prestados por el seguro de dependencia resultan insuficientes y la persona afectada o sus familiares no disponen de recursos para financiar los cuidados adicionales. Entre los servicios y prestaciones previstos por el seguro alemán de dependencia prima la compensación económica en el entorno familiar (el 47,4% de las prestaciones), seguida de la prestación de servicios en centros residenciales (28,0%), las prestaciones económicas vinculadas a la contratación del servicio (8,8%) y la combinación de ambas compensaciones económicas (10,1%). Otras opciones, como la atención a los cuidadores, los centros de día y los centros de noche apenas se reflejan en las estadísticas (Gobierno de Alemania, 2008).

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Y. Wong y J. Leung, "Long-term care in China: issues and prospects", *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 55, N° 7, Abingdon, Taylor and Francis, 2012; South Africa Social Security Agency (SASSA), "A statistical summary of social grants in South Africa", *Fact Sheet*, N° 12, Pretoria, 2016 [en línea] <http://www.sassa.gov.za/index.php/knowledge-centre/statistical-reports?download=609:statistical-report-12-of-2016-31-december-2016>; Y. Kamiya y otros, "Profile of community-dwelling older people with disability and their caregivers in Ireland", Dublin, The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA), 2012 [en línea] https://tilda.tcd.ie/publications/reports/pdf/Report_CaregiversProfile.pdf; X. Scheil-Adlung (ed.), "Global evidence on inequities in rural health protection: new data on rural deficits in health coverage for 174 countries", *ESS Document*, N° 47, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (OIT), 2015 [en línea] <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=51297>; Gobierno de Alemania, "Cuarto informe del Gobierno sobre el seguro de dependencia", *Actualidad Internacional Sociolaboral*, N° 111, Madrid, Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, 2008 [en línea] www.empleo.gob.es/es/mundo/Revista/Revista111/50.pdf.

3. Prioridades de políticas sobre cuidados de largo plazo en la vejez

a) Deberes de los cuidadores de personas mayores y alternativas de respiro

Con respecto a las disposiciones específicas para quienes cuidan a las personas mayores de manera no profesional, la Convención Interamericana instituye los servicios de apoyo para las familias y cuidadores informales, al igual que la recomendación del Consejo de Europa. El Protocolo de la Carta Africana hace un aporte importante en tal sentido, al distinguir de manera singular a los que prestan cuidado en las siguientes disposiciones:

- Adoptar políticas y leyes que proporcionen incentivos a los familiares que brindan atención domiciliaria a las personas mayores.
- Identificar, promover y fortalecer los sistemas tradicionales de apoyo para mejorar la capacidad de las familias y las comunidades para cuidar a las personas mayores.
- Adoptar medidas para asegurar que las personas mayores indigentes que cuidan a huérfanos y a niños vulnerables reciban apoyo financiero, material y de otra índole.
- Asegurar que, cuando los niños queden al cuidado de las personas mayores, cualquier beneficio social o de otra índole destinado a ellos sea remitido a las personas mayores.

En la práctica, las alternativas dirigidas a facilitar el trabajo de los cuidadores informales son aún muy deficientes. Es el caso de los programas de respiro familiar, por ejemplo, que tienen carácter temporal y específico para abordar situaciones generadas dentro de las familias para que los cuidadores puedan dar respuesta a las necesidades puntuales de los usuarios (UNIR, 2016).

En los Estados Unidos, desde hace varias décadas se recurre a los centros diurnos y al cuidado temporal en centros residenciales para ayudar a las personas con demencia y sus cuidadores informales. Los centros que ofrecen cuidado de respiro uno o más días a la semana o durante varias semanas permiten que los familiares que actúan como cuidadores puedan tomarse un descanso y dejar a la persona con demencia en un entorno seguro y supervisado. Esto ayuda a alcanzar el propósito último de respaldar el envejecimiento en la comunidad donde las personas con demencia han vivido, garantizando que reciban asistencia y reduciendo la probabilidad de que los cuidadores familiares sufran problemas de salud.

En el Reino Unido, los programas de respiro están diseñados para reemplazar al cuidador, con la finalidad de proteger su propia salud y bienestar, y tomar un descanso de las tareas de cuidado; por ejemplo, se puede asignar un reemplazo regular en las horas de la noche. En ciertas situaciones, la autoridad local puede proporcionar un cuidado temporal después de la evaluación del cuidador o después de que la persona a la que se cuida haya sido evaluada. Además, existe un directorio de servicios de cuidado locales donde se puede buscar un relevo (NHS, 2018).

En Irlanda, el Departamento de Protección Social entrega un subsidio de apoyo al cuidador en la forma de un pago anual. Anteriormente, el nombre del subsidio hacía alusión al respiro del cuidador, pero en 2016 se modificó para reflejar mejor los distintos usos que los cuidadores pueden darle a esta prestación; por ejemplo, pueden destinarla al pago del cuidado de relevo si así lo desean, pero no tienen la obligación de hacerlo (Citizen Information Board, 2018).

En algunos países del Caribe, los centros de atención diurna para personas mayores permiten que los cuidadores familiares trabajen o al menos tomen un descanso de sus obligaciones como cuidadores. Estos centros también mantienen a las personas mayores social y físicamente activas, proporcionan una comida nutritiva y a veces ofrecen otros servicios como chequeos de salud. Prestan un apoyo inestimable a los cuidadores, que en muchos casos son también personas mayores.

Las iniciativas mencionadas y otras que se llevan a cabo en Cuba, España y el Uruguay son algunas de las pocas que se identifican en la actualidad. Sin embargo, hay una disyuntiva no resuelta en este ámbito: en ocasiones no se tiene en cuenta que la persona mayor que recibe cuidado de largo plazo genera un vínculo con su cuidador que también debe ser respetado. La alternativa de ingreso a una residencia por un período de tiempo para dar respiro al cuidador es una situación estresante para la persona mayor y requiere de una minuciosa evaluación previa, sobre todo en determinadas épocas del año. Se ha demostrado que el número de personas mayores que permanecen solas se triplica durante el verano, lo que en España supone más de tres millones de ancianos abandonados por que la familia los considera un estorbo para sus vacaciones (Arias, 2002).

El ingreso a una residencia, sea temporal o permanente, cuando no es por razones relacionadas con la intensidad de los cuidados, es una situación estresante que se expresa en un aumento de los trastornos, agudización del deterioro, disminución de la autoestima, dificultad de adaptación, incremento de la sintomatología depresiva, disminución de la frecuencia de contacto social y actividad general, e incluso cambios en la percepción temporal (Arrazola, 1999). Si bien no todas las personas mayores que ingresan a una residencia experimentan estas reacciones negativas, pues

algunas muestran una mejoría de su estado y en sus relaciones familiares y hasta una sensación de alivio, es indispensable evaluar las opciones de respiro de los cuidadores para que no afecten a las dos partes involucradas.

b) Cuidados de largo plazo en el hogar: un ámbito de intervención que se debe fortalecer

Según indican las investigaciones, la mayoría de las personas mayores prefieren vivir en su propia casa y contar con servicios de apoyo que les permitan hacerlo durante el mayor tiempo posible (Barry y Conlon, 2010). Los datos muestran que también desean que sus principales cuidadores sean su familia o amigos, por lo que el papel de los servicios de salud y sociales debe concentrarse en brindar apoyo a sus familias para que puedan cumplir con esta aspiración (Garavan, McGee y Winder, 2001).

A pesar de que las personas mayores con frecuencia prefieren envejecer en el hogar, son pocos los países que han elaborado programas específicos para ello. Para evitar el ingreso a una residencia de cuidado de largo plazo, es posible brindar la atención médica (incluso en el caso de personas de edad con enfermedades terminales), los servicios de atención social y la asistencia a domicilio (Naciones Unidas, 2015b).

La Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad presenta en su informe sobre el tema (Naciones Unidas, 2015b) una evaluación de las preocupaciones y problemas observados en el ámbito de los cuidados de largo plazo, así como recomendaciones detalladas orientadas hacia la adopción de medidas. Un aspecto esencial de los servicios de atención a domicilio sobre el que se tiene poca información y que no está suficientemente contemplado en los instrumentos de derechos humanos es la asistencia y el apoyo que prestan los miembros de la familia y otros cuidadores informales.

En la actualidad hay más conciencia de que lo que posibilita la permanencia de la persona mayor en su domicilio es principalmente la dedicación de la red informal y, en muchos países, el mercado de trabajo irregular, que permite conseguir una atención intensiva a un costo asumible. Las principales consecuencias de esta situación son:

- Una carga excesiva sobre los familiares —especialmente las mujeres— que tiene un impacto en términos del empleo femenino y de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.
- El fomento de un mercado de trabajo irregular en el que se ofrecen condiciones laborales y salariales muy precarias.
- La falta de garantías en cuanto a la calidad de la atención que reciben muchas de las personas dependientes que viven en su comunidad (SIIS, 2012).

Recientemente se han comenzado a introducir medidas orientadas a fomentar el cuidado informal y a prestar reconocimiento y apoyo a las redes informales existentes, dado que el debilitamiento de las redes informales es considerado uno de los factores que podrían hacer crecer la demanda de ayuda a domicilio en el futuro.

Recuadro IV.3 Experiencias de cuidados de largo plazo en el hogar

En España se otorga un subsidio directo a la persona que recibe la atención para que pueda organizar sus cuidados domiciliarios. Un rasgo positivo de esta iniciativa es que puede empoderar a la persona mayor y aumentar su autonomía. La ayuda a domicilio ofrece tres tipos de servicios: i) atención personal en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (higiene; ayuda para levantarse, acostarse, vestirse, comer y beber; control de la medicación, y otros), que contempla también el acompañamiento; ii) servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar (limpieza de la casa, preparación de la comida, lavado y planchado de ropa, detección de situaciones de riesgo y otros), y iii) relaciones con el entorno (apoyo para realizar gestiones fuera del hogar, acompañamiento en desplazamientos, realización de actividades para mantener las facultades cognitivas y las relaciones sociales y otros). Los usuarios de este servicio deben realizar un desembolso personal correspondiente al copago mensual fijado en su plan individual de atención, de acuerdo con el procedimiento establecido por la administración pública, o por las entidades o empresas gestoras de servicios, si se tratara de un servicio privado.

En Turquía existen instituciones que ofrecen servicios y apoyo a las personas mayores que viven en su domicilio. Los servicios son gratuitos y se financian mediante una combinación de gastos del presupuesto general, impuestos, presupuestos municipales y primas pagadas por empleadores y empleados. El Ministerio de Salud ofrece servicios a domicilio a cargo de equipos multidisciplinarios de profesionales; el Ministerio de Familia y Políticas Sociales ofrece apoyo social, cuidados y atención en diversos entornos, incluido el domicilio de la persona mayor, y los municipios prestan apoyo social, servicios de salud a domicilio, apoyo psicológico, reparaciones y mantenimiento del hogar, ayuda con las tareas domésticas, el aseo personal y la cocina, y actividades sociales.

En los Países Bajos, los servicios sociales (incluidos ciertos servicios de cuidados domiciliarios y de respiro) se han transferido a los municipios en virtud de una consignación financiada con impuestos. La finalidad de esta asistencia es que las personas puedan vivir en su domicilio durante el mayor tiempo posible y que reciban la atención que necesitan para hacerlo. En las últimas reformas del sistema se ha asignado a las autoridades locales un papel más destacado en el suministro de cuidados a largo plazo en la comunidad.

En Singapur, la ciudad-Estado más próspera de Asia y del mundo, el sistema de salud Alexandra cuenta con un programa integral de envejecimiento en la comunidad para reducir el número de hospitalizaciones que pueden evitarse y mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Las personas mayores que utilizan los servicios hospitalarios con frecuencia (en particular el servicio de urgencias) reciben visitas a domicilio de una enfermera comunitaria que evalúa sus necesidades y determina cuáles de estas están insatisfechas, elabora un plan de cuidados y coordina el seguimiento necesario. La frecuencia de las visitas depende de las necesidades de la persona. Gracias a este enfoque, el sistema de salud redujo las hospitalizaciones un 67% y optimizó el uso de los recursos hospitalarios.

Con todo, las iniciativas en materia de ayuda a domicilio siguen siendo escasas en todo el mundo. Por ejemplo, en Irlanda, la falta de legislación en relación con el acceso a la atención comunitaria es controversial y existe una dependencia excesiva del Plan de Apoyo a las Residencias para Personas de Edad (*Nursing Homes Support Scheme* (NHSS)), ante la falta de desarrollo en el país de otras alternativas como los servicios de asistencia en la vivienda o la promoción del envejecimiento en la propia comunidad (Donnelly y O'Loughlin, 2015). En el informe de Garavan, McGee y Winder (2001) se concluye que los servicios comunitarios de salud y asistencia social en Irlanda son extremadamente limitados y fragmentados. Además, no existe un marco político oficial para la prestación de servicios integrados de atención domiciliaria a las personas mayores ni legislación alguna que la regule (Timonen, Doyle y O'Dwyer, 2012).

En las zonas urbanas de China, una proporción considerable de los cuidados ofrecidos en el domicilio proviene de cuidadores remunerados que, en la mayoría de los casos, carecen de capacitación. Se trata principalmente de mujeres con escasa educación formal, que probablemente hayan migrado de zonas rurales a zonas urbanas y que reciben una remuneración relativamente baja por su asistencia (OIT, 2017B).

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de R. Garavan, H. McGee y R. Winder, "Health and social services for older people (HeSSOP)", *Report*, N° 64, Dublín, National Council on Ageing and Older People, 2001 [en línea] http://www.ncaop.ie/publications/research/reports/64_Hessop1.pdf; S. Donnelly y A. O'Loughlin, "Growing old with dignity: challenges for practice in an ageing society", *Social Work in Ireland: Changes and Continuities*, A. Christie y otros (eds.), Londres, Palgrave, 2015; V. Timonen, M. Doyle y C. O'Dwyer, "Expanded, but not regulated: ambiguity in home-care policy in Ireland", *Health and Social Care in the Community*, vol. 20, N° 3. Hoboken, Wiley, 2012.

4. Cuidado a largo plazo para personas mayores de América Latina y el Caribe

En América Latina y el Caribe los servicios de cuidados de largo plazo generalmente tienen baja cobertura y, además, operan en el marco de una débil institucionalidad. En la mayoría de los casos, los programas nacionales relacionados de forma directa o indirecta con los cuidados se enmarcan dentro de programas de lucha contra la pobreza o de asistencia social a familias o personas pobres, en condición de vulnerabilidad o dependientes. La universalidad del derecho al cuidado sigue siendo una asignatura pendiente en la región.

a) Cuidados a domicilio

Para ayudar a las personas mayores a vivir de forma independiente, muchos países del Caribe han desarrollado programas tales como servicios de ayuda a domicilio, cuidados de enfermería en el hogar y centros de día, de actividades y para las personas mayores que no pueden vivir solas. Numerosos países han puesto en marcha algún tipo de plan para prestar servicios de atención domiciliaria a las personas mayores. Los servicios prestados incluyen ayuda con la higiene personal, la limpieza de la casa, la preparación de comidas y la compra de comestibles y otras necesidades, así como compañía. De esta manera, las personas mayores reciben el apoyo que necesitan para seguir viviendo en su propio hogar, normalmente la mejor opción para mantener su autonomía. El cuidado domiciliario de personas que viven de forma independiente resulta, además, mucho más rentable que el cuidado residencial integral (en el que, sin embargo, los costos se dividen entre el Estado y el individuo).

En algunos países, como Barbados y Saint Kitts y Nevis, el Estado proporciona atención básica de enfermería en el hogar, ya sea como parte del Programa de Atención Domiciliaria u otro programa. La atención básica puede incluir desde curar heridas y controlar la presión arterial y los niveles de glucosa hasta ofrecer consejos sobre nutrición, normas sanitarias y otros problemas de salud. Además, los cuidadores también están capacitados para detectar y reportar enfermedades o casos de abandono, abuso o malnutrición.

b) Transferencias monetarias para los cuidadores no remunerados

En la Argentina el sistema de protección social se basa en la presunción de que las familias se hacen cargo de las personas mayores que necesitan cuidados. En el caso de la clase media, la más envejecida en los grandes centros urbanos, el Estado no ofrece este tipo de servicios, que sí están disponibles para las personas pobres o abandonadas; las clases con mayores recursos económicos, por otro lado, recurren a los cuidados privados. El único tipo de servicio de cuidados que la clase media puede permitirse de forma sostenida no es adecuado: son situaciones en las que las personas mayores se encuentran sedadas, inmovilizadas y sin ningún tipo de estimulación. Además, las familias están cambiando: las madres también trabajan y ya no están disponibles para atender a una persona mayor con dependencia.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados de la Argentina (INSSJP-PAMI) estableció, a partir de la resolución núm. 0610-13, la Asistencia Integral de Ayuda Económica para la atención a la dependencia y la fragilidad de las personas mayores. Su objetivo es brindar una asistencia económica de 55 dólares al mes a aquellos afiliados que, por su problemática sociosanitaria, se encuentren en situación de dependencia o fragilidad y no tengan capacidad económica para afrontar los gastos inherentes a dicha situación o carezcan de una red social de apoyo acorde con sus necesidades. Si bien el subsidio económico resulta escaso, suele utilizarse para contratar a un cuidador formal una o dos veces por semana, lo que brinda alivio al familiar a cargo del cuidado.

En el Ecuador existe el Bono Joaquín Gallegos Lara, creado en 2010 para personas con discapacidad grave y profunda. Se trata de un bono de 240 dólares mensuales (el equivalente a un salario básico) que se otorga a quienes cuidan de personas con discapacidad para cubrir los gastos de alimentación, vestido, movilización e insumos básicos. El bono es administrado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES).

En el caso de Chile, el Programa Chile Cuida constituye una iniciativa que alivia la carga de trabajo de los cuidadores no remunerados. El programa ofrece un servicio de cuidados domiciliarios dos veces por semana a personas mayores con dependencia moderada y grave. Esto no solo contribuye a que estas personas puedan permanecer en sus casas, sino que también ofrece un descanso a su cuidadora o cuidador, además de la opción de participar, una vez por semana, en grupos de autoayuda dirigidos por profesionales de la salud mental, talleres de capacitación, formación especializada de cuidados, habilitación laboral o actividades educativas recreativas. Para brindar esta asistencia, se capacita y emplea como cuidadoras formales a mujeres locales que están desempleadas o que buscan incrementar sus ingresos.

En Costa Rica, a través de la Red Nacional de Cuido de las Personas Adultas Mayores, se entregan bienes de primera necesidad a las familias que están a cargo de personas mayores en situación de extrema pobreza. La iniciativa apuesta por generar una estructura social, compuesta por familiares, grupos organizados de la comunidad e instituciones no gubernamentales y estatales, con el fin de articular acciones, intereses y programas. Los destinatarios son personas de 65 años o más en situación de pobreza o extrema pobreza, dependencia o riesgo social que carecen de una red de apoyo. Durante el primer trimestre de 2016, la Red atendió a 12.086 personas distribuidas en 53 redes, con una inversión de 2.700.000 dólares (223 dólares por persona). La mayor parte de las ayudas consisten en la entrega de alimentos, medicamentos, productos de higiene, electrodomésticos y dispositivos, así como el pago de alquileres y servicios básicos, para facilitar la vida diaria en el propio hogar. El programa también contrata a asistentes a domicilio que ayudan a las familias en la atención de las personas mayores, ya que en muchos hogares estas no disponen de suficiente tiempo para cumplir con dicha tarea.

Cabe destacar la experiencia de la Ley núm. 7.756 de Costa Rica, que otorga una licencia y el pago de subsidios a las personas designadas como responsables de cuidar a un enfermo en fase terminal. Toda persona activa asalariada, ya sea familiar o no, que por vínculo afectivo o responsabilidad se designe responsable de cuidar a un enfermo en su fase terminal gozará de una licencia y un subsidio que se calculará sobre la base del promedio salarial del último trimestre.

c) La alternativa de las familias sustitutas

En 2010, por medio de la resolución 863/2010 del Gobierno del Uruguay, se creó en el marco del Gabinete Social del país un grupo de trabajo para coordinar el diseño del Sistema Nacional de Cuidados. Como parte del Sistema Nacional de Cuidados, existe un Servicio de Atención e Inserción Comunitaria (SAIC) de base hospitalaria, que practica y promueve la reinserción de personas de edad avanzada en su comunidad dentro de familias sustitutas en las que un miembro de la familia actúa como cuidador sujeto a un contrato de servicios remunerados. La persona mayor pasa a formar parte del núcleo familiar y, a través del Servicio, recibe apoyo y asistencia en múltiples disciplinas (geriatría, psiquiatría, enfermería, asistencia social) por parte del Hospital Luis Piñeyro del Campo.

En Costa Rica, en casos extremos en los que no hay un soporte familiar, existe la modalidad de la familia solidaria, que acepta hacerse cargo del pleno cuidado de estas personas con la supervisión rigurosa y la ayuda económica de la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores, así como los Hogares para Ancianos Comunitarios, que proporcionan un cuidado institucional de larga estancia.

d) Formación para el cuidado de las personas mayores

En la Argentina, el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios forma a mayores de 18 años interesados en brindar atención primaria a personas que necesitan ayuda en las actividades de la vida diaria y que no cuentan con familiares o allegados. Se brinda capacitación para realizar distintas tareas de cuidado, como administrar medicamentos orales y de uso externo prescritos por profesionales médicos, preparar alimentos y ayudar en su ingesta, cuidar la higiene y el arreglo personal o prevenir accidentes. El curso está orientado a quienes trabajan como cuidadores y quieren perfeccionar sus capacidades o para aquellos con vocación para esta labor y que quieran hacer de ella una salida laboral. La formación consta de un total de nueve módulos dictados por docentes, profesionales pedagógicos y un equipo de coordinación especializado en el tema y tiene una duración de cuatro meses, con 200 horas teóricas y 148 prácticas. Una vez finalizados los estudios, los alumnos reciben una certificación del Ministerio de Educación que los habilita para ejercer el oficio de manera profesional.

En el Brasil, el Ministerio de Salud lleva a cabo el Programa Nacional de Formación de Cuidadores de Personas de Edad (*Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos*), que hace hincapié en fomentar la comunicación entre la persona mayor y su familia y ofrece herramientas y estrategias para actuar en situaciones de riesgo o de emergencia.

En Cuba existe la Escuela de Cuidadores, un programa psicoeducativo impartido por un equipo multidisciplinario de profesionales que capacitan a los familiares a cargo del cuidado primario o secundario de pacientes con dependencia en el cuidado y manejo adecuado de las personas mayores dependientes y de ellos mismos.

En México, a través del Programa Nacional de Formación de Cuidadores de Adultos Mayores, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) capacita a personal voluntario como promotores de apoyo gerontológico, acompañantes y cuidadores de personas mayores. Esta formación es parte del Plan Geriátrico Institucional (GeriatriIMSS) y del Programa de Envejecimiento Activo (PREA), cuyos objetivos son mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad e independencia física, mental, emocional y social de este sector de la población.

Desde hace tres años, el Instituto de Previsión Social (IPS) del Paraguay ofrece, a través del Hospital Geriátrico Dr. Gerardo Buongermini, el Curso de Capacitación a los Cuidadores, centrado en aspectos relacionados con la problemática biopsicosocial y espiritual del cuidado. El curso no solo busca mejorar la calidad de vida de las personas mayores, sino también la de los cuidadores. El IPS está tramitando el reconocimiento oficial de este curso por parte del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el Ministerio de Educación y Cultura, de manera que los estudiantes puedan obtener una titulación y la acreditación de estos organismos oficiales.

Bibliografía

- ADI (Alzheimer's Disease International) (2016), *World Alzheimer Report 2016. Improving healthcare for people living with dementia: coverage, quality and costs now and in the future*, Londres, septiembre.
- Age UK (2017), "Paying for short-term and temporary care in a care home", *Factsheet*, N° 58, Londres, agosto.
- AISS (Asociación Internacional de la Seguridad Social) (2017), "Megatendencias y seguridad social: cambios demográficos. Resumen ejecutivo", Ginebra [en línea] <https://www.issa.int/es/details?uuid=90f7e601-ae4d-4df0-b696-bc366e1ded28>.
- _____(2010), "Cambios demográficos y seguridad social: desafíos y oportunidades", documento preparado para el Foro Mundial de la Seguridad Social, Ciudad del Cabo, 29 de noviembre a 4 de diciembre [en línea] <http://observatorio.anses.gov.ar/archivos/documentos/OBS%20-%2000045%20-%20Cambios%20demogr%C3%A1ficos%20y%20seguridad%20social.pdf>.

- Arias, A. (2002), "España abandona a sus mayores", *ABC*, Madrid, 30 de julio [en línea] http://www.abc.es/hemeroteca/historico-30-07-2002/abc/Sociedad/espaa%C3%B1a-abandona-a-sus-mayores_117821.html.
- Arrazola, L. (1999), "El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 34, N° 2, Madrid, Elsevier, marzo.
- Banco Mundial/FMI (Banco Mundial/Fondo Monetario Internacional) (2016), *Global Monitoring Report 2015/2016: Development Goals in an Era of Demographic Change*, Washington, D.C.
- Bárcena A. (2016), "Buscar la emancipación, objetivo de las nuevas políticas sociales", *Seminario Internacional: Renta Básica y Distribución de la Riqueza. Memorias del seminario (LC/MEX/L.1216)*, Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), septiembre.
- Barry, U. y C. Conlon (2010), "Elderly care in Ireland: provisions and providers", *UCD School of Social Justice Working Papers series*, vol. 10, N° 1, Dublín, University College Dublin, abril.
- Bertranou, F. (coord.) (2006), *Envejecimiento, empleo y protección social en América Latina*, Santiago, Organización Internacional del Trabajo (OIT), enero.
- Care Alliance Ireland (2015), *Family Caring in Ireland*, Dublín, marzo [en línea] <http://www.carealliance.ie/userfiles/file/Family%20Caring%20in%20Ireland%20Pdf.pdf>.
- Carretero, S., J. Garcés y F. Ródenas (2006), *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicossocial*, Valencia, Tirant lo Blanc.
- CDDH (Comité Directivo sobre Derechos Humanos) (2013a), *Compendium of Good Practices (CDDH-AGE(2013)04)*, Estrasburgo, mayo.
- ____ (2013b), "Draft recommendation CM/Rec(2014)... on the Committee of Ministers to member States on the promotion of the human rights of older persons", Estrasburgo, Consejo de Europa, 29 de noviembre [en línea] <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168045fe18>.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2018a), *La ineficiencia de la desigualdad (LC/SES.37/3-P)*, Santiago, mayo.
- ____ (2018b), *Panorama Social de América Latina, 2017 (LC/PUB.2018/1-P)*, Santiago, febrero.
- ____ (2017a), *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía (LC/CRE.4/3/Rev.1)*, Santiago, octubre.
- ____ (2017b), "Caribbean synthesis report on the implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing and the San José Charter on the Rights of Older Persons in Latin American and the Caribbean", Santiago, junio [en línea] https://conferenciaenvejecimiento.cepal.org/4/sites/envejecimiento4/files/caribbean_synthesis_report_ageing.pdf.
- ____ (2014), "La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe: la hora de la igualdad según el reloj poblacional" (DDR/2(MDP.1)), documento preparado para la Primera Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, Santiago, 12 a 14 de noviembre [en línea] https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37252/MPD_ddr2_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- ____ (2010), *La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir (LC/G.2432(SES.33/3))*, Santiago, mayo.
- ____ (2008), "Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe" (LC/G.2378(SES.32/14)), Santiago, junio [en línea] https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2894/S0800268_es.pdf.

- (2006), *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294(SSES.31/3)), Santiago, febrero.
- CEPAL/OIT (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Internacional del Trabajo) (2018), “Coyuntura laboral en América Latina y el Caribe. La inserción laboral de las personas mayores: necesidades y opciones”, *Boletín CEPAL-OIT*, N° 18 (LC/TS.2018/39), Santiago, mayo.
- Cichon, M. y otros (2004), *Financing Social Protection*, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo/Asociación Internacional de la Seguridad Social (OIT/AISS).
- Citizens Information Board (2018), “Carer’s Allowance”, Dublín [en línea] http://www.citizensinformation.ie/en/social_welfare/social_welfare_payments/carers/carers_allowance.html.
- Cloos, P. y otros (2010), “Active ageing: a qualitative study in six Caribbean countries”, *Ageing and Society*, vol. 30, N° 1, Cambridge, Cambridge University Press.
- Colombo, F. y otros (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, París, mayo.
- Comas-Herrera, A., R. Wittenberg y L. Pickard (2010), “The long road to universalism? Recent developments in the financing of long-term care in England”, *Social Policy and Administration*, vol. 44, N° 4, Hoboken, Wiley, agosto.
- Connor, S. y M. Sepúlveda (eds.) (2014), *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, Londres, Organización Mundial de la Salud/Worldwide Palliative Care Alliance (OMS/WPCA), enero.
- Donnelly, S. y A. O’Loughlin (2015), “Growing old with dignity: challenges for practice in an ageing society”, *Social Work in Ireland: Changes and Continuities*, A. Christie y otros (eds.), Londres, Palgrave.
- Donnelly, S. y otros (2016), “I’d Prefer to Stay at Home but I Don’t Have a Choice”. *Meeting Older People’s Preference for Care: Policy, but What About Practice?*, Dublín, University College Dublin.
- Eisenberg, R. (2014a), “Are you set to pay a \$262,800 nursing home bill?”, Saint Paul, Next Avenue, abril [en línea] <http://www.nextavenue.org/are-you-set-pay-262800-nursing-home-bill/>.
- (2014b), “Alzheimer’s tab for families: \$4,000 a month”, Saint Paul, Next Avenue, noviembre [en línea] <http://www.nextavenue.org/alzheimers-tab-families-4000-month/>.
- Etcheverría, X. (2014), “Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad”, *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (LC/L.3942), S. Huenchuan y R. I. Rodríguez (eds.), Ciudad de México, Gobierno de la Ciudad de México/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre.
- Fariñas, L. (2015), “Los cuidados del Alzheimer”, La Habana, Granma, 31 de mayo [en línea] <http://www.granma.cu/todo-salud/2015-05-31/los-cuidados-del-alzheimer>.
- Fernández, A. (2016), “Cuidado de las personas mayores y cuidadores: compatibilidad de agendas e intereses. La experiencia de Cuba”, Segunda Reunión de Expertos para el Seguimiento de la Carta de San José sobre los derechos humanos de las personas mayores, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 16 a 18 de noviembre [en línea] http://conferencias.cepal.org/carta_sanjose/17/Pdf/07%20Alberto%20Fernandez%20%5BCompatibility%20Mode%5D.pdf.
- Fogel, R. (2004), “Health, nutrition and economic growth”, *Economic Development and Cultural Change*, vol. 52, N° 3, Chicago, University of Chicago Press, abril.

- Garavan, R., H. McGee y R. Winder (2001), "Health and social services for older people (HeSSOP)", *Report*, N° 64, Dublín, National Council on Ageing and Older People [en línea] http://www.ncaop.ie/publications/research/reports/64_Hessop1.pdf.
- Gleckman, H. (2010), "Long-term care financing reform: lessons from the US and abroad", Nueva York, The Commonwealth Fund, febrero [en línea] https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2010_feb_1368_gleckman_longterm_care_financing_reform_lessons_us_abroad.pdf.
- Gobierno de Alemania (2008), "Cuarto informe del Gobierno sobre el seguro de dependencia", *Actualidad Internacional Sociolaboral*, N° 111, Madrid, Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, febrero [en línea] www.empleo.gov.es/es/mundo/Revista/Revista111/50.pdf.
- Grand View Research (2017), *U.S. Long Term Care Market Analysis by Service (Home Healthcare, Hospices, Nursing Care, Assisted Living Facilities), Competitive Landscape, And Segment Forecasts, 2013-2024*, San Francisco, agosto.
- Huenchuan, S. (2014), "'¿Qué más puedo esperar a mi edad?' Cuidado, derechos de las personas mayores y obligaciones del Estado", *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (LC/L.3942), S. Huenchuan y R. Rodríguez (eds.), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre.
- (2013), *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe: la hora de avanzar hacia la igualdad*, Libros de la CEPAL, N° 117 (LC/G.2553-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), enero.
- Huenchuan, S. y R. Rodríguez (2015), "Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México: diagnóstico y ineamientos de política", *Documentos de Proyectos* (LC/W.664), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), agosto.
- Kamiya, Y. y otros (2012), "Profile of community-dwelling older people with disability and their caregivers in Ireland", Dublín, The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA), mayo [en línea] https://tilda.tcd.ie/publications/reports/pdf/Report_CaregiversProfile.pdf.
- Lee, R. y A. Mason (2006), "¿Cuál es el dividendo demográfico?", *Finanzas y Desarrollo*, vol. 43, N° 3, Washington, D.C., Fondo Monetario Internacional (FMI), septiembre.
- Lee, R. y otros (2014), "Is low fertility really a problem? Population aging, dependency, and consumption", *Science*, vol. 346 N° 6206, Washington, D.C., Asociación Estadounidense para el Progreso de la Ciencia, octubre.
- Mason A. (2007), "Demographic transition and demographic dividends in developed and developing countries", *United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implication of Changing Population Age Structures* (ESA/P/WP.201), Nueva York, Naciones Unidas.
- MINSALUD/Colciencias (Ministerio de Salud y Protección Social/Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación) (2015), *SABE Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento*, Bogotá.
- Mortimer, J. y M. Green (2015), *Briefing: The Health and Care of Older People in England 2015*, Londres, Age UK, octubre.
- Naciones Unidas (2017), "Health inequalities in old age", Nueva York [en línea] <https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2018/04/Health-Inequalities-in-Old-Age.pdf>.
- (2015a), *World Population Prospects: The 2015 Revision. Key Findings and Advance Tables* (ESA/P/WP.241), Nueva York.

- ___ (2015b), "Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Rosa Kornfeld-Matte" (A/HRC/30/43), Nueva York, agosto [en línea] <http://undocs.org/es/A/HRC/30/43>.
- ___ (2013a), "Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez" (A/HRC/22/53), Nueva York, febrero [en línea] <https://undocs.org/es/A/HRC/22/53>.
- ___ (2013b), *National Transfer Accounts Manual: Measuring and Analysing the Generational Economy* (ESA/P.WP/226), Nueva York.
- ___ (2010), "Recomendación general N° 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos" (CEDAW/C/GC/27), Nueva York, diciembre [en línea] <https://undocs.org/es/CEDAW/C/GC/27>.
- ___ (2000), "Observación general N° 14 (2000): el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)" (E/C.12/2000/4), Nueva York, agosto [en línea] <http://undocs.org/es/E/C.12/2000/4>.
- NHS (Servicio Nacional de Salud) (2018), "Carers' breaks and respite care", Londres [en línea] <http://www.nhs.uk/Conditions/social-care-and-support-guide/Pages/breaks-for-carers-respice-care.aspx>.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2006), "Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers", *Economics Department Working Papers*, N° 477, París.
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2015), *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, Washington, D.C., junio.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2018), ILOSTAT [base de datos en línea] <http://www.ilo.org/ilostat/faces/ilostat-home?locale=es>.
- ___ (2017a), *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019: la protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible*, Ginebra.
- ___ (2017b), *Informe Mundial sobre la Protección Social 2014/15: hacia la recuperación económica, el desarrollo inclusivo y la justicia social*, Ginebra.
- ___ (2013), *Informe IV: empleo y protección social en el nuevo contexto demográfico*, Ginebra.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2016), "Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana", Ginebra, 69ª Asamblea Mundial de la Salud, 23 a 28 de mayo [en línea] http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R3-sp.pdf.
- ___ (2015), *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, Ginebra.
- OMS/IAF (Organización Mundial de la Salud/Institute for Alternative Futures) (2002), *A Long-Term Care Futures Tool-Kit: Pilot Edition*, Ginebra.
- OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud) (2016), *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2016*, Washington, D.C.
- Pinto, G. (2016), "El bono demográfico en América Latina: el efecto económico de los cambios en la estructura por edad de una población", *Población y Salud en Mesoamérica*, vol. 13, N° 1, San José, Universidad de Costa Rica (UCR), enero-julio [en línea] <http://biblioteca.ccp.ucr.ac.cr/handle/123456789/1544>.
- Ramos, P. (2015), "El sistema de salud en zonas indígenas de México: insuficiente y precario", *El Economista*, Ciudad de México, 9 de diciembre [en línea] <http://www.economiahoy.mx/nacional-eAm-mx/noticias/7208718/12/15/El-sistema-de-salud-en-zonas-indigenas-de-Mexico-insuficiente-y-precario.html>.

- Reinhard S., y otros (2015), "Valuing the invaluable: 2015 update. Undeniable progress, but big gaps remain", *Insight on the Issues*, N° 104, Washington, D.C., AARP Public Policy Institute, julio [en línea] <https://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/2015/valuing-the-invaluable-2015-update-new.pdf>.
- Rosero, L. y A. Robles (2008), "Los dividendos demográficos y la economía del ciclo vital en Costa Rica", *Papeles de Población*, vol.14, N° 55, Ciudad de México, Universidad Autónoma del Estado de México, enero-marzo.
- Saad, P. y otros (2012), *Juventud y bono demográfico en Iberoamérica* (LC/L.3575), Madrid, Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Iberoamericana de Juventud/Fondo de Población de las Naciones Unidas (CEPAL/OIJ/UNFPA), noviembre.
- SASSA (South Africa Social Security Agency) (2016), "A statistical summary of social grants in South Africa", *Fact Sheet*, N° 12, Pretoria, diciembre [en línea] <http://www.sassa.gov.za/index.php/knowledge-centre/statistical-reports?download=609:statistical-report-12-of-2016-31-december-2016>.
- Scheil-Adlung, X. (ed.) (2015), "Global evidence on inequities in rural health protection: new data on rural deficits in health coverage for 174 countries", *ESS Document*, N° 47, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (OIT) [en línea] <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=51297>.
- Selman-Houssein, E. y otros (2012), *Centenarios en Cuba: los secretos de la longevidad*, La Habana, Publicaciones Acuario/Centro Félix Varela/ Instituto de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED).
- Serrano, C. (2005), "La política social en la globalización: programas de protección en América Latina", *serie Mujer y Desarrollo*, N° 70 (LC/L.2364-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), agosto.
- SIIS (Centro de Documentación y Estudios) (2012), "El servicio de ayuda a domicilio en un contexto de crisis económica: principales tendencias en Europa", San Sebastián, noviembre [en línea] http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/r45-contss/es/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/El%20servicio%20de%20ayuda%20a%20domicilio%20en%20un%20contexto%20de%20crisis%20econ%C3%B3mica.pdf.
- Timonen, V., M. Doyle y C. O'Dwyer (2012), "Expanded, but not regulated: ambiguity in home-care policy in Ireland", *Health and Social Care in the Community*, vol. 20, N° 3. Hoboken, Wiley.
- Tribunal Supremo (2015), "Sentencia núm. 244/2015 de TS, Sala 1ª, de lo Civil, 13 de mayo de 2015", Madrid, mayo [en línea] <https://app.vlex.com/#vid/570910138>.
- UNIR (Universidad Internacional de La Rioja) (2016), "Los programas de respiro familiar: una decisión acertada", Madrid, 16 de marzo [en línea] <http://cuidadores.unir.net/informacion/actualidad/877-los-programas-de-respiro-familiar-una-decision-acertada>.
- Van Parijs P. y Y. Vanderborght (2017), *Ingreso básico: una propuesta radical para una sociedad libre y una economía sensata*, Ciudad de México, Grano de Sal.
- Villa, M. (2004), "La transición demográfica y algunos retos sobre población y desarrollo en América Latina", *Población y desarrollo en México y el mundo*, E. Zúñiga (coord.), Ciudad de México, Consejo Nacional de Población (CONAPO).
- Wittenberg, R. y otros (2006), "Future demand for long-term care, 2002 to 2041: projections of demand for long-term care for older people in England", *PSSRU Discussion Paper*, N° 2330, Londres, Personal Social Services Research Unit (PSSRU).
- Wong, Y. y J. Leung (2012), "Long-term care in China: issues and prospects", *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 55, N° 7, Abingdon, Taylor and Francis.

Capítulo V

Las disparidades que afectan los derechos humanos de las personas mayores y el cumplimiento de los ODS

Introducción

En este capítulo se abordan tres temas a los que el debate regional sobre los derechos humanos de las personas mayores ha hecho aportes significativos, ya sea por medio de su conceptualización, el reconocimiento de derechos o la identificación de las obligaciones por parte de los Estados en cuanto a su promoción, respeto y protección.

Se revisan las similitudes que existen entre los instrumentos aprobados en los últimos dos años en las Américas, Europa y África: la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la recomendación CM/Rec(2014)2 sobre la promoción de los derechos humanos de las personas de edad, aprobada por el Comité de Ministros de los Estados miembros del Consejo de Europa el 19 de febrero de 2014, y el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de las Personas de Edad en África, aprobado el 26 de enero de 2016 por la Asamblea de Jefes de Estados de la Unión Africana.

Estos tres instrumentos regionales representan el corpus de los derechos que actualmente se les reconocen específicamente a las personas mayores. Aunque presentan diferencias entre sí —más allá de que la recomendación del Consejo de Europa no sea de carácter vinculante—, se señalan preocupaciones comunes, como la igualdad y no discriminación, la violencia o el cuidado paliativo al final de la vida.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores es el único instrumento que trata de manera amplia los derechos de este grupo sobre los tres temas abordados en este capítulo, y el que más refleja las observaciones de los comités de los tratados y las interpretaciones que han hecho otros órganos de derechos humanos.

El Protocolo de la Carta Africana se destaca por la especificidad de los derechos que garantiza para las personas mayores, incluidos algunos que no son incorporados en los otros dos instrumentos, como ocurre con los derechos de grupos específicos. Por su parte, la recomendación del Consejo de Europa se centra en la promoción de los derechos de las personas mayores en algunos ámbitos y su contenido es la base para la política pública.

El acceso al crédito es el primer tema de este capítulo, como un ejemplo de la discriminación que sufren las personas mayores. Internacionalmente se reconoce la importancia del crédito por su contribución al desarrollo económico y a la reducción de las desigualdades, e incluso forma parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en su Objetivo 1 sobre la erradicación de la pobreza: De aquí a 2030, garantizar que todos los hombres y mujeres, en particular los pobres y los vulnerables, tengan los mismos derechos a los recursos económicos y acceso a los servicios básicos, la propiedad y el control de la tierra y otros bienes, la herencia, los recursos naturales, las nuevas tecnologías apropiadas y los servicios financieros, incluida la microfinanciación (meta 1.4 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 1).

Un mejor acceso al crédito permite que las personas gestionen su vida y su actividad económica de manera más apropiada. Entre los beneficios que produce, se encuentran el uso del crédito para aprovechar oportunidades y simplificar el consumo, o para mejorar la calidad de vida de las personas y sus hogares¹.

El crédito representa uno de los servicios financieros más básicos desde el punto de vista de la inclusión financiera, pues además de complementar los ahorros facilita tanto a los hogares como a las personas distribuir en el tiempo los flujos de ingresos y gastos, así como obtener bienes y servicios en momentos oportunos dentro de los ciclos financieros, promoviendo una mayor productividad económica.

El acceso al crédito de las personas mayores es un asunto generalmente ignorado, pese a que contribuye a su seguridad e inclusión económica. En este libro, el tema se aborda desde la perspectiva de los derechos humanos, en particular los derechos económicos, sociales y culturales, y el principio de igualdad y no discriminación.

¹ Por ejemplo, los trabajadores independientes o pequeños empresarios suelen utilizar créditos para hacer inversiones en activos tales como una máquina de coser, refrigeradores o implementos agrícolas que les ayudan en su emprendimiento, mientras que los hogares los pueden utilizar para acceder a la educación o a los servicios de salud (Villacorta y Reyes, 2012).

El segundo tema de este capítulo es el maltrato, que constituye una violación de los derechos humanos de las personas mayores y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación (OMS, 2002). Su reconocimiento como un problema social data de la década de 1980. A partir de entonces se ha producido un largo debate sobre su definición, tipología y formas de evitarlo (Naciones Unidas, 2002). A fines del siglo pasado, la definición más usada se refería al maltrato de las personas mayores como un acto único o reiterado, u omisión, que causa daño o aflicción a una persona mayor y que se produce en cualquier relación en que exista una expectativa de confianza (AEA, 1995). Los tipos de maltrato reconocidos eran el físico, el psicológico, el patrimonial y el autoabandono.

Hoy en día, gracias a los aportes de los Comités de los Tratados y a las discusiones que tuvieron lugar en África, las Américas y Europa sobre los derechos de las personas mayores, se cuenta con definiciones más precisas de este flagelo. Sin embargo, con independencia de dichos avances, se trata de un área cuya prevención y erradicación requiere medidas más energéticas, más aún cuando el tema debe ser incluido en el seguimiento de la meta 16.1 de los ODS sobre reducir todas las formas de violencia y de la meta 5.2 sobre eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres.

El tercer tema de que trata este capítulo son los cuidados paliativos al final de la vida y la muerte digna. Ambos devienen de una mayor conciencia acerca de que una vida más larga no siempre significa buena salud. Según la Organización Mundial de la Salud, en la región de las Américas la esperanza de vida al nacer para ambos sexos en 2015 era de 76,9 años y la esperanza de vida saludable al nacer era de 67,3 años.

Con el envejecimiento de la población, una proporción cada vez mayor de personas llega a una edad —75 años y más— en la que tiene riesgo de sufrir fragilidad y afrontar situaciones de multimorbilidad que requieren cuidados específicos sobre una base continua (Consejo de la Unión Europea, 2014). La prevalencia de enfermedades crónicas y progresivas, como el cáncer, la diabetes, los problemas cardiovasculares y el mal de Alzheimer, entre otras, hace más necesario el uso de este tipo de servicios que en épocas anteriores.

En 2012 casi 18 millones de personas en todo el mundo murieron con un dolor innecesario, y se estima que en la región de las Américas 365 de cada 100.000 adultos necesitaron cuidados paliativos, lo que la ubica en el tercer lugar a nivel mundial (Connor y Sepúlveda, 2014). La falta de capacitación del personal de salud, la limitada disponibilidad de medicamentos y la inexistencia de facilidades o apoyo para que los familiares brinden contención a las personas mayores con enfermedades terminales es una realidad cotidiana.

Pese a su importancia, este tema no está incluido explícitamente en la Agenda 2030, aunque se podría abordar por medio del seguimiento del ODS 5 donde se reconocen y valoran los cuidados, y del ODS 10, ya que ayuda a reducir la desigualdad en los países y entre ellos. Al respecto, la Secretaria Ejecutiva de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha manifestado que los cuidados paliativos ofrecen la oportunidad de recuperar la autonomía porque devuelven a la persona la posibilidad de decidir sobre los tratamientos y su aplicación, así como el derecho a que se respete su voluntad. Lamentablemente, a pesar de su importancia como asunto humanitario, los cuidados paliativos continúan siendo un privilegio y no están asegurados para todos (Bárcena, 2015).

A. Igualdad y no discriminación en el acceso al crédito en la vejez

1. El acceso al crédito en el marco de los derechos humanos

De acuerdo con las normas internacionales de derechos humanos, el acceso al crédito financiero sin discriminación es un derecho, vinculado al derecho fundamental a un nivel de vida adecuado, y los Estados deben adoptar medidas especiales para asegurarlo.

Así se desprende de uno de los principales instrumentos internacionales de derechos humanos, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que establece en su artículo 13 que: “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en otras esferas de la vida económica y social a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, los mismos derechos, en particular: (...) b) El derecho a obtener préstamos bancarios, hipotecas y otras formas de crédito financiero” (Naciones Unidas, 1979).

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores aborda el acceso al crédito en el artículo 24 sobre el derecho a la vivienda y en el artículo 30 sobre igual reconocimiento como persona ante la ley.

En el primero se establece la obligación de los Estados Parte de fomentar el acceso al crédito de vivienda u otras formas de financiamiento sin discriminación, promoviendo, entre otros, la colaboración con el sector privado, la sociedad civil y otros actores sociales.

Recuadro V.1
Recomendaciones de los órganos de Derechos Humanos

Un aspecto clave del enfoque de los derechos humanos aplicado a la temática del crédito es la discriminación en el acceso, como una expresión de violación del principio de igualdad y no discriminación. Este tema ha sido abordado por algunos Comités de Tratados y Procedimientos Especiales del Consejo de Derechos Humanos:

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Desde 2001 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha incorporado la temática del acceso al crédito en sus exámenes del cumplimiento de los países, solicitando información a los Estados partes y formulando recomendaciones relativas a la garantía del acceso al crédito sin discriminación^a. El Comité ha destacado cuatro aspectos vinculados a este tema: en primer lugar, la relación entre la falta de acceso al crédito y la extrema pobreza; en segundo término, la discriminación *de facto* que sufren las mujeres en el acceso al crédito; en tercer lugar, la importancia de los microcréditos para la superación de la pobreza, y por último, el acceso específico al crédito para la vivienda, como medida relacionada con el derecho a la vivienda.

En sus observaciones finales, el Comité ha destacado la falta de acceso al crédito como uno de los factores que incide en la extrema pobreza y ha instado a crear planes de crédito accesibles. Así lo señala en su informe de 2008 sobre la India, cuando en el párrafo 29 alude a su especial preocupación por la extrema pobreza causada por la falta de acceso al crédito^b, recomendando la adopción de medidas para corregir esa situación. Similar observación realizó en el examen del informe presentado por las Islas Salomón, indicando: “El Comité recomienda al Estado Parte [...] la creación de planes de crédito accesibles”^c. En tanto, en el examen de Senegal el Comité instó al Estado a que ofreciera “facilidades de crédito a tipos de interés razonablemente bajos”^d.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha destacado la desigualdad de acceso entre hombres y mujeres, criterio que es aplicable a otras dimensiones de la discriminación, como la edad. En su informe sobre el Ecuador señaló: “El Comité expresa preocupación por la desigualdad *de facto* que existe entre los hombres y las mujeres [...]. Esa desigualdad se refleja en [...] el limitado acceso al crédito”^e. También hizo observaciones semejantes en su examen de Guatemala, indicando: “El Comité pide al Estado Parte que vele por la igualdad de hombres y mujeres en todas las esferas de la vida, en particular tomando medidas eficaces para luchar contra la discriminación en [...] el acceso [...] al crédito”^f.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) ha realizado un análisis permanente y sistemático de la discriminación en el acceso al crédito, en este caso por razones de género. En la Recomendación general núm. 25, sobre el párrafo 1 del artículo 4 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, referente a medidas especiales de carácter temporal, el Comité “recuerda a los Estados Partes que las medidas especiales de carácter temporal deberán adoptarse para acelerar la modificación y la eliminación de prácticas culturales y actitudes y comportamientos estereotípicos que discriminan a la mujer o la sitúan en posición de desventaja”, e incluye entre esas medidas especiales a los créditos y préstamos (Naciones Unidas, 2004).

En sus exámenes, el Comité ha aplicado el artículo 13 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, formulando observaciones y recomendaciones relativas a la no discriminación en el acceso al crédito^g. En su examen de Malawi, el Comité expresó su preocupación “por la discriminación indirecta de que son objeto las mujeres al tener solamente un acceso limitado al crédito por su falta de garantías”^h.

Recuadro V.1 (continuación)

Según el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el acceso al crédito es parte de las medidas para el mejoramiento de las condiciones de vida, junto con la educación, el empleo, el acceso a la tierra y los servicios de salud; también se recomienda como medida para el empoderamiento económico y la participación. Así, por ejemplo, en sus observaciones finales a Costa Rica, el Comité alienta a ese país a adoptar medidas concretas y específicas para acelerar el mejoramiento de las condiciones de las mujeres en todos los ámbitos de la vida, y “exhorta al Estado parte a asegurar que [...] tengan pleno acceso a [...] las facilidades de crédito y puedan participar plenamente en los procesos de toma de decisiones”. Además, realizó una recomendación similar a Burkina Faso: “El Comité alienta también al Estado parte a que prosiga sus esfuerzos para promover el empoderamiento económico de las mujeres mediante su acceso al [...] crédito, [...] y otros recursos, teniendo en cuenta sus realidades sociales”³.

Entre los antecedentes de la labor del organismo en torno a esta temática, se destacan las observaciones sobre el examen de la Argentina del año 2010, en el que el Comité incluyó específicamente a las mujeres mayores y efectuó recomendaciones relativas al acceso al crédito. En el informe, el Comité señalaba que seguía “preocupado por la situación de las mujeres de las zonas rurales, en particular las mujeres de edad y las indígenas, a causa de su extrema pobreza, su marginación y su frecuente falta de acceso a [...] los mecanismos crediticios y los servicios comunitarios”. En ese escenario, exhortaba al Estado parte a prestar una atención especial a las necesidades de esos grupos específicos de mujeres y a asegurar que participaran en los procesos de adopción de decisiones y que tuvieran pleno acceso a los mecanismos crediticios⁴.

La Experta independiente encargada de la cuestión de los derechos humanos y la extrema pobreza

Complementando las observaciones y recomendaciones de los comités de los tratados de derechos humanos del sistema de las Naciones Unidas, la Experta independiente encargada de la cuestión de los derechos humanos y la extrema pobreza ha abordado en sus informes dos aspectos relacionados con el acceso al crédito. En primer lugar, en su informe sobre el proyecto de principios rectores sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, del Consejo de Derechos Humanos, llamó a recordar las obligaciones inmediatas y progresivas de los Estados con respecto al derecho a un nivel de vida adecuado, para lo que recomendó “que se garantice el acceso de las personas que viven en la extrema pobreza a los recursos financieros necesarios, como préstamos bancarios, hipotecas y otras formas de crédito” (Naciones Unidas, 2010a, párr. 76).

En segundo lugar, analizando las implicaciones de los contextos de crisis económica y financiera, la Experta independiente ha señalado que: “Para que los Estados cumplan su obligación de proteger, hay que reglamentar el sector bancario para obligar a las instituciones bancarias a servir a los intereses de la sociedad, por ejemplo, asegurando el acceso al crédito sin discriminación, especialmente de aquellos que están luchando con cargas económicas cada vez mayores” (Naciones Unidas, 2011, párr. 84).

Complementariamente, y ante la emergencia de situaciones de abusos financieros en torno a los créditos, la Experta independiente advirtió que: “Los Estados deberían garantizar medios adecuados de reparación para las personas perjudicadas por los actos cometidos por las instituciones del sector financiero, y aprobar reglamentos que desalienten las prácticas nocivas, implantando mecanismos de rendición de cuentas que penalicen las conductas de riesgo y procesen a los autores de las infracciones” (Naciones Unidas, 2011, párr. 84).

Fuente: Huenchuan Sandra y Rodríguez Rosa Icela (2015), *Acceso de las personas mayores al crédito, pensión alimentaria y derechos conexos en la Ciudad de México*, Publicación de las Naciones Unidas LC/L.4040, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), julio de 2015.

^a Véanse sus observaciones finales sobre los exámenes de: Senegal (E/C.12/1/ADD.62 (CESCR, 2001)), Benin (E/C.12/1/ADD.78 (CESCR, 2002)), Islas Salomón (E/C.12/1/ADD.84 (CESCR,

Recuadro V.1 (conclusión)

- 2002)), Brasil (E/C.12/1/ADD.87 (CESCR, 2003)), Guatemala (E/C.12/1/ADD.93 (CESCR, 2003)), Ecuador (E/C.12/1/ADD.100 (CESCR, 2004)), India E/C.12/IND/CO/5 (CESCR, 2008)), Nicaragua (E/C.12/NIC/CO/4 (CESCR, 2008)), Chad (E/C.12/TCD/CO/3 (CESCR, 2009)), Sri Lanka (E/C.12/LKA/CO/24 (CESCR, 2010)), Gabón (E/C.12/GAB/CO/1 (CESCR, 2013)) y El Salvador (E/C.12/SLV/CO/35 (CESCR, 2014)).
- ^b Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Observaciones finales, India” (E/C.12/IND/CO/5), 8 de agosto de 2008.
- ^c Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Observaciones finales, Islas Salomón” (E/C.12/1/Add.84), 19 de diciembre de 2002.
- ^d Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Observaciones finales, Senegal” (E/C.12/1/Add.62), 24 de septiembre de 2001.
- ^e Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Observaciones finales, Ecuador” (E/C.12/1/Add.100), 7 de junio de 2004.
- ^f Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Observaciones finales, Guatemala” (E/C.12/1/Add.93), 12 de diciembre de 2003.
- ^g Véanse las observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer sobre los exámenes de: Tailandia (A/54/38/REV.1(SUPP) (CEDAW, 1999)), Burkina Faso (A/55/38(SUPP) (CEDAW, 2000)), Nicaragua (A/56/38(SUPP) (CEDAW, 2001)), Suriname (A/57/38(SUPP) (CEDAW, 2002)), Argentina (A/59/38(SUPP) (CEDAW, 2004)), Paraguay (A/60/38(SUPP) (CEDAW, 2005)), Camboya (CEDAW/C/KHM/CO/3 (CEDAW, 2006)), Malí (CEDAW/C/MLI/CO/5 (CEDAW, 2006)), Togo (CEDAW/C/TGO/CO/5 (CEDAW, 2006)), Turkmenistán (CEDAW/C/TKM/CO/2 (CEDAW, 2006)), Guatemala (CEDAW/C/GUA/CO/6 (CEDAW, 2006)), Bosnia y Herzegovina (CEDAW/C/BIH/CO/3 (CEDAW, 2006)), Malawi (CEDAW/C/MWI/CO/5 (CEDAW, 2006)), Cuba (CEDAW/C/CUB/CO/6 (CEDAW, 2006)), Georgia (CEDAW/C/GEO/CO/3 (CEDAW, 2006)), Filipinas (CEDAW/C/PHI/CO/6 (CEDAW, 2006)), India (CEDAW/C/IND/CO/3 (CEDAW, 2007)), Perú (CEDAW/C/PER/CO/6 (CEDAW, 2007)), Suriname (CEDAW/C/SUR/CO/3 (CEDAW, 2007)), Nicaragua (CEDAW/C/NIC/CO/6 (CEDAW, 2007)), Viet Nam (CEDAW/C/VNM/CO/6 (CEDAW, 2007)), Azerbaiyán (CEDAW/C/AZE/CO/3 (CEDAW, 2007)), Namibia (CEDAW/C/NAM/CO/3 (CEDAW, 2007)), Mauritania (CEDAW/C/MRT/CO/1 (CEDAW, 2007)), Sierra Leona (CEDAW/C/SLE/CO/5 (CEDAW, 2007)), Vanuatu (CEDAW/C/VUT/CO/3 (CEDAW, 2007)), Mozambique (CEDAW/C/MOZ/CO/2 (CEDAW, 2007)), Níger (CEDAW/C/NER/CO/2 (CEDAW, 2007)), Serbia (CEDAW/C/SCG/CO/1 (CEDAW, 2007)), Pakistán (CEDAW/C/PAK/CO/3 (CEDAW, 2007)), Guinea (CEDAW/C/GIN/CO/6 (CEDAW, 2007)), Indonesia (CEDAW/C/IDN/CO/5 (CEDAW, 2007)), Nueva Zelanda (CEDAW/C/COK/CO/1 (CEDAW, 2007)), Hungría (CEDAW/C/HUN/CO/6 (CEDAW, 2007)), Brasil (CEDAW/C/BRA/CO/6 (CEDAW, 2007)), Belice (CEDAW/C/BLZ/CO/4 (CEDAW, 2007)), Estonia (CEDAW/C/EST/CO/4 (CEDAW, 2007)), Burundi (CEDAW/C/BDI/CO/4 (CEDAW, 2008)), Líbano (CEDAW/C/LBN/CO/3 (CEDAW, 2008)), Suecia (CEDAW/C/SWE/CO/7 (CEDAW, 2008)), Nigeria (CEDAW/C/NGA/CO/6 (CEDAW, 2008)), Madagascar (CEDAW/C/MDG/CO/5 (CEDAW, 2008)), Mongolia (CEDAW/C/MNG/CO/7 (CEDAW, 2008)), Rwanda (CEDAW/C/RWA/CO/6 (CEDAW, 2009)), Timor-Leste (CEDAW/C/TLS/CO/1 (CEDAW, 2009)), Suiza (CEDAW/C/CHE/CO/3 (CEDAW, 2009)), Guinea-Bissau (CEDAW/C/GNB/CO/6 (CEDAW, 2009)), Liberia (CEDAW/C/LBR/CO/6 (CEDAW, 2009)), Botswana (CEDAW/C/BOT/CO/3 (CEDAW, 2010)), Papua Nueva Guinea (CEDAW/C/PNG/CO/3 (CEDAW, 2010)), Federación de Rusia (CEDAW/C/USR/CO/7 (CEDAW, 2010)), Argentina (CEDAW/C/ARG/CO/6 (CEDAW, 2010)), Fiji (CEDAW/C/FJI/CO/4 (CEDAW, 2010)), Burkina Faso (CEDAW/C/BFA/CO/6 (CEDAW, 2010)), Costa Rica (CEDAW/C/CRI/CO/56 (CEDAW, 2011)), Etiopía (CEDAW/C/ETH/CO/67 (CEDAW, 2011)), Zambia (CEDAW/C/ZMB/CO/56 (CEDAW, 2011)), Nepal (CEDAW/C/NPL/CO/45 (CEDAW, 2011)), Chad (CEDAW/C/TCD/CO/14 (CEDAW, 2011)), Côte d'Ivoire (CEDAW/C/CIV/CO/13 (CEDAW, 2011)), Zimbabue (CEDAW/C/ZWE/CO/25 (CEDAW, 2012)), Brasil (CEDAW/C/BRA/CO/7 (CEDAW, 2012)), Bulgaria (CEDAW/C/BGR/CO/47 (CEDAW, 2012)), Guyana (CEDAW/C/GUY/CO/78 (CEDAW, 2012)), Guinea Ecuatorial (CEDAW/C/GNQ/CO/6 (CEDAW, 2012)), Angola (CEDAW/C/AGO/CO/6 (CEDAW, 2013)) y República Democrática del Congo (CEDAW/C/COD/CO/67 (CEDAW, 2013)).
- ^h Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Observaciones finales, Malawi” (CEDAW/C/MWI/CO/5), 3 de febrero de 2006.
- ⁱ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Observaciones finales, Costa Rica” (CEDAW/C/CRI/CO/56), 2011.
- ^j Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Observaciones finales, Burkina Faso” (CEDAW/C/BFA/CO/6), 2010.
- ^k Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Observaciones finales, Argentina” (CEDAW/C/ARG/CO/6), 2010.

El artículo 30 amplía este deber, indicando que los Estados “tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de la persona mayor, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietaria y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que la persona mayor no sea privada de sus bienes de manera arbitraria”.

El acceso al crédito no forma parte de la recomendación CM/Rec(2014)2 del Consejo de Europa ni del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de las Personas de Edad en África. No obstante, estos instrumentos contienen disposiciones específicas sobre la igualdad y la no discriminación. Por ejemplo, el artículo 3 del Protocolo se refiere a la eliminación de todas las formas de discriminación que afecten a las personas mayores, incluidas aquellas de índole cultural, social y legal, y en el artículo II.6 de la recomendación del Consejo de Europa se reconoce que las personas mayores gozarán de sus derechos y libertades sin discriminación de ningún tipo, incluida la edad.

2. La discriminación por edad en el acceso al crédito

La seguridad económica se define como la capacidad de disponer de forma independiente de una cantidad de recursos económicos regulares y suficientes para garantizar una buena calidad de vida (Guzmán, 2002), aunque también existen otros elementos que influyen en el bienestar de las personas mayores, varios de los cuales proceden de las transferencias que realizan sus propios familiares por medio de especies o de tiempo dedicado a prestarles asistencia o cuidado. La confluencia de ambos elementos (económicos y no económicos) permite a las personas mayores satisfacer sus necesidades, mantener su autonomía y adoptar sus propias decisiones.

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

En este marco, la posición financiera es de suma importancia para la seguridad económica de las personas mayores y, por lo tanto, para su calidad de vida. La posibilidad de procurarse vivienda, comida, un seguro complementario de salud y otros bienes y servicios puede aumentar o limitar su bienestar, y todo ello depende precisamente de su posición financiera. Sin embargo, con frecuencia las personas mayores no tienen la opción de mejorarla.

Después del retiro, disminuyen las oportunidades de generar ingresos mediante el trabajo o los negocios. Las herencias ya se han recibido y no hay posibilidad de reparar una mala inversión. Además, a pesar de que se reconozca la experiencia de las personas mayores como parte de sus activos para generar nuevos negocios, las escasas o nulas posibilidades de acceder a financiamiento afectan notablemente cualquier iniciativa que deseen emprender (NIACE, 2008).

Ante las presiones financieras que enfrentan las personas en esta etapa de la vida, incluidas las emergencias, el acceso al crédito puede ser una herramienta particularmente importante para la población adulta mayor. Sin embargo, el acceso de este grupo etario al crédito sigue siendo muy limitado y discriminatorio. La falta de correspondencia entre la magnitud de la necesidad y la atención que se le dedica es asombrosa. En el mejor de los casos, este problema solo ha recibido la atención de las autoridades públicas, pero no ha sido objeto de investigación ni ha sido tratado en los debates sobre la inclusión financiera (Naciones Unidas, 2012).

Las variadas estrategias de ingresos de las personas mayores tienen repercusiones en sus necesidades de servicios financieros, sobre todo porque sus gastos pueden ser impredecibles y el flujo de sus ingresos no siempre es constante. Sin embargo, en todo el mundo, los proveedores formales de servicios financieros a menudo excluyen a las personas mayores. De acuerdo con la Comisión para la Igualdad de Irlanda del Norte, la principal causa radica en la discriminación de la que son objeto (Fitzpatrick y Kingston, 2008), que se expresa principalmente por dos vías: i) directa (homologando la edad avanzada al riesgo) y ii) indirecta (estableciendo barreras de accesibilidad, como el uso obligado de lectoescritura en los trámites, restringiendo los mecanismos de información acerca del crédito a la modalidad electrónica o en línea, o imponiendo formas contemporáneas de administración del dinero).

Un informe del Secretario General de las Naciones Unidas de 2012 llega a la misma conclusión cuando señala que “existen crecientes pruebas incidentales de que la integración social de las personas mayores está restringida por las sanciones y los límites de edad impuestos por los proveedores de seguros y las instituciones financieras [...]. La discriminación por motivos de edad es un fenómeno generalizado, especialmente en relación con los seguros de viajes, los seguros sanitarios complementarios, las hipotecas y los préstamos [...]. En la mayoría de los países, los bancos restringen el acceso a las hipotecas y los créditos a largo plazo para las personas que superan determinada edad, generalmente de 65 a 70 años. Además de ser excluyentes y discriminatorias, dichas restricciones a las personas de edad obstaculizan su acceso a los servicios básicos, la vivienda, los enseres domésticos y el transporte” (Naciones Unidas, 2012).

La discriminación de las personas mayores en este ámbito afecta a unas más que a otras. En Inglaterra, un estudio del International Longevity Centre y AGE UK demostró que en 2008 las probabilidades de una persona mayor perteneciente a una minoría étnica de ser excluida de los servicios financieros eran tres veces más altas que las de una que no pertenecía a alguno de esos grupos. El mismo estudio dio a conocer que, a medida que avanzaba la edad, las personas mayores eran más propensas a ser excluidas del acceso a los productos financieros. Por ejemplo, entre 2002 y 2008, el 9,3% de las personas de 80 años y más experimentaron esta exclusión, en comparación con el 2,1% de las personas de 50 a 59 años (Kneale, 2012).

La discriminación de las personas mayores en el acceso al crédito favorece situaciones de abuso, puesto que, ante esa barrera, deben acudir a préstamos caros y a veces ilegales. La posibilidad de que este endeudamiento derive en una deuda excesiva aumenta, y puede ir de la mano de modalidades agresivas de cobro y del estrés asociado a esas situaciones. Muchos también suelen pedir dinero prestado a amigos o parientes. Cuando estos préstamos no se pueden pagar, conducen a la ruptura de relaciones que son cruciales para la calidad de vida en esa etapa, sobre todo cuando existen problemas económicos, lo que genera un efecto dominó de falta de pagos. Como ejemplo de ello, en 2011 el 5% de los europeos de 55 años manifestaba que no podía cumplir con los pagos programados de préstamos otorgados por sus familiares o amigos (European Microfinance Network, 2012).

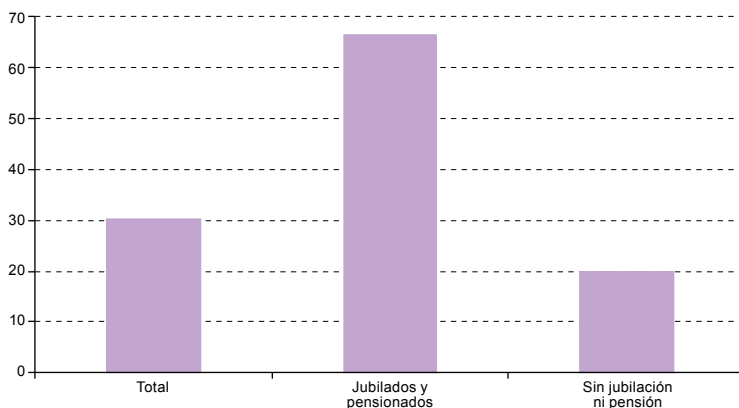
También pueden encontrarse estas circunstancias abusivas en la oferta formal de créditos. En Chile, por ejemplo, en un estudio del Servicio Nacional del Consumidor (SERNAC) realizado en 2014, se observó que existen 13 entidades colocadoras masivas de fondos que declaran ofrecer algún producto o servicio financiero específico para pensionados o personas mayores. El 47% de las instituciones financieras incluidas en el estudio registran un costo total del crédito más elevado que el promedio de la industria financiera. La diferencia entre la alternativa más económica y la más cara es de aproximadamente 500 dólares. Esto equivale a prácticamente la mitad del monto líquido del crédito solicitado (SERNAC, 2014). En la Argentina, uno de cada tres jubilados —cerca de 2 millones de personas— solicitan créditos que se descuentan directamente de sus haberes previsionales a través de distintas entidades como cooperativas, mutuales, sindicatos y bancos. En general, estos créditos presentan tasas altísimas, de hasta un 159% del costo financiero total del monto solicitado.

Recuadro V.2 Acceso de las personas mayores al crédito en México

El acceso a servicios financieros es bajo entre la población adulta mayor mexicana. De acuerdo con información de la Encuesta Nacional de Inclusión Financiera (ENIF) de 2012, solo 30 de cada 100 personas de 65 a 70 años entrevistadas declaraban tener alguna cuenta de ahorro o nómina, inversión u otra modalidad de servicio financiero con alguna institución bancaria. En el caso de las personas con pensión o jubilación, 66 de cada 100 tienen acceso a los servicios de las instituciones bancarias. Entre las personas sin jubilación, el acceso a las cuentas bancarias se reduce a 20 de cada 100 individuos (véase el gráfico 1). La principal causa de que los miembros de este segmento etario queden al margen de la bancarización es que sus ingresos son insuficientes o irregulares; así lo refiere el 47,2% de las personas mayores pensionadas o jubiladas sin acceso a los servicios bancarios.

Ante la falta de acceso al sistema bancario, el 22% del total de la población adulta mayor guarda su dinero en casa o con familiares o conocidos, mientras que el 25,4% de aquella que está pensionada o jubilada elige esta opción. Entre las alternativas de ahorro informal, se destaca la participación en grupos de ahorro, a la que recurre un 7,6% de las personas mayores; el 3% utiliza cajas de ahorro de amigos o conocidos, y el 4,3% decide prestar sus recursos. Por su parte, entre las personas mayores con pensión o jubilación, el 4,8% participa en grupos de ahorro, el 4% utiliza cajas de ahorro y el 2,3% decide prestar sus fondos (véase el gráfico 2).

Gráfico 1
México: personas de 65 a 70 años con acceso a cuentas bancarias, 2012
(En porcentajes^a)

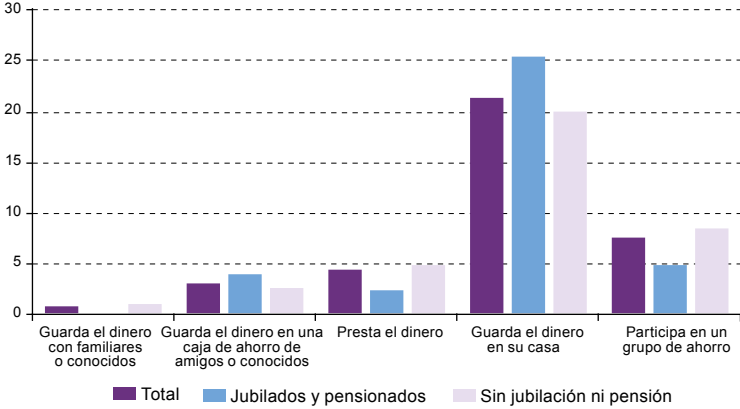


Fuente: Comisión Nacional Bancaria y de Valores (CNBV)/Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Encuesta Nacional de Inclusión Financiera. El desarrollo de una encuesta de demanda: el caso de México", Ciudad de México, junio de 2012.

^a Los porcentajes corresponden a respuestas afirmativas en la Encuesta Nacional de Inclusión Financiera (ENIF).

Recuadro V.2 (conclusión)

Gráfico 2
México: hábitos de ahorro de las personas de 65 a 70 años, 2012
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Nacional Bancaria y de Valores (CNBV)/Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Encuesta Nacional de Inclusión Financiera. El desarrollo de una encuesta de demanda: el caso de México", Ciudad de México, junio de 2012.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Comisión Nacional Bancaria y de Valores (CNBV)/Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Encuesta Nacional de Inclusión Financiera. El desarrollo de una encuesta de demanda: el caso de México", Ciudad de México, junio de 2012.

Recuadro V.3
El acceso de las personas mayores al crédito en otras regiones del mundo

En el sistema formal, la mayoría de los programas de acceso al crédito específicos para las personas mayores son ofrecidos por entidades públicas y consisten en préstamos de bajo monto, asociados al valor de la jubilación mensual. Una de las principales barreras que presentan estos préstamos es que las personas mayores que no poseen cobertura previsional son excluidas del sistema y se ven obligadas a solicitarlos en entidades privadas (bancarias o financieras), sin tasas preferenciales ni otros beneficios.

Las iniciativas más inclusivas de acceso al crédito para la población adulta mayor no son generadas por el sistema financiero formal, sino por programas de microfinanzas, que no exigen como requisito que la persona esté bancarizada. Estos programas alcanzan a la población de menores recursos, brindan préstamos de bajo monto no asociados al ingreso de la pensión y ofrecen tasas de interés preferenciales. Suelen ser el resultado de asociaciones entre cooperativas y entidades de gobierno, orientadas a dar soluciones a las personas mayores excluidas del circuito crediticio formal.

Recuadro V.3 (conclusión)

Los programas de créditos para las personas mayores ofrecidos por el sistema financiero formal suelen variar sus tasas, montos y plazos de devolución de acuerdo con la edad. Las tasas de interés oscilan entre el 7% y el 30%, mientras que en las entidades privadas parten del 50% y pueden llegar al 106%. A modo de ejemplo, en un estudio realizado en Chile en 2014 por el SERNAC, se compararon las tasas de interés de distintas entidades crediticias (públicas y privadas); se obtuvo como resultado que, para acceder al mismo crédito, el Banco Estado ofrecía la tasa más económica y La Polar (entidad financiera privada) la más alta, con una diferencia del 214% entre ambas.

El monto es otro indicador que se modifica de acuerdo con la edad del solicitante. A mayor edad, menor es el monto asignado y menor el plazo de devolución. En general, los préstamos no pueden exceder el 30% o el 40% del haber mensual del pensionado. A los 90 años, el plazo de devolución es de diez meses como máximo.

Un elemento común de casi todos los programas de crédito disponibles para las personas mayores es el límite de asignación por edad. En los programas ofrecidos por entidades públicas, la edad máxima de incorporación oscila entre los 85 y los 90 años. Otra de las restricciones de los programas de crédito existentes es su destino: muchos están dirigidos a financiar el acceso o las mejoras de la vivienda. Solo algunos países abren las posibilidades de inversión de las personas mayores hacia otros ámbitos que ellas decidan, por ejemplo, la creación de oportunidades de negocio.

Por último, a las personas mayores se les suelen pedir garantías mucho más exigentes que a otros grupos de edad. Por ejemplo, el programa de crédito para viviendas sociales del Estado Plurinacional de Bolivia pide como garantía al solicitante que un hijo o hija actúe como codeudor —pero en ningún caso como copropietario—, con la finalidad de asegurar que la deuda contraída se pague completamente. En otros casos, se le exige contar con una propiedad, cuyo valor se relaciona estrechamente con el monto del crédito al que puede acceder.

En la práctica, las personas mayores no solamente se enfrentan a la discriminación por edad en el acceso al crédito, sino que muchas de las iniciativas existentes facilitan su descapitalización o la pérdida de su patrimonio. Además de afectar su capacidad financiera, este hecho incide en la posibilidad de dejar en herencia el patrimonio a sus descendientes. La desigualdad implícita de tales prácticas es evidente, porque las más perjudicadas son las personas mayores pobres.

Pese a lo anterior, cuando existe disposición y se establecen mecanismos de exigibilidad, es posible brindar un trato igualitario a las personas de edad en este ámbito de la realidad social. Un estudio realizado por AGE Platform Europe ofreció dos ejemplos de buenas prácticas de no discriminación en este sentido. El primero tenía por escenario a Malta, país en el que las decisiones para conceder préstamos se basaban exclusivamente en la capacidad de reembolso de una persona, independientemente de la edad del solicitante. El segundo ejemplo ocurría en Suecia, donde, tras un amplio debate entablado en los medios de comunicación en agosto de 2008, todos los bancos del país suprimieron voluntariamente las prácticas discriminatorias por motivos de edad en la concesión de tarjetas de crédito, préstamos e hipotecas (Naciones Unidas, 2012).

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

3. El acceso al crédito para personas mayores en América Latina y el Caribe

En la Argentina, en respuesta a las crecientes dificultades que enfrentaba la población adulta mayor en este ámbito, en 2012 se creó el Programa Argenta, destinado a todos los jubilados y pensionados del Sistema Integral Previsional Argentino (SIPA) y financiado con recursos del Fondo de Garantía de Sustentabilidad (FGS) de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES).

En ese marco, se brindan créditos por un monto que va desde los 65 hasta los 2.500 dólares, que pueden ser devueltos en 12, 24 o 40 cuotas, teniendo en cuenta que la cuota no puede superar el 30% de los ingresos netos mensuales.

Durante los primeros años de ejecución, el préstamo se efectuaba a través de una tarjeta y los afiliados podían usar el monto recibido en compras de comercios adheridos al programa. A partir de noviembre de 2015, es posible extraer en efectivo hasta el 100% del monto del préstamo, que se deposita en una cuenta bancaria del jubilado.

Entre las principales dificultades del programa, se encuentra el hecho de que existe un límite de edad para el otorgamiento (89 años) y para la cancelación de la última cuota (menos de 91 años).

En el ámbito privado, para obtener un préstamo personal o una tarjeta para consumo en el país, se puede tener hasta 68 años. Para recibir una tarjeta de crédito para consumo también en el exterior, la edad media máxima es de 67 años. Los bancos provinciales cuentan con límites más altos, que llegan hasta 83 años.

Otro caso de éxito de la Argentina es el préstamo Nación Tercera Edad, que otorga hasta 80.000 pesos en cuotas fijas hasta cinco años, con tasas más bajas que las de mercado. La novedad es que no solo está dirigida a aquellas personas que cobran su jubilación o pensión en el Banco de la Nación Argentina, sino que también pueden acceder todos los jubilados y pensionados, independientemente del banco en que estén registrados. De todos modos, para estos últimos el monto o los plazos de devolución son menores y las tasas un poco más elevadas, pero aun así, inferiores a las actuales de plaza.

En el Estado Plurinacional de Bolivia existe un programa de créditos para la vivienda social dirigido a jubilados y pensionados. Los créditos se destinan a la adquisición de una vivienda o a la refacción, remodelación, ampliación y cualquier obra de mejora de una vivienda unifamiliar, independientemente del tipo de garantía que respalde la operación crediticia, y cuando el valor de esta con las obras de mejoramiento no

supere los valores comerciales máximos establecidos para una vivienda de interés social. Este programa está respaldado por el artículo 74 de la Ley de Servicios Financieros núm. 393, que establece que los consumidores gozan del acceso a los servicios financieros con trato equitativo, sin discriminación por razones de edad, género, raza, religión o identidad cultural.

Sin embargo, en la práctica, solo las personas de clase media pueden acceder a dicho préstamo, pues uno de los requisitos de otorgamiento es contar con ingresos superiores a 900 dólares, considerándose el total de los ingresos que percibe una familia y no solamente el cónyuge. Además, se analiza la capacidad de pago: para que la persona mayor pueda acceder al crédito, un hijo o una hija puede servir de garante para que, en el caso de que el jubilado fallezca, asuma la deuda. Solamente cumpliendo estos requisitos, los jubilados están habilitados para acceder a los préstamos en los tres rangos de tasas de interés y de acuerdo con los ingresos que reciban. El crédito se otorga por medio del Banco Unión.

El programa Mi Vivienda Mi Vida (*Minha Casa Minha Vida* (MCMV)) es un programa habitacional del Gobierno Federal del Brasil que tiene como propósito incentivar la producción y adquisición de nuevas unidades habitacionales o la recalificación de inmuebles urbanos y la producción o reforma de viviendas rurales. El programa alcanzó a cerca de 6,8 millones de personas, lo que equivale a toda la población de Río de Janeiro, la segunda mayor ciudad del Brasil. El componente del programa denominado “Franja 1,5” beneficia a las familias que tienen un ingreso bruto mensual de hasta 750 dólares con subsidios de hasta 14.285 dólares. A pesar de su gran impacto, a 2016 solo el 6,2% de los créditos del programa fueron asignados a personas mayores. A partir de 2012 se elevó la edad límite de acceso de 75 a 80 años.

Por otra parte, el Banco Central del Brasil, mediante un convenio con el Instituto Nacional del Seguro Social, ofrece créditos a jubilados y pensionados, que no deben comprometer más del 30% de sus ingresos netos en el pago de la cuota mensual. La cantidad mínima que se presta es de 37 dólares y la máxima de 14.800 dólares. El interés del crédito fluctúa entre el 1,5% y el 2,4% mensual —cifra menor que la que cobran los bancos privados— y es posible pagarlo en un plazo de 2 a 36 cuotas.

En Colombia existe un programa llamado Colombia Mayor, que ofrece un plan de transferencias de efectivo para personas mayores que viven en la pobreza. Es financiado por un fondo de solidaridad que cobra un 1% del salario de las personas que ganan una suma equivalente a más que cuatro sueldos mínimos, así como por el tesoro público. El nivel de beneficio de la transferencia de efectivo es bajo, inferior al 5% del ingreso medio, de solo 32 dólares por mes. La prestación de Colombia Mayor se paga en efectivo a través de redes no bancarias tales como agentes

de transferencia de dinero, que cuentan con 1.800 puntos de pago y cobran entre un 4% y un 5% por transacción. Estas entidades operan en vecindarios pobres de áreas remotas, y se acercan más a las comunidades marginadas que los bancos tradicionales. El día de pago se anuncia por radio en la comunidad, y los beneficiarios tienen 15 días para cobrar su dinero en un punto de pago específico.

En el ámbito privado, existen dos instancias muy localizadas de acceso al crédito para las personas mayores. Una es la Cooperativa Financiera CONFIAR, que ofrece líneas de crédito para financiar la compra de bienes y servicios, con diversos requisitos según el tipo de crédito que se solicite. La segunda es el Fondo de Empleados del Departamento de Antioquia (FEDEAN), una empresa de ahorro y crédito del sector de la economía solidaria que brinda créditos a jubilados y pensionados de la gobernación, de los entes territoriales municipales y de las instituciones descentralizadas del departamento. Esta entidad ofrece cuatro tipos de créditos: i) créditos ordinarios de libre inversión a un plazo máximo de 36 meses; ii) créditos extraordinarios para resolver eventualidades o emergencias, de hasta 6 meses de plazo; iii) créditos sociales orientados a financiar servicios de salud, compra de electrodomésticos u otras necesidades, y iv) créditos especialmente dirigidos a personas de 75 años y más afiliados a la institución. Además, Colombia posee un Fondo de Pensiones Públicas (FOPEP) que ofrece créditos a pensionados de hasta 84 años desde un mínimo de 400 dólares, con tasa fija.

En el Perú, el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017 del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables ofrece créditos para microemprendimientos a las personas mayores que no reciben pensión, pero sus tasas de interés son superiores a las de la banca oficial.

Por su parte, el Banco de Crédito del Perú (entidad privada) ofrece créditos sin garantía, para cuyo acceso se requiere ser una persona mayor que percibe ingresos por jubilación, pensión o trabajo independiente. El monto del crédito fluctúa entre los 100 y los 6.400 dólares, con tasas de interés de entre el 13,5% y el 16,08% anual. La devolución se puede realizar hasta en 48 cuotas. También existe el Programa de Préstamos Multired, ofrecido por el Banco de la Nación, que permite el acceso al crédito a los pensionistas del sector público que sean clientes de esa entidad. El importe se establece sobre la base de la capacidad de pago del cliente de acuerdo con su remuneración o pensión, aunque a medida que aumenta la edad del solicitante, el monto comprometido es menor. La tasa efectiva es del 16,08% anual y se puede pagar hasta en 36 cuotas.

En el Uruguay no existe ningún impedimento legal para que las personas mayores accedan a los créditos de la banca privada y pública. Esto significa que el Banco Central no impone restricciones a las instituciones financieras para que otorguen créditos hipotecarios cuyo plazo de pago se extienda más allá de los 70 años de edad del solicitante o para que las personas mayores accedan a tarjetas de crédito bancarias. No obstante, en la práctica los bancos prefieren no hacerlo por razones de riesgo, y existen varias entidades del sistema financiero que exigen requisitos de edad para la solicitud de créditos o de seguros de vida (65 o 70 años).

El Banco de Previsión Social (BPS) del Uruguay, en su calidad de institución de seguridad social del país, otorga créditos a todas las personas que perciben haberes mensuales en esa entidad por concepto de jubilaciones, pensiones de sobrevivencia, gratificables, de vejez e invalidez, pensiones especiales compensatorias y subsidios transitorios por incapacidad compensada.

Los préstamos que se conceden no deben superar los seis haberes nominales mensuales percibidos a la fecha de la solicitud, con un tope de 7.500 dólares al valor del año 2011. Los préstamos que brinda el BPS son compatibles con los créditos personales obtenidos en el Banco de la República Oriental del Uruguay, siempre que el descuento de las cuotas de ambos no exceda el 40% de la suma de los haberes nominales permanentes de todas las prestaciones que percibe el afiliado al BPS. Cuando existan deudas por préstamos pendientes, la cuota de retención puede llegar al 60% de los haberes nominales. Las tasas de interés van del 12% al 32% anual, dependiendo del número de cuotas.

El plazo de la operación se fija en 6, 12, 18 o 24 meses, a opción del interesado, y el crédito puede renovarse cuando se haya cumplido, como mínimo, con un 40% del plazo y las cuotas pactadas. Las cuotas mensuales de los préstamos otorgados por el BPS se descuentan de las prestaciones del solicitante. Las causas de nulidad y bajas son el fallecimiento, la renuncia a la prestación jubilatoria o su suspensión, la cancelación de la deuda y la insuficiencia de liquidez.

En el Ecuador, el Banco del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (BIESS) cuenta con créditos quirografarios, destinados a que los afiliados o jubilados sujetos de crédito puedan obtener recursos para solventar sus necesidades de consumo. El plazo de pago es de hasta cuatro años y, dependiendo de la capacidad de pago (según la pensión recibida), se podrá solicitar un monto de hasta 80 salarios básicos unificados. La tasa de interés actual de los préstamos quirografarios es del 11,07% anual, aunque varía en función del plazo y se reajusta semestralmente.

Recuadro V.4

Chile y la protección de las personas mayores como consumidores

En Chile, el Servicio Nacional del Consumidor (SERNAC) ha manifestado su preocupación por el endeudamiento de las personas mayores. Según la encuesta de Conocimiento y Evaluación de los Consumidores en Materias Financieras, 2014, realizada por el organismo, el 65% de las personas de 60 años y más tiene una deuda en tarjetas de crédito de casas comerciales, un 29% dice tener deudas con tarjetas de crédito bancarias y un 26% por créditos de consumo.

En este país, la Ley núm. 19.496 de protección de los derechos de los consumidores establece los derechos de los usuarios y las obligaciones de las empresas con respecto a los créditos de consumo. El SERNAC ha recomendado expresamente a las empresas respetar a las personas mayores como consumidores.

Esto significa que hay que abrir espacios para las personas mayores en el mercado. Para ello, la tarea de las empresas es entregarles información clara sobre los productos y servicios que ofrecen, disponer de contratos legibles, no discriminarlas arbitrariamente y permitirles un consumo seguro.

Para cumplir con estas obligaciones, las instituciones financieras deben seguir una serie de procedimientos, entre los cuales se encuentran los siguientes:

- Informar adecuadamente, de forma veraz y oportuna, las condiciones del crédito. También se deben respetar las condiciones difundidas en la publicidad respectiva.
- Respetar las condiciones ofrecidas al momento de la cotización del crédito, que tiene una vigencia mínima de siete días. Es decir que en ese plazo no se pueden cambiar las condiciones, lo que permite a la persona mayor compararlas con las de otras instituciones.
- Entregar la hoja de resumen en un formato estándar, que debe ir en la primera carilla del contrato y de las cotizaciones. Allí se deben indicar el precio y todos los costos asociados al crédito que se está solicitando, entre otros aspectos relevantes.
- Informar la Carga Anual Equivalente (CAE) y el Costo Total del Crédito (CTC) en toda publicidad de créditos.
- Informar trimestralmente la evolución del crédito, señalando cuánto se ha pagado y cuánto resta por pagar.
- No vender ni ofrecer productos condicionando su entrega a la contratación de otros productos o servicios.
- No interferir en la facultad de poner término anticipado al contrato de crédito de consumo por la sola voluntad del consumidor, siempre que con ello se extingan totalmente las obligaciones con el proveedor por dicho crédito.
- Informar por escrito las razones del rechazo del crédito, aduciendo razones objetivas.

Fuente: Servicio Nacional del Consumidor (SERNAC) de Chile, "SERNAC presenta radiografía de créditos de consumo para los adultos mayores", noviembre de 2014 [en línea] <http://www.sernac.cl/sernac-presenta-radiografia-de-creditos-de-consumo-para-los-adultos-mayores/>.

B. El maltrato de las personas mayores como un problema de derechos humanos

1. El derecho a una vida libre de violencia en la vejez

Como ha ocurrido con otros grupos sociales, la violencia contra las personas mayores ha traspasado el mundo privado para someterse al escrutinio público. Si en principio este problema se ubicó en el marco del discurso sobre la vulnerabilidad, hoy se insiste en abordar la violencia en la vejez con un enfoque basado en los derechos humanos. Los Comités de los Tratados y, más recientemente, los instrumentos regionales han apoyado este cambio de perspectiva, la que también ha contado con el respaldo de la CEPAL. En la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe, los Estados miembros de la Comisión manifestaron su rechazo a todo tipo de maltrato hacia las personas mayores y se comprometieron a trabajar por su erradicación².

Recuadro V.5

El maltrato de las personas mayores en los Comités de los Tratados de Derechos Humanos

a) El Comité de Derechos Humanos

Una vida libre de violencia conlleva el ejercicio de todos los derechos establecidos en los pactos internacionales de derechos humanos. La Observación general núm. 20 sobre el artículo 7 (Prohibición de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes) así lo estableció en 1992 (Naciones Unidas, 1992).

La finalidad del artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), al que se refiere dicha Observación, es proteger la dignidad y la integridad física y mental de la persona. El fondo del derecho es la prohibición de los actos que causan dolor físico y sufrimiento moral, incluidos aquellos castigos corporales infligidos por la comisión de un delito o como medida disciplinaria. El deber del Estado es brindar a toda persona la protección necesaria frente a estos actos, sin admitir ningún tipo de limitación.

Con relación a la aplicación de este artículo, el Comité de Derechos Humanos observó que, junto con prohibir esa forma de trato o castigo o declararla un delito, se debían adoptar medidas de otra índole para prevenir y castigar esos comportamientos, agregando salvaguardias para la protección especial de las personas que se encuentran en una condición de riesgo.

Desde el punto de vista de este Comité, el maltrato de las personas mayores debería entenderse como una violación de su derecho a la integridad personal, sea de tipo físico, psíquico o moral. Este derecho alude

² Se identificaron las siguientes medidas: la aplicación de políticas y procedimientos para prevenir, sancionar y erradicar el maltrato contra las personas mayores en todos los ámbitos, incluida la penalización de los responsables; el establecimiento de mecanismos de prevención y supervisión, así como el fortalecimiento de los mecanismos judiciales, a fin de prevenir todo tipo de violencia en contra de las personas mayores; la garantía de protección especial de las personas mayores que, por su identidad de género, estado de salud, origen étnico u otra condición, corren mayor peligro de ser maltratadas, y la puesta a disposición de las personas mayores de los recursos judiciales para protegerlas frente a la explotación patrimonial.

Recuadro V.5 (conclusión)

también a la protección contra la explotación económica y a la expresión de su consentimiento libre e informado con respecto a cualquier asunto que afecte su autonomía, integridad o bienestar.

b) El Comité contra la Tortura

La violación del derecho a la integridad personal se produce cuando el Estado —mediante sus agentes— o cualquier persona aplican tratos crueles, inhumanos o degradantes que causan sufrimiento físico, psicológico o moral. La tortura es una forma agravada de trato cruel, inhumano o degradante.

De conformidad con el artículo 16 de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, las obligaciones de los Estados se aplicarían frente a cualquier situación de maltrato. La integridad personal es un bien jurídico que se debe proteger al máximo nivel, por lo que las personas mayores deberían estar protegidas contra el maltrato con la misma fuerza que si se tratara de un acto de tortura.

Así lo manifestó el Comité contra la Tortura en su Observación general núm. 2, cuando estableció que la prohibición de los malos tratos tiene carácter absoluto y que su prevención debe ser efectiva e imperativa. Los Estados deben garantizar la protección de los miembros de los grupos que corren mayor peligro de ser torturados, enjuiciar y castigar cabalmente todos los actos de violencia y maltrato, y velar por la aplicación de otras medidas positivas de prevención y protección, entre las que menciona la eliminación de todos los obstáculos legales y de otra índole que impidan la erradicación de los malos tratos, y la adopción de medidas eficaces para impedir esas conductas y su reiteración (Naciones Unidas, 2008).

También hace referencia a la obligación de examinar y mejorar constantemente la legislación nacional y recomienda la generación de datos desglosados por edad, género y otros factores determinantes que permitan a los Estados identificar y comparar tratos discriminatorios que de lo contrario pasarían desapercibidos, y adoptar medidas correctoras (Naciones Unidas, 2008).

c) El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

Con el mismo vigor, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación general núm. 27 (Naciones Unidas, 2010), hizo un llamado a que se aborden de manera seria y decidida los malos tratos contra las mujeres mayores.

De acuerdo con el Comité, los Estados tienen la obligación de dictar leyes que reconozcan y prohíban la violencia doméstica, sexual e institucional contra las mujeres de edad, particularmente las afectadas por discapacidad. También tienen la obligación de investigar, enjuiciar y castigar todos los actos de violencia contra las mujeres mayores, incluso los que resulten de prácticas y creencias tradicionales.

Asimismo, los Estados deben prestar especial atención a la violencia que padecen las mujeres de edad durante los conflictos armados, las repercusiones que estos tienen en sus vidas y la contribución que ellas pueden hacer a la solución pacífica y a los procesos de reconstrucción.

Además, deben prestar la debida consideración a la situación de las mujeres de edad al abordar la violencia sexual, los desplazamientos forzosos y las condiciones de los refugiados durante los conflictos armados. Al tratar estas cuestiones, deben tomar en consideración las resoluciones pertinentes de las Naciones Unidas relativas a las mujeres, la paz y la seguridad del Consejo de Seguridad.

En la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores se reafirma que el maltrato es una violación del derecho a la integridad personal y se define como la “acción u omisión, única o repetida, contra una persona mayor que produce daño a su integridad física, psíquica y moral y que vulnera el goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales, independientemente de que ocurra en una relación de confianza”.

Además, la Convención Interamericana define la negligencia como un “error involuntario o falta no deliberada, incluido entre otros, el descuido, omisión, desamparo e indefensión que le causa un daño o sufrimiento a una persona mayor, tanto en el ámbito público como privado, cuando no se hayan tomado las precauciones normales necesarias de conformidad con las circunstancias”.

Ambas definiciones introducen el tratamiento amplio que se otorga a esta problemática en los artículos 9 y 10 de la Convención. En el primero, se reconoce que la persona mayor tiene derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia, a recibir un trato digno y ser respetada y valorada independientemente de cualquier condición social. El artículo 10 obliga a los Estados a tomar las medidas de carácter legislativo, administrativo o de otra índole para prevenir y erradicar todo tipo de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes hacia la persona mayor.

El Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de las Personas de Edad en África, en su artículo 8, igualmente prohíbe y castiga el abuso contra las personas mayores, incluidas las prácticas tradicionales que afectan su bienestar, salud y dignidad, haciendo hincapié en las mujeres mayores. Por su parte, la recomendación CM/Rec(2014)2 del Comité de Ministros del Consejo de Europa aborda la violencia y el abuso de las personas mayores, pero no de manera tan enérgica como se hace en el Protocolo de la Carta Africana y en la Convención Interamericana, puesto que únicamente se centra en la sensibilización para detectar la violencia y el abuso, y reduce el deber del Estado para realizar investigaciones eficaces sobre las denuncias de maltrato.

La Convención Interamericana y la recomendación del Consejo de Europa también protegen a las personas mayores que reciben cuidado de largo plazo frente a los actos de violencia. Esta coincidencia refleja un tema sensible. Las personas mayores, así como otros grupos que viven en instituciones, suelen ser víctimas de malos tratos, violación de su intimidad y privacidad e incluso de su libertad de movimiento. Por ejemplo, en España se estima que un 23% de las personas mayores dependientes que viven en residencias son sometidas a sujeciones físicas, cifra que asciende hasta el 60% en los casos de demencia (Arrarás, 2011).

En ambos instrumentos, entre las obligaciones de los Estados se incluye la prevención de la violencia por medio de la sensibilización y la capacitación. La recomendación del Consejo de Europa, por ejemplo, establece que “los Estados miembros deben implementar un número suficiente de medidas destinadas a entrenar al personal médico, a los asistentes sociales, a los cuidadores no profesionales o a otras personas que prestan servicios a las personas mayores en la detección de violencia o abuso en cualquier ámbito y, en particular, para animarles a que denuncien los abusos ante las autoridades competentes. Los Estados miembros deben tomar medidas para proteger a las personas que denuncian abusos frente a cualquier tipo de represalias”.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores se proyecta más allá al especificar que los Estados tienen el deber de “establecer la legislación necesaria, conforme a los mecanismos nacionales, para que los responsables y el personal de servicios de cuidado a largo plazo respondan administrativa, civil y/o penalmente por los actos que practiquen en detrimento de la persona mayor, según corresponda”.

Estos avances regionales dirigidos a la promoción y la protección de los derechos de las personas mayores permiten identificar de manera más precisa qué es lo que se quiere proteger y cómo hacerlo. Con la excepción de la recomendación del Consejo de Europa, amplían la responsabilidad jurídica de los Estados, aunque resta dar un mayor valor a la preservación, garantía y recuperación de las condiciones que favorecen el respeto a la integridad de las personas mayores.

2. Causas y consecuencias del maltrato contra las personas mayores

El riesgo de maltrato no radica en la edad de la vejez, sino en otros factores de distinto orden que suelen ser interdependientes. Pese a ello, las personas mayores se encuentran generalmente en una particular condición de riesgo, impotencia, abandono o explotación (CEPAL, 2004), ya sea en instituciones que brindan servicios de cuidado de largo plazo, institutos psiquiátricos, centros de salud o penitenciarios, puestos de trabajo o en el seno familiar, entre otros espacios.

En el ámbito familiar, las causas que conducen al maltrato son múltiples y complejas. Si bien anteriormente se creía que el género, la edad avanzada o los problemas físicos eran un factor común a las situaciones de maltrato, en investigaciones recientes se ha demostrado que estos factores por sí mismos no explican la violencia, pero pueden ser coadyuvantes. Lo mismo ocurrió con la dependencia económica de la víctima respecto de la persona que la cuidaba o del agresor, ya que estudios posteriores

permitieron detectar situaciones en que, contrariamente a la creencia generalizada, era este último quien dependía de la persona mayor. El estrés del cuidador también se identificaba como una causa común de maltrato, pero hay cada vez más datos probatorios de que en realidad, más que el tipo de relación, lo que importa es su calidad (OMS, 2003).

A nivel comunitario, algunas variables que pueden asociarse al maltrato son aquellas que surgen como consecuencia del proceso de modernización, como la pérdida progresiva de funciones en el seno de una sociedad cambiante, la erosión de las estructuras familiares tradicionales y sus dificultades para cumplir con las tareas de seguridad y protección. En la sociedad china, por ejemplo, se han detectado, entre otros motivos, la pérdida del respeto de las generaciones más jóvenes, las tensiones entre las estructuras familiares tradicionales y las emergentes, la reestructuración de las redes básicas de apoyo y la emigración de parejas jóvenes a nuevas ciudades, mientras sus ancianos padres quedan en las zonas residenciales cada vez más deterioradas del centro de las urbes (Kwan, 1995).

En el campo institucional, una de las formas más visibles de maltrato ocurre en las residencias de cuidado de largo plazo que no cumplen con estándares básicos de calidad. Las deficiencias del sistema de atención, como la capacitación insuficiente o inapropiada del personal, la sobrecarga de trabajo, la mala atención a los residentes —que suelen manifestarse en una disciplina demasiado estricta o en una sobreprotección— y el deterioro de las instalaciones, pueden hacer más difícil la interacción entre el personal de estos centros y los residentes, dando lugar a malos tratos, abandono y explotación. En los centros de atención psicológica y geriátrica se han registrado casos de violencia tanto contra los residentes como de estos hacia los miembros del personal (Vásquez, 2004).

En este ámbito es preciso además distinguir entre los actos particulares de maltrato o descuido y el maltrato institucional. El primero es consecuencia de actos individuales y se origina en las fallas institucionales como algunas de las recién mencionadas. El segundo, en cambio, es producto del régimen predominante en la propia institución, en el que la negligencia o el descuido constituyen prácticas ya instauradas y el personal perpetúa el maltrato mediante la aplicación de un sistema reglamentado que no admite cuestionamientos, establecido en nombre de la disciplina o la protección impuesta (OMS, 2003).

Los datos sobre el alcance del problema en establecimientos institucionales como hospitales, hogares de ancianos y otros centros asistenciales de largo plazo son escasos. Sin embargo, en una encuesta realizada al personal de hogares de ancianos en los Estados Unidos se menciona la posibilidad de que las tasas sean elevadas: un 36% había presenciado al menos un incidente de maltrato físico contra un paciente

de edad avanzada en el año precedente, un 10% había cometido al menos un acto de maltrato físico contra un paciente de edad avanzada y un 40% admitió haber maltratado psicológicamente a pacientes (OMS, 2016).

La incipiente elaboración de estudios sobre el tema también ha permitido objetar algunas ideas instituidas acerca de la prevalencia de ciertos tipos de maltrato que afectarían a las personas mayores. Con frecuencia se piensa que el más común es el psicológico, expresado en insultos, intimidación, humillación o indiferencia. Sin embargo, cada vez hay más evidencia de otras situaciones tan o más complejas.

En 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió de que al menos el 10% de las personas mayores sufre algún tipo de maltrato, ya sea físico, sexual, psicológico o económico, lo que califica de un “importante” problema de salud pública. En concreto, se estima que entre el 0,2% y el 4,9% de las personas sufren abusos físicos, entre el 0,04% y el 0,82% abusos sexuales, entre el 0,7% y el 6,3% maltrato psicológico, entre el 1% y el 9,2% abusos económicos y entre el 0,2% y el 5,5% padecen algún tipo de negligencia (OMS, 2016).

En la región europea de la OMS, las encuestas sobre personas mayores revelaron que en 2010 un 2,7% —equivalente a 4 millones de personas de 60 años o más— experimentó maltrato en la forma de abuso físico. La proporción afectada por abuso sexual fue del 0,7%, lo que representaba un millón de personas de edad avanzada. El abuso mental fue muy superior, del 19,4%, lo que correspondía a 29 millones de personas mayores, y el abuso financiero afectó al 3,8%, es decir, 6 millones de personas de este grupo etario (OMS, 2011). Estas cifras posibilitan un acercamiento a la multiplicidad de formas que adquiere el maltrato en la vejez.

La explotación económica de las personas mayores también ha adquirido mayor sentido de urgencia en los últimos años. Durante la recuperación de la economía tras la crisis, estas se hicieron más atractivas para los estafadores, ya que muchas de ellas contaban con activos tangibles como bienes raíces, ahorros en efectivo, pensiones y otros ingresos de jubilación. Según una senadora de los Estados Unidos, aproximadamente una de cada cinco personas mayores de ese país será objeto de explotación financiera de alguna forma, por valor de miles de millones de dólares cada año (McCaskill, 2015). La explotación financiera de las personas mayores probablemente aumentará a medida que la población envejezca (10.000 personas cumplirían 65 años cada día durante los próximos 15 años). Suponiendo que la tasa de explotación se mantenga constante en uno de cada cinco individuos, esto equivale aproximadamente a 73.000 nuevas víctimas por año. Cabe añadir a esa estadística alarmante el hecho de que la mayoría de las víctimas no denuncian, por un sinnúmero de razones (vergüenza, miedo a las acusaciones penales contra un familiar o cuidador, miedo a la pérdida de la independencia) (Wotapka, 2015).

Las repercusiones del maltrato son también de diversa índole: personales, sociales y económicas. El maltrato físico de personas mayores puede tener consecuencias graves, principalmente debido a su fragilidad ósea, lo que da origen a períodos de convalecencia más prolongados que pueden derivar en la muerte. Desde una perspectiva social, la consecuencia más grave del maltrato es el aislamiento de la persona mayor, la disminución de su autoestima y los sentimientos de inseguridad, que a la larga favorecen la creación de estereotipos negativos de la vejez asociados con la desvinculación y con la falta de proyectos individuales.

A partir de un enfoque económico, se pueden mencionar los gastos que entraña la respuesta a una demanda de servicios especializados y de entrenamiento del personal para prevenir y atender las situaciones de maltrato. Si se incluyen las pérdidas patrimoniales de las personas mayores a causa del aprovechamiento y despojo de fondos o haberes, los costos son aún más altos.

Sin embargo, la arista menos visible de este flagelo tiene directa relación con el derecho a la vida. Una investigación realizada en New Haven (Estados Unidos) a lo largo de 13 años demostró que las tasas de mortalidad del grupo de personas mayores que habían sido víctimas de maltrato —con independencia de su tipo— eran ostensiblemente mayores que las de aquellas que habían estado libres de daño (Lachs y otros, 1998).

Recuadro V.6

La experiencia en la prevención y erradicación del maltrato de las personas mayores en otras regiones del mundo

Entre los países desarrollados, los Estados Unidos han avanzado en esta materia a escala nacional y cuentan con un completo sistema de notificación y tratamiento. En Europa las iniciativas son bastante disímiles entre los países. Si bien se dispone de una amplia variedad de acciones, están concentradas principalmente en la prevención y el fomento de la denuncia (véase el recuadro V.7).

En el Canadá, el Gobierno de Quebec ha implementado una iniciativa muy novedosa que incorpora la perspectiva de derechos humanos. El plan de acción gubernamental contra el abuso de las personas mayores (*Governmental Action Plan to Counter Elder Abuse*) establece que todas las personas mayores tienen el derecho a que se respete su integridad física y psicológica; que el abuso de personas de edad es un acto de poder y dominación inaceptable y debe ser censurado y denunciado por la sociedad; que la eliminación del maltrato contra las personas mayores debe ser resultado de un trato igualitario, equitativo y respetuoso hacia ellas, y que todas las personas de edad en situación de abuso deberán tener acceso rápido a los mecanismos que les permitan retomar el control de sus vidas con la mayor prontitud posible.

Más allá de la insuficiente institucionalización jurídica de este tema o de su constitución como una línea estable y significativa de política pública, pueden mencionarse casos de buenas prácticas relacionadas con el maltrato a la vejez en numerosos países. Austria, por ejemplo, ha organizado talleres dirigidos a generar experiencias en el asesoramiento a las personas mayores en casos de violencia y ha creado puntos de contacto para prestar ayuda a las personas de edad que han sufrido malos tratos.

Otros países, como Bélgica y Francia, cuentan con una línea de atención para informar casos de abuso. Los puntos de apoyo local hacen visitas a domicilio y proponen soluciones para mejorar la situación de la persona mayor, además de ofrecer

Recuadro V.6 (conclusión)

asesoramiento y capacitación gratuita. En Finlandia se adoptó un plan de acción para reducir la violencia contra la mujer en el período 2010-2015, en el que también se incorporaron medidas relativas a las personas mayores.

En Alemania se estableció un programa de protección a las personas mayores, que ayuda a poner en práctica métodos de prevención, como viviendas para las mujeres de edad que requieren protección frente a la violencia en el hogar y centros de asesoramiento para las víctimas de abusos, además de sensibilización y formación del personal que brinda cuidado domiciliario para actuar como instancia de prevención. Dado que el riesgo de morir por una causa no natural es mayor si la víctima es una persona de edad, un grupo interdisciplinario de expertos ha elaborado una guía para los profesionales médicos destinada a una mejor detección del homicidio de personas mayores.

En los Países Bajos se ha elaborado un protocolo para combatir el abuso de las personas mayores en la provincia holandesa de Noord-Holland. Este protocolo es utilizado por quienes tienen contacto ocasional con las personas mayores (por ejemplo, peluqueras) con el propósito de reconocer los signos de abuso, dentro de los límites de sus responsabilidades. El protocolo también establece los pasos a seguir cuando se sospecha de la existencia de abuso y las formas de contactarse con puntos de apoyo específicos en tales casos.

El plan nacional de acción sobre el envejecimiento de Turquía proporciona formación profesional a quienes trabajan con las personas mayores, con el fin de facilitar la detección de abuso y negligencia, y de establecer un mecanismo de presentación de informes.

Portugal ha desarrollado un programa para la seguridad de las personas mayores que es implementado por la Policía para garantizarles mayor seguridad, por ejemplo, por medio de la instalación de líneas telefónicas en los hogares conectadas directamente a las estaciones policiales.

El Reino Unido estipuló en su legislación que los empleadores y las organizaciones de voluntarios tengan acceso a la información sobre los antecedentes penales de quien proporciona atención a las personas mayores, para evitar posibles riesgos. El país también tiene una política de enjuiciamiento de los delitos contra las personas de edad que permite un mejor seguimiento de esos crímenes. Las víctimas de mayor edad reciben servicios especializados de apoyo —por ejemplo, por medio de la organización benéfica Victim Support— que van más allá del sistema de justicia penal.

Otro programa interesante se encuentra en la región de Oceanía, específicamente en Nueva Zelanda. Se trata del programa de prevención del abuso y la negligencia hacia las personas mayores (*Elder Abuse and Neglect Prevention*), del Ministerio de Desarrollo Social, que trabaja en cuatro áreas principales: i) el fortalecimiento de la colaboración de todas las partes interesadas, para realizar la prestación de servicios de una manera efectiva y accesible; ii) la sensibilización cultural, con el fin de reconocer las necesidades de todas las personas, incluidos los maoríes y otras comunidades indígenas del Pacífico; iii) el enfoque de buenas prácticas, fijando normas mínimas para la provisión de los servicios y tomando en cuenta el contexto local, la comunidad, el conocimiento y las capacidades relevantes para este propósito, y iv) la responsabilidad basada en los resultados, por medio de la cual se debe asegurar que los servicios prestados tengan el tipo y la cobertura necesarios para alcanzar los resultados esperados (Peri y otros, 2009).

No son muchos los países que han logrado la aprobación de una legislación amplia e integral sobre el maltrato de las personas mayores. Solo en algunas provincias atlánticas del Canadá, en varios estados de los Estados Unidos y en Israel existe una norma que establece la obligación de denunciar el maltrato. En los Estados Unidos, por ejemplo, 43 estados requieren que tanto los profesionales como cualquier persona que trabaje con las personas mayores notifiquen a un organismo designado por el Estado para tales efectos cuando tengan motivos para creer que se ha producido maltrato, descuido o explotación. Estas iniciativas están dirigidas a impedir que los malos tratos pasen inadvertidos aunque existan hechos que sugieran su existencia (OMS, 2003).

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre la base del Comité Directivo sobre Derechos Humanos (CDDH), *Compendium of Good Practices* (CDDH-AGE(2013)04), Estrasburgo, 23 de mayo de 2013 [en línea] [http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cddh/CDDH-DOCUMENTS/CDDH-AGE\(2013\)04_moz_good%20practices.pdf](http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cddh/CDDH-DOCUMENTS/CDDH-AGE(2013)04_moz_good%20practices.pdf).

3. Prevención y erradicación del maltrato de las personas mayores en América Latina y el Caribe

Existen diversas modalidades de intervención en los países de América Latina y el Caribe para abordar el maltrato hacia las personas mayores.

En su mayoría, los programas de la región se enfocan en campañas preventivas de concientización y visibilidad de la problemática, y solo algunos se orientan hacia una protección más concreta. Una de las áreas más innovadoras son los servicios de orientación sociolegal frente a situaciones de maltrato, como los que existen en el Perú y el Uruguay.

Algunos países han avanzado en la creación de un marco legal sobre esta materia, especificando en la normativa a la persona mayor como sujeto de maltrato, cuestión que años atrás no se mencionaba. En el Ecuador, en virtud del artículo 153 del Código Orgánico Integral Penal (COIP), vigente desde agosto de 2014, se sancionan los casos de abandono de las personas mayores. Estos delitos se castigan con prisión de 1 a 3 años y de 16 a 19 años, de acuerdo con los agravantes³.

En Costa Rica, existe una Subcomisión para el Acceso a la Justicia de las Personas Adultas Mayores. Su programa consta de un sistema de alarmas de identificación ante las denuncias por vulneración de derechos de las personas mayores, en el que se registran principalmente casos de violencia doméstica. Junto con la identificación de los expedientes para dar prioridad a este grupo, se ofrece el servicio de una línea especial para denuncias telefónicas, lo que ha permitido un mejor registro y seguimiento de los casos denunciados. Acompañando esta innovación en el Poder Judicial, la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional (JUPEMA) de Costa Rica elaboró la “Guía de envejecimiento, bienestar y sensibilización mediante un enfoque de derechos”, que presenta el tema de la prevención del abuso, el maltrato y el abandono de personas mayores a niños y niñas del sistema escolar.

En el Perú, los servicios de orientación sociolegal han adquirido cada vez mayor relevancia. En el marco del Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual, se han creado los Centros Emergencia Mujer (CEM), que reciben denuncias de violencia, incluidas las presentadas por personas mayores, y realizan actividades de concientización y detección del maltrato y el abuso. En este país, además, se aprobó el documento “Lineamientos de política para la promoción del buen trato a las personas adultas mayores”, que orienta acciones de buen trato hacia este grupo etario.

³ El artículo 153 del COIP establece: “La persona que abandone a personas adultas mayores [...], colocándolas en situación de desamparo y ponga en peligro real su vida o integridad física, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. Las lesiones producto del abandono de persona, se sancionarán con las mismas penas previstas para el delito de lesiones, aumentadas en un tercio. Si se produce la muerte, la pena privativa de libertad será de dieciséis a diecinueve años”.

El Uruguay ofrece otra experiencia de servicios de orientación sociolegal. El Instituto Nacional de las Personas Mayores (INMAYORES) cuenta con el Servicio de Atención a la Violencia Intrafamiliar, que funciona en los departamentos de Montevideo, Canelones y San José. Este servicio atiende y da seguimiento a situaciones de abuso y maltrato hacia personas mayores para contribuir a la protección de sus derechos mediante la atención integral. Está a cargo de un equipo técnico interdisciplinario especializado en la temática, que brinda atención directa y proporciona asesoramiento psicológico, social y legal. La implementación de un servicio de estas características es un paso fundamental para enfrentar esta problemática, y sus resultados no se limitan a las situaciones concretas que atiende, sino que suponen un avance en el conocimiento del tema, en su visibilización y en la concientización de toda la sociedad.

En la República Dominicana, el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), como órgano rector en materia de políticas nacionales sobre vejez, ha avanzado en la creación de la Unidad Especializada en Violencia contra el Adulto Mayor, como medida de prevención y persecución ante el incremento de los casos de violencia, abuso y maltrato contra las personas mayores.

La existencia de estos órganos jurisdiccionales especializados permite a los profesionales brindar un enfoque específico en el tratamiento de los delitos derivados de la violencia contra las personas mayores. Asimismo, estas personas poseen acceso garantizado a la justicia, con asistencia jurídica gratuita brindada por los abogados de la Procuraduría General de la República. Se destaca además que la Fiscalía del Distrito Nacional suma sensibilidad al conocimiento y a la especificación y contención que se buscan en el tratamiento de este flagelo social, convirtiéndose en pionera en el tema de atención a esa población en el país.

En el caso de la Argentina, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se aprobó la Ley núm. 5420 (Ley de Prevención y Protección Integral contra Abuso y Maltrato a los Adultos Mayores), que tiene como objetivo brindar protección integral, desde una perspectiva interdisciplinaria, a las personas mayores que hayan sido víctimas de cualquier tipo de abuso o maltrato o se encuentren en extrema vulnerabilidad, de modo de garantizar su asistencia física, psicológica, económica y social. Sin embargo, en la práctica es muy poco frecuente que las personas de edad inicien un juicio en contra de alguien que les haya infligido malos tratos. Por otra parte, el Ministerio de Desarrollo Social de la Argentina viene realizando la Campaña Nacional del Buen Trato hacia las Personas Mayores, una iniciativa que invita a revisar prejuicios y estereotipos socialmente instalados, sensibilizar acerca de las situaciones de abuso y maltrato que sufren las personas mayores y promover la construcción social de la cultura del buen trato.

El Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia posee un marco legal de protección de las personas mayores. En la sección VII (arts. 67 y 68) de la Constitución Política del país se establecen los derechos de las personas mayores y se especifica la prohibición de maltrato, abandono, violencia y discriminación. También existen Centros de Orientación Socio Legal para Adultos Mayores (COSLAM), que reciben, en promedio, diez denuncias diarias de maltrato dentro de la familia. No obstante lo anterior, todavía queda un largo camino para llegar a una cabal aplicación de las normas de protección en este país.

Otra iniciativa de campañas de sensibilización y prevención sostiene el Ecuador a través del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) con el apoyo de redes de jóvenes voluntarios. Acciones similares se realizan en los centros para las personas mayores, tanto los de atención directa como aquellos administrados bajo convenio. Estas acciones están encaminadas a adoptar medidas dentro de las familias y de las instituciones en contra del abuso y maltrato de este grupo poblacional.

En Trinidad y Tabago se ha implementado un servicio de ayuda a las personas mayores (*Older Persons Information Centre* (OPIC)) que atiende todo tipo de inquietudes de las personas de edad y brinda información sobre productos, servicios y recursos. El servicio forma parte de la División de Envejecimiento y responde a toda situación que afecte a las personas mayores. En la práctica, allí se reciben las denuncias de abuso y, en algunos casos, los funcionarios visitan las residencias de las personas mayores que han denunciado maltrato y abandono. El Gobierno también está preparando la aplicación de una nueva ley que regirá la concesión de licencias, la reglamentación y el control de los hogares para personas mayores. Esta ley introducirá el delito de abuso de una persona mayor por parte de los gerentes o empleados de residencias de cuidado de largo plazo.

En las Bermudas, se aprobó en 2008 una ley que establece la creación de un registro de individuos que hayan abusado de personas mayores y la notificación obligatoria de los casos en que haya sospecha de maltrato. Esta norma abarca los abusos cometidos por trabajadores encargados del cuidado, miembros de la familia o cualquier otra persona. Su objetivo es similar al de los registros de delinquentes sexuales de niños que existen en algunos países, a saber, prohibir que las personas en él ingresadas sean empleadas como trabajadores de cuidado o dirijan residencias de cuidado de largo plazo. La ley también obliga a los profesionales (de la salud, los servicios sociales y la Policía) que trabajan con personas mayores a denunciar los casos sospechosos de abuso. Cuando recibe informes de sospecha de abuso, la oficina del registro tiene la responsabilidad de investigar las circunstancias del caso y puede remitir el asunto a la Policía, solicitar la protección de la persona de edad avanzada en virtud de la ley sobre violencia doméstica o proporcionar atención o alojamiento para garantizar el bienestar y la seguridad de la víctima.

En Chile, desde la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) en 2002, el maltrato a las personas mayores se ha convertido en una preocupación permanente. En 2012 se creó el Programa contra el Maltrato y Abuso al Adulto Mayor, de alcance nacional, que es llevado a cabo por profesionales especializados en las 15 regiones del país. Está dividido en dos componentes: la prevención y visibilización, y la asesoría de casos de maltrato. Entre los resultados del programa, cabe destacar el establecimiento de una Mesa de Prevención y Atención al Maltrato en cada región, que conforman una red específica de protección y prevención con planes regionales elaborados conjuntamente. Además, dentro del SENAMA, se lleva a cabo un programa de acciones para promover el buen trato, mediante instancias de difusión de los derechos y prevención del maltrato, desde un punto de vista intersectorial, integral y psicossociojurídico. En el marco del programa también se atienden, gestionan y coordinan los casos y consultas de maltrato que afecten a las personas mayores, especialmente los vinculados a la violencia intrafamiliar, y se ofrecen los servicios de un abogado en cada capital regional para brindar atención y orientación legal, gracias a un convenio con la Corporación de Asistencia Judicial.

C. Los cuidados paliativos al final de la vida y la muerte digna

1. El derecho a la vida y a la dignidad en la vejez

La proximidad de la muerte conlleva una serie de actividades asociadas a la organización de los asuntos que marcan el final de la vida, por lo que es imprescindible que ellas —que son llevadas a cabo por las familias, cuidadores y prestadores de atención médica, entre otros— cumplan estándares que aseguren que las personas puedan vivir en condiciones adecuadas hasta que se produzca la muerte clínica y biológica.

Entre los grupos más desprotegidos ante la muerte se encuentran las personas mayores. Su ubicación en la estructura por edades de la sociedad se traduce casi por defecto en un predictor de su fallecimiento, lo que da lugar a un modo particular de conducirse con ellas: “La estructura social en la que se hallan implicados [los ancianos] se orienta ya hacia su próxima muerte; sus familias se van independizando de ellos, el alcance de las referencias al futuro disminuye progresivamente. Se considera correcto tratar el hecho de su muerte como algo que trae menos consecuencias para los demás, porque ello no entraña una drástica revisión de los planes de vida, como sucede cuando está por morir un adulto joven” (Sudnow, 1967)⁴.

⁴ Estas conductas se han naturalizado de tal modo que los comportamientos que no respetan su dignidad son incluso percibidos como convencionales por las mismas personas mayores. Para

En ocasiones se trata a las personas mayores como cadáveres aunque estén clínica y biológicamente vivas. Esto se produce de manera particular en el caso de aquellas que se encuentran moribundas o padecen enfermedades terminales, si bien hay que reconocer que no necesariamente deben estar en tales circunstancias para recibir un trato vejatorio. Muchas veces no importa qué tan deteriorada esté su condición o cuán definitiva sea su gravedad; existe una predisposición a dirigirse a ellas como personas que están muriendo.

De esta manera, su muerte es un hecho predictivo que se consuma socialmente con anticipación. Con frecuencia, las personas mayores que requieren atención de emergencia no reciben el mismo trato que una persona más joven, no son internados junto con otros pacientes que sufren las mismas patologías, se los mantiene en una camilla o en los pasillos sentados en sillas, se los sujeta con amarras como forma de prevenir caídas, se les niega la presencia de un acompañante o se les impide el desplazamiento independiente, entre otras situaciones⁵. Es más, según los especialistas, los médicos, incómodos frente a las ansiedades de los pacientes de edad avanzada por la muerte, recurren a falsas esperanzas y tratamientos que en realidad están acortando vidas en lugar de mejorarlas (Gawande, 2014).

Frente a esta realidad, la humanidad todavía discute cómo proceder en lo que se refiere a una muerte digna. Existe un debate con respecto a qué hay que proteger: las condiciones en que se muere o la posibilidad de elegir cuándo morir⁶.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores identifica de manera precisa las condiciones que deben darse para mantener la dignidad hasta la muerte: “Los Estados Parte tomarán medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos, eviten el aislamiento y manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales, el dolor, y eviten el sufrimiento innecesario y las intervenciones fútiles e inútiles, de conformidad con el derecho de la persona mayor a expresar el consentimiento informado” (artículo 6).

preservar la dignidad de la vida hasta que se produce la muerte es de suma importancia cambiar esta forma de actuar, así como respetar la forma en que se espera que sea ese final, procurando que se cumpla la voluntad de las personas mayores y brindando todos los apoyos necesarios para dignificar ese momento.

⁵ Véase Costa Rica, Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia (2016).

⁶ En los Estados Unidos, el estado de Oregón permite a sus ciudadanos autoadministrarse medicamentos letales prescritos por un médico conforme a la Ley de Muerte con Dignidad (DWDA) de 1997. El estado de Washington aprobó una ley similar en 2008, al igual que Vermont en 2013. En Europa, la ley suiza que permite el suicidio asistido ha estado en vigor desde 1942. En 2014 Bélgica extendió su ley de eutanasia de 2002 a los niños. En los Países Bajos, la legislación promulgada en 2002 fue un paso más allá, permitiendo tanto el suicidio asistido como la eutanasia en ciertas circunstancias.

Adicionalmente, define el cuidado paliativo como “la atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días. Implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor. Abarcan al paciente, su entorno y su familia. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan”.

El objetivo final de la Convención en este campo no es una buena muerte, sino mantener una buena vida hasta el final. Es por eso que el concepto de cuidados paliativos se aborda de manera tan amplia en este instrumento y que se incluye, además de en el artículo 6 sobre el derecho a la vida y la dignidad en la vejez, en el artículo 12 sobre los derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo, y el artículo 11 sobre el derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud donde se regula la no discriminación y la igualdad de acceso a los cuidados paliativos.

En el artículo 19 sobre el derecho a la salud de la Convención Interamericana, además de las garantías mencionadas con anterioridad, se establecen las siguientes obligaciones del Estado con relación a los cuidados paliativos:

- Promover y fortalecer la investigación y la formación académica profesional y técnica especializada en geriatría, gerontología y cuidados paliativos.
- Promover las medidas necesarias para que los servicios de cuidados paliativos estén disponibles y accesibles para la persona mayor, así como para apoyar a sus familias.
- Garantizar a la persona mayor la disponibilidad y el acceso a los medicamentos reconocidos como esenciales por la Organización Mundial de la Salud, incluyendo los fiscalizados necesarios para los cuidados paliativos.

En la práctica, algunos Estados han reconocido la muerte digna como un derecho cuya protección requiere el acceso oportuno y adecuado a los cuidados paliativos. En Costa Rica, por ejemplo, la resolución 1915-92 de la Sala Constitucional reconoce el derecho a morir con dignidad como el derecho de quienes, siendo conscientes de que van a morir, escogen hacerlo sin dolor. La resolución también reconoce la conexión innegable entre el derecho a la salud y el derecho a la vida: el primero tiene el propósito fundamental de hacer efectivo el derecho a la vida, dado que este no protege únicamente la existencia biológica de la persona, sino también los demás aspectos que de ella derivan (Costa Rica, Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, 1993)⁷.

⁷ En los Estados Unidos, la Corte Suprema sentó las bases del derecho constitucional a recibir cuidados paliativos adecuados en las sentencias de Washington contra Glucksberg y Vacco contra Quill (Quesada, 2008). En Europa, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos resolvió,

2. El derecho al consentimiento libre e informado y a la voluntad anticipada

El consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud que se aborda en el artículo 11 de la Convención Interamericana tiene por objeto que las personas mayores tengan la posibilidad de prevenir intervenciones indeseadas en el ámbito de la salud, o aquellas a las que se ven sometidas de forma obligada en este tipo de instituciones. De conformidad con lo dispuesto en el párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el artículo 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, se hace hincapié en un entorno favorable en que se asigne prioridad al consentimiento informado y que garantice la máxima protección contra la estigmatización o la discriminación.

Hay debate sobre si el contenido del artículo 11 favorece la eutanasia, específicamente cuando alude a la siguiente obligación: “Los Estados Parte establecerán también un proceso a través del cual la persona mayor pueda manifestar de manera expresa su voluntad anticipada e instrucciones respecto de las intervenciones en materia de atención de la salud, incluidos los cuidados paliativos...”⁸.

La voluntad anticipada consiste en instrucciones mediante las cuales una persona manifiesta sus deseos respecto a ciertas intervenciones médicas, para que sean respetados y cumplidos por el médico o el equipo sanitario cuando la persona que la ha otorgado se encuentre imposibilitada para manifestar su voluntad (Montiel Llorente y García Alonso, 2007).

Con respecto al artículo 11 de la Convención Interamericana, este debe interpretarse a la luz del artículo 6 sobre el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez. En dicho marco, la voluntad anticipada forma parte del tipo de legislación que favorece la atención paliativa y los cuidados al final de la vida. No prolonga ni acorta la vida, sino que respeta el momento natural de la muerte⁹.

La Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos ha identificado entre las ventajas de la voluntad anticipada el hecho de que ofrezca a las personas, por una parte, la tranquilidad de saber que sus preferencias están aseguradas y a disponibilidad de su familia y los médicos y, por otra,

en el caso de Diane Pretty contra el Reino Unido, que la respuesta a la eutanasia pasaba por la promoción de los cuidados paliativos (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 2002).

⁸ Por ejemplo, durante el proceso de ratificación de la Convención Interamericana en el Parlamento de Chile, la Cámara de Diputados solicitó, a petición de una legisladora, una revisión por parte de distintas comisiones para establecer si las disposiciones de la Convención podían entenderse como favorables a la eutanasia o suicidio asistido (véase el Boletín núm. 10.777-01(C) de la Cámara de Diputados de Chile).

⁹ Véase la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal [en línea] http://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Ley_Voluntad_Anticipada.pdf, la legislación existente en algunos estados de México, y el Decreto de voluntad anticipada del Uruguay [en línea] http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/DECRETO%20VOLUNTAD%20ANTICIPADA%20DEL%204%20DE%20DIC.%20DE%202013.pdf.

la serenidad de que podrán comunicarse con su familia y con los médicos a través de una directiva basada en su filosofía personal que permitirá tomar decisiones sin sentir pena ni remordimiento.

Este mismo país cuenta con un registro de voluntades anticipadas que facilita a los ciudadanos este trámite. A diferencia de algunas legislaciones de la región, la voluntad anticipada puede transmitirse con independencia de si se sufre una enfermedad terminal o no. La utilidad de este tipo de instrumento se expresa en el siguiente testimonio: “estoy muy contenta de haber registrado mi voluntad anticipada. Como cuidadora de mi madre, mi padre y mi madrastra, no puedo expresar la tranquilidad que me da el registro. Mi esposo y mi hija nunca pasarán por el estrés de preguntarse si están actuando de acuerdo a mis deseos; lo tendrán muy claro. De alguna manera, el hecho de que yo deje registrada mi voluntad anticipada protege a mi esposo e hija, incluso cuando esté muy enferma. Cuando un ser querido está gravemente enfermo es el peor momento para lidiar con las sutilezas y ramificaciones de los trámites hospitalarios y legales. Esto les ahorrará muchas de esas preocupaciones” (Anónimo, Kingston, Washington)¹⁰.

No obstante la utilidad que presenta el uso de la voluntad anticipada, queda mucho camino por recorrer. Hay confusiones conceptuales que pueden limitar los derechos y libertades de las personas mayores, incluso en lugares donde ya se ha legislado. Por ejemplo, en Ciudad de México su uso todavía es reducido. Entre 2008 (año de creación de la ley pertinente) y 2013, únicamente se habían registrado 2.700 documentos.

3. Los cuidados paliativos y la atención a las personas mayores

Se estima que, en 2011, más de 29 millones de personas murieron en todo el mundo por enfermedades que requerían cuidado paliativo y, de estos, 20,4 millones lo necesitaron al final de su vida. La gran mayoría de los adultos que necesitan cuidados paliativos al final de su vida viven en países de bajo y muy bajo ingreso, y la mayor proporción (69%) tienen 60 años o más (Connor y Sepúlveda, 2014).

En el Reino Unido, a pesar de sus reconocidos avances en este ámbito, las enfermeras y los médicos que respondieron a una encuesta realizada en 2001 sobre la atención al final de la vida de los pacientes hospitalizados manifestaron que el cuidado de las personas mayores moribundas se caracterizaba por la falta de compromiso emocional con el paciente y la confidencialidad institucionalizada de la información sobre su muerte. En sus respuestas se señala que, aunque las enfermeras proporcionan

¹⁰ Véase [en línea] http://www.uslivingwillregistry.com/testimonials_registrants.shtm.

atención individual a los pacientes moribundos, gran parte de esta se dirige únicamente a satisfacer sus necesidades físicas. Los datos muestran que a veces en los hospitales se gestiona mal la muerte, con un control inadecuado de los síntomas, un apoyo insuficiente a los pacientes y cuidadores y una comunicación escasa o nula sobre el pronóstico y el tratamiento (Costello, 2001). De esta forma, el dolor asociado comúnmente a la vejez tiende a institucionalizarse y esta percepción se convierte en un auténtico obstáculo para que las personas mayores reciban la atención que necesitan.

Por otro lado, los cuidados paliativos suelen utilizarse como sustituto de la atención curativa. Cuando se ingresa a un programa de esta naturaleza se suspenden por defecto los tratamientos destinados a prolongar la vida. En ocasiones, ni siquiera se requiere la presencia de la persona mayor para evaluar su ingreso a un programa de cuidados paliativos y se toma una decisión sobre la base de antecedentes presentados por terceros. En otras, son los mismos profesionales de la salud los que, frente a casos de enfermedad terminal de una persona mayor, ofrecen como alternativa los cuidados paliativos, sin considerar otras opciones de tratamiento.

En efecto, cuando se trata de una persona mayor parece más difícil distinguir entre cura y cuidado, cuando generalmente se trata de intervenciones interdependientes. Por ejemplo, una transfusión de sangre puede ser parte de un tratamiento para recuperar la salud o para fortalecer a un enfermo de cáncer de forma que pueda recibir radioterapia paliativa, y lo mismo ocurre con la diálisis. La frontera entre ambos tipos de tratamiento es ambigua, y las razones de esta drástica separación son de distinto orden.

Una de ellas tiene que ver con los profesionales de la salud. Ya en el siglo XVII, Francis Bacon escribió: "Pienso que el oficio del médico no sólo consiste en restablecer la salud, sino también en mitigar los dolores y los sufrimientos causados por la enfermedad; y no solamente cuando ello pueda servir, al eliminar un síntoma peligroso, para conducir a la curación, sino también cuando habiéndose perdido toda esperanza de curación, tal mitigación sólo sirve para hacer la muerte más fácil y serena" (citado en Abid, 2008).

Otras se originan en las diferencias significativas en materia de inversión que existen entre la investigación y desarrollo que se destina a controlar los síntomas y otros aspectos de los cuidados paliativos y aquella dirigida a prolongar la vida. Asimismo, existen barreras dentro de los sistemas de investigación y atención médica que impiden que muchas personas reciban cuidados paliativos efectivos donde y cuando lo necesiten (Foley, Gelband, 2001).

Por lo tanto, sería un error ver el modelo curativo y el modelo del cuidado paliativo como las únicas dos opciones disponibles. Ambos representan los extremos opuestos de un espectro en el que son posibles

variaciones ilimitadas, y saltar directamente de un extremo a otro rara vez es apropiado (Fox, 1997). Entre el modelo curativo y el modelo paliativo se encuentra el enfoque centrado en la persona. Esto significa que frente a alguien que padece una enfermedad terminal se debe desplegar todo el abanico de oportunidades que ofrece la medicina para aliviar el dolor y ayudar a vivir de forma plena y satisfactoria (Hadjistavropoulos y Hadjistavropoulos, 2008). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ello no solo mejora la calidad de vida de los pacientes con enfermedades terminales, sino que además reduce las hospitalizaciones innecesarias y el uso de los servicios de salud.

4. Los cuidados paliativos como una obligación del Estado

El acceso a los cuidados paliativos es una obligación jurídica de los Estados. Antes de la aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, esto ya había sido reconocido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación general núm. 14 (Naciones Unidas, 2000) y por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su Recomendación general núm. 27 (Naciones Unidas, 2010b). De forma congruente con ello, el Relator Especial sobre la tortura estableció en su informe de 2013 que negar el alivio del dolor puede constituir un trato inhumano y degradante, de acuerdo a la definición de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (Naciones Unidas, 2013).

El Consejo de Europa también ha recogido los cuidados paliativos en la recomendación CM/Rec(2014)2. Su informe explicativo (CDDH-AGE, 2013) señala que el fundamento jurídico de su incorporación se basa en que la dignidad humana debe ser respetada en todas las etapas de la vida de cada individuo (lo que incluye a los enfermos terminales y la muerte) y que los cuidados paliativos ayudan a preservar esta dignidad, proporcionando un ambiente apropiado para este tipo de pacientes y ayudándolos a hacer frente al dolor y otros síntomas molestos. Por lo tanto, los cuidados paliativos se deben proponer en todos los ámbitos en respuesta a las progresivas necesidades de las personas mayores. En los cinco años siguientes a la aprobación de la recomendación:

- los Estados miembros deberían ofrecer cuidados paliativos a las personas de edad que padezcan una enfermedad potencialmente mortal o una enfermedad que limite su esperanza de vida, para garantizar su bienestar y permitirles vivir y morir dignamente;
- toda persona mayor que necesite cuidados paliativos debería tener derecho a acceder a ellos sin demora indebida, en un entorno que sea compatible con sus necesidades y preferencias, incluso en el hogar o en los centros de atención a largo plazo;
- se debería alentar a los familiares y amigos a acompañar a las personas mayores que estén enfermas o moribundas; los

acompañantes deberían recibir apoyo profesional, por ejemplo, mediante servicios ambulatorios de cuidados paliativos;

- los profesionales de la salud que participen en los cuidados paliativos deberían respetar plenamente los derechos de los pacientes y cumplir con las obligaciones y normas profesionales;
- deberían formarse especialistas en cuidados paliativos para dirigir la educación y la investigación sobre el terreno; deberían incorporarse programas de educación en materia de cuidados paliativos a la formación de todos los trabajadores sanitarios y de asistencia social concernidos y debería fomentarse la cooperación entre los profesionales de los cuidados paliativos;
- los Estados miembros deberían garantizar la disponibilidad y accesibilidad adecuadas de los medicamentos para cuidados paliativos, y
- en la organización de sus sistemas nacionales de cuidados paliativos, los Estados miembros deberían tener en cuenta la Recomendación Rec(2003)24 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros sobre la organización de los cuidados paliativos.

Con relación a este último punto, hay que señalar que desde 2003 los países europeos cuentan con una valiosa directriz para abordar los cuidados paliativos, pero los progresos son desiguales. Al no ser un instrumento de carácter vinculante, su pleno cumplimiento no es una obligación para los países miembros del Consejo de Europa.

5. Los cuidados paliativos en América Latina y el Caribe

La mayoría de los países de la región no satisfacen la demanda de cuidados paliativos, no reconocen los cuidados paliativos como una disciplina y no los incluyen en los sistemas de salud públicos o privados. Menos aún se ha legislado en su favor, lo que perjudica su financiamiento y continuidad.

La mayor parte de los programas nacionales sobre cuidados paliativos de la región fueron creados al final de los años noventa, por lo que se trata de un planteamiento bastante reciente. Hay iniciativas aisladas que son el resultado de esfuerzos locales, pero en pocos casos existe una política pública nacional que garantice el acceso a los cuidados paliativos.

En los países en que existen programas nacionales de cuidados paliativos se vinculan primariamente a enfermedades oncológicas, pero persisten dificultades de acceso para pacientes no oncológicos, como los que viven con el VIH/SIDA o sufren otras patologías crónicas o terminales. La ley no obliga a brindarles cuidados paliativos a estas personas, y el manejo del dolor por vía analgésica depende de si el médico está capacitado para recetar opioides.

La ausencia de políticas nacionales ha favorecido el surgimiento de iniciativas privadas para la atención de enfermos terminales, pero con muy alto costo, lo que veda su acceso para aquellas personas con bajos recursos. Asimismo, existen fundaciones sin fines de lucro que asisten en el acompañamiento y alivio del dolor, si bien no cuentan con personal debidamente acreditado. Esta situación pone en peligro la sostenibilidad de dichas actividades, realizadas en su mayoría por voluntarios y con recursos de organizaciones benéficas o no gubernamentales.

Un estudio realizado por la OMS en 2014 (Connor y Sepúlveda, 2014) presenta una clasificación interesante sobre el avance de los cuidados paliativos en el mundo. En el caso de la región, la mayoría de los países estaban en las fases preliminares de desarrollo de este tipo de programas. Por ejemplo, un número considerable de países del Caribe (Antigua y Barbuda, Granada, Saint Kitts y Nevis y San Vicente y las Granadinas) se ubicaban en el nivel más bajo, al no identificarse ninguna actividad relacionada con el cuidado paliativo (véase el cuadro V.1).

Cuadro V.1
América Latina y el Caribe: nivel de desarrollo de los programas de cuidado paliativo, 2014

Nivel de desarrollo de los programas de cuidado paliativo	Países y territorios
Grupo 1: No se registran actividades	Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Aruba, Guayana Francesa, Granada, Islas Malvinas (Falkland Islands), Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas.
Grupo 2: Fomento de las capacidades	Bahamas, Bolivia (Estado Plurinacional de), Dominica, Haití, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Nicaragua, Suriname.
Grupo 3a Provisión aislada	Barbados, Belice, Bermuda, Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guadalupe, Guatemala, Guyana, Islas Caimán, Jamaica, Panamá, Paraguay, Perú, México, República Dominicana, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Venezuela (República Bolivariana de).
Grupo 3b Provisión generalizada	Argentina
Grupo 4a Integración preliminar	Chile, Costa Rica, Puerto Rico, Uruguay.
Grupo 4b Integración avanzada	

Fuente: S. Connor y M.C. Sepúlveda (eds.), *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, Worldwide Palliative Care Alliance/Organización Mundial de la Salud (OMS), enero de 2014.

En el segundo nivel se sitúan los países en los que se registraron algunos esfuerzos, pero donde no se había establecido aún ninguna política, como Bolivia (Estado Plurinacional de), Dominica, Haití, Honduras y Nicaragua. En Honduras, por ejemplo, la información disponible indica que no existen servicios o unidades de cuidados paliativos en ninguno de los tres niveles de atención existentes (Pastrana y otros, 2012). No hay una formación acreditada sobre cuidados paliativos, y estos tampoco forman parte del contenido de los programas académicos de la Universidad Nacional de Medicina. Como

consecuencia, se desconoce la existencia de especialistas en esa área. En el plano jurídico, los cuidados paliativos no se encuentran todavía legislados ni regulados, por lo que no se les asignan recursos gubernamentales¹¹.

A continuación, la OMS clasifica al Brasil, Colombia, el Ecuador, México, Panamá, el Perú, la República Dominicana y Trinidad y Tabago, entre otros, en la fase donde el avance de los programas de cuidados paliativos no va acompañado de suficientes recursos financieros, existe una limitada disponibilidad de medicamentos y las coberturas son reducidas.

En el Perú, a pesar de la existencia del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor y Paciente Oncológico (ADAMO), las coberturas son limitadas. En 2014 se atendió a menos de 2.000 personas mayores en sus hogares. En cuanto a la formación, no existe una acreditación profesional para certificar a los médicos que brindan cuidados paliativos. La Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos, una institución sin fines de lucro, intenta suplir estas deficiencias por medio de la difusión y de la capacitación de profesionales en el manejo del dolor y los cuidados paliativos.

El Brasil creó en 1996 el Instituto Nacional de Cáncer (INCA), en Río de Janeiro, un hospital cancerológico del Ministerio de Salud, con el servicio más completo del país en la materia. En cuanto a la formación, los cuidados paliativos están reconocidos oficialmente como una subespecialidad con el título oficial de Área de Actuación en Medicina Paliativa, pero la cantidad de egresados todavía es muy reducida para la demanda existente. Se estima que en 2012 había cerca de 30 profesionales con dicha especialidad. A pesar de las iniciativas locales, los cuidados paliativos aún no son reconocidos dentro de los servicios de sanidad (Palmeira, Scorsolini-Comin y Sanches Peres, 2011), por lo que es preciso que el Gobierno federal establezca una política nacional de salud que consolide los cuidados paliativos en el Brasil.

La Argentina, Chile, Costa Rica y el Uruguay fueron clasificados por la OMS en los niveles más avanzados de la región (pero no del mundo). Si bien en algunos de estos países hay más conciencia sobre la importancia de los cuidados paliativos y una mayor disponibilidad de profesionales y servicios, aún no se ha producido una consolidación efectiva de la política.

En la Argentina se empezaron a prestar de manera aislada servicios de cuidado paliativo a través de centros privados en 1982 y se acabaron integrando a los marcos normativos de salud en el año 2000.

La legislación vigente en la Argentina incluye el derecho a recibir cuidados paliativos integrales como parte de la atención a la enfermedad, y este derecho está consagrado en la Ley 26.742 o Ley de Derechos del

¹¹ En el año 2014 se presentó en Honduras un proyecto de ley de cuidados paliativos para pacientes con enfermedad crónica terminal que se refiere al acceso a medicamentos opioides para el tratamiento de pacientes en fase terminal o con enfermedades crónicas. A su vez, otorga el derecho de decidir cuándo suspender el tratamiento médico y obtener ayuda para morir.

Paciente¹². Sin embargo, esta Ley ha sido insuficiente porque el ordenamiento administrativo del país otorga a cada provincia autonomía para definir sus propias normas y algunas de ellas no han incorporado servicios de cuidados paliativos: solo 10 de las 24 provincias tienen legislación sobre estos cuidados.

Además de esta Ley, se han creado comisiones y programas dentro del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional del Cáncer. Estas iniciativas no han tenido un presupuesto asignado o mecanismos de supervisión y vigilancia, por lo que no han logrado universalizar los servicios de cuidados paliativos.

Existen al menos cinco centros de investigación en la Argentina que se ocupan de la materia: Pallium Latinoamérica, la Fundación FEMEBA, el Hospital Tornú, el Departamento de Cuidados Paliativos del Hospital Udaondo, el Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari de la Universidad de Buenos Aires y el Centro UCEPAR en Rosario. Algunos de estos centros han recibido subsidios del Ministerio de Salud para el desarrollo de protocolos de investigación.

En Chile, la normativa recoge el cuidado paliativo y obliga a que todas las entidades del sector público y privado provean este tipo de atención a los pacientes con cáncer avanzado. En 1994 se creó el Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, también vinculado al tratamiento de enfermedades oncológicas, promocionado por el Ministerio de Salud (MINSAL, 1999). Nueve años después, en abril de 2003, el Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos (PAD y CP) fue incorporado al Sistema de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) (MINSAL, 2006).

En Costa Rica los cuidados paliativos están cubiertos por el régimen de la seguridad social universal. La hospitalización, la medicación y el asesoramiento de especialistas se proporcionan de manera gratuita y existen organizaciones no gubernamentales que apoyan a la población que carece de seguro.

Desde el punto de vista jurídico, Costa Rica no cuenta con una ley de cuidados paliativos, pero existen resoluciones de la Sala Constitucional relativas a los derechos de las personas con enfermedades terminales. Una de las primeras y más fundamentales fue la sentencia que consagró el derecho a una muerte digna y sin dolor, emitida en el año 1994.

En el plano formal, en 2008 se creó el Consejo Nacional de Cuidados Paliativos, integrado por el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, la Federación Costarricense de Cuidados Paliativos, la Junta de Protección Social (JPS) y algunas fundaciones.

En Trinidad y Tabago se está introduciendo gradualmente una estructura de cuidados paliativos. Hay varios centros que prestan atención

¹² Véase Centro de Documentación e Información del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Argentina, Ley 26.742 [en línea] <http://www.grupoguia.com.ar/libros/medicina/LeyesMedicinaLegal/Leyes09/Ley26742.pdf>.

a enfermos terminales de cáncer, y en 2014 se inauguró la primera unidad de cuidados paliativos financiados por el Gobierno en un hospital, pero esto sigue siendo insuficiente para satisfacer la demanda. También persisten problemas relacionados con el suministro de medicamentos para el control del dolor. En 2012 comenzó a impartirse una Maestría en Medicina de Cuidados Paliativos en la Universidad de las Indias Occidentales.

La situación en Barbados es algo diferente. Los opiáceos y otros medicamentos esenciales están generalmente disponibles, aunque el país aún no tiene una estructura especializada de cuidados paliativos. El Ministerio de Salud y las organizaciones no gubernamentales (ONG) han estado trabajando para mejorar los servicios de atención al final de la vida. La Asociación de Barbados de Cuidados Paliativos, una ONG fundada en 2011, proporciona apoyo y atención a las personas con enfermedades terminales. Una evaluación de necesidades de cuidados paliativos encargada por el Ministerio de Salud informó en 2012 que había necesidad de un centro de cuidados paliativos. Actualmente hay planes para construir un centro de cuidados paliativos que será operado por la Asociación de Barbados del Cáncer (BACA) junto con otra ONG.

En la clasificación de la OMS, todos los países de la región se ubicaron por debajo de los Estados Unidos, el Reino Unido, Australia, Suecia y el Japón, entre otros. En estos países se cumplen varios de los requisitos que se necesitarían para consolidar los cuidados paliativos en la región (investigación, formación profesional, disponibilidad de medicamentos, subsidios para reducir los gastos de bolsillo, gasto público progresivo en la atención paliativa y una amplia toma de conciencia sobre su contribución y necesidad, entre otros).

En la región, Cuba es uno de los países destacados en este ámbito. Dentro del Sistema Nacional de Salud único y gratuito se ubica el Programa de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos (PADCP), vinculado a pacientes oncológicos. El PADCP incluye atención domiciliaria por parte de equipos multidisciplinarios constituidos por profesionales médicos, de enfermería y de psicología. Además, cubre la hospitalización y medicamentos de manera gratuita durante la atención. Existe una propuesta del Ministerio de Salud de integrar el componente de cuidados paliativos en la Atención Primaria de la Salud, como parte del programa de Médico y Enfermera de Familia, con el propósito de lograr el control prolongado de la enfermedad y acompañar en el manejo del duelo. Su objetivo general es incrementar el bienestar subjetivo y la calidad de vida del paciente oncológico que requiere cuidados paliativos y de sus familiares, mediante una atención integral que considere los aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales, sin afectaciones para el equipo de salud. En cuanto a la capacitación, la formación en cuidados paliativos se encuentra acreditada oficialmente desde 2010 como Diplomado de Cuidados Paliativos a Pacientes Adultos y Diplomado Nacional de Control de Cáncer. Asimismo, las Facultades de Medicina poseen contenidos relacionados con los cuidados paliativos.

Recuadro V.7**El cuidado paliativo en otras regiones del mundo**

Una investigación llevada a cabo en 2015 por The Economist Intelligence Unit (EIU) presenta un índice de calidad de la muerte en 80 países del mundo, clasificándolos de acuerdo a la provisión de cuidados paliativos, el acceso a tratamientos analgésicos, las políticas y fondos públicos para enfermos terminales y las percepciones individuales y comunitarias sobre la muerte. El Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda, Irlanda y Bélgica resultaron clasificados en los primeros cinco lugares, mientras que en las tres últimas posiciones quedaron China, Uganda y la India.

En el caso de Mongolia (número 28 en la clasificación), destaca la creación de la Sociedad de Cuidado Paliativo (MPCS) en 2000. Con anterioridad el país no contaba con servicios o programas de cuidados paliativos ni con una política gubernamental al respecto, y utilizaba solo 1 kg de morfina por año. A partir de 2003, los cuidados paliativos se incluyeron en la legislación y en el programa nacional de control del cáncer. En 2013 comenzaron a incluirse los cuidados paliativos en el tratamiento de otras enfermedades crónicas y en los cuidados domiciliarios.

En China (número 71 en la clasificación) no existe una estrategia nacional ni una ley que garantice el acceso a los cuidados paliativos. El Ministerio de Salud nacional ha respaldado oficialmente el establecimiento de departamentos de cuidados paliativos en los hospitales, pero fuera de los 400 hospitales especializados en cáncer, solo algunos centros de salud comunitarios ofrecen servicios de cuidados paliativos.

En España (número 23 en la clasificación), los cuidados paliativos han evolucionado a partir del lanzamiento en 2007 de la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. En un país donde la asistencia sanitaria está organizada bajo la autoridad de 17 sistemas regionales de salud, el enfoque nacional ha favorecido el acceso a los servicios. El lanzamiento de la estrategia nacional condujo en España a un aumento del 50% de los equipos de cuidados paliativos y los enfoques regionales unificados.

El desarrollo de los cuidados paliativos en Sudáfrica se debe en parte al financiamiento gubernamental y también a la participación de organizaciones no gubernamentales, entre las que destaca la Asociación de Cuidados Paliativos de Sudáfrica. Por otro lado, las instituciones religiosas también cuentan con hospitales que ofrecen cuidados paliativos. Además, Sudáfrica ha avanzado en la formación y el desarrollo de competencias del personal de la salud. La Universidad de Ciudad del Cabo ofrece el primer título de maestría en cuidados paliativos para médicos, enfermeros y trabajadores sociales.

Según una investigación de Hospice UK, el número de personas que muere en el hospital podría reducirse un 20%. Para ello, se afirma, es necesario identificar los modelos de cuidados y evaluar su impacto en la familia y en la comunidad. El Reino Unido, que lidera la clasificación, basa su estrategia en reducir la cantidad de personas que mueren en los hospitales cada año y proveer a los pacientes de un paquete doméstico de cuidados paliativos, que incluye el servicio de enfermería o de cuidador domiciliario, acompañado de la última tecnología para el cuidado remoto.

La Provincia China de Taiwán (número 6 en la clasificación) es pionera en los avances tecnológicos, y estos impactan de forma directa en los derechos del paciente y en sus cuidados paliativos. Por ejemplo, todos los ciudadanos taiwaneses poseen una tarjeta de salud con su información médica: se alienta a las personas mayores a tomar decisiones específicas sobre el final de su vida, para expresar su voluntad en caso de que deba decidirse si reanimar o no al paciente, y dicha información se vincula directamente a la tarjeta de salud, por lo que aparecerá al registrarse en cualquier centro de atención de salud.

Fuente: The Economist Intelligent Unit, *The 2015 Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world*, 2015 [en línea] <https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>.

Bibliografía

- Abid, P. J. (2008), "Comentarios a la ley de voluntad anticipada del Distrito Federal", *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, vol. XLI, núm. 123, Universidad Nacional Autónoma de México.
- AEA (Action on Elder Abuse) (1995), "What is elder abuse?", *Action on Elder Abuse Bulletin*, N°11, Londres, mayo-junio.
- Arias, A. (2002), "España abandona a sus mayores" [en línea] http://www.abc.es/hemeroteca/historico-30-07-2002/abc/Sociedad/espa%C3%B1a-abandona-a-sus-mayores_117821.html.
- Arrarás, A. (2011), "Basta de amarrar a los pacientes", *El País*, 11 de octubre [en línea] http://elpais.com/diario/2011/10/11/salud/1318284001_850215.html.
- Bárcena, A. (2015), Intervención de Alicia Bárcena, Secretaria Ejecutiva de la CEPAL, en la presentación del libro "Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores", Ciudad de México, 9 de marzo.
- Carmona, U. (2009), *Los instrumentos regionales interamericanos en materia de derechos humanos y la bioética* [en línea] http://www.humanindex.unam.mx/humanindex/consultas/detalle_ponencias.php?id=29627&rhc=CATJ700707.
- CDDH-AGE (Grupo de Redacción sobre los Derechos Humanos de la Persona Mayor del Comité Directivo para los Derechos Humanos del Consejo de Europa) (2013), "Draft explanatory report to the Recommendation on the promotion of the human rights of older persons", Cuarta Reunión, Consejo de Europa, 23 a 25 de septiembre.
- CEPAL (2004), *Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (LC/G.2228), Santiago.
- CNBV/INEGI (Comisión Nacional Bancaria y de Valores/Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2012), "Encuesta Nacional de Inclusión Financiera. El desarrollo de una encuesta de demanda: el caso de México", Ciudad de México, junio.
- Connor, S. y M.C. Sepúlveda (eds.) (2014), *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, Worldwide Palliative Care Alliance/Organización Mundial de la Salud (OMS), enero.
- Consejo de la Unión Europea (2014), *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society. Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission services*, Bruselas, 18 de junio.
- Costa Rica, Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia (2016), "Recurso de amparo que se tramita en expediente número 16-013899-0007-CO, interpuesto por Sonia Patricia Salas Badilla, cédula de identidad 0109100094, a favor de María De Los Ángeles González Murillo, cédula de identidad 0202560287, contra el hospital San Rafael de Alajuela de la Caja Costarricense de Seguro Social. Res. N° 2016015429", San José.
- _____(1992), "Resolución núm. 1915-92, de las 14:12 horas del 22 de julio", San José.
- Costello, J. (2001), "Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 35, N° 1.
- European Microfinance Network (2012), *Microfinance as a Tool of Active Ageing*, Electronic Bulletin, N° 2 [en línea] http://www.fgda.org/dati/ContentManager/files/Documenti_microfinanza/Microfinance-as-a-tool-for-active-ageing.pdf.

- Fitzpatrick, B. e I. Kingston (2008), *Older people's access to financial services*, The Equality Commission for the Northern Ireland, junio.
- Foley, K. y H. Gelband (2001), *Improving Palliative Care for Cancer: Summary and Recommendations*, Washington, D.C., National Academy Press.
- Fox, E. (1997), "Predominance of the curative model of medical care: a residual problem", *Journal of the American Medical Association*, vol. 278, N° 9.
- Gawande, A. (2014), *Being Mortal: Medicine and What Matters in the End*, Nueva York, Metropolitan Books, Henry Holt and Company.
- Grupo de Amigos de las Personas de Edad (2016), "Statement in the General Debate (Item 5) of the S VII Session of the Open-ended Working Group on Ageing", Nueva York, 12 de diciembre.
- Guzmán, J. M. (2002), "Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe", *serie Población y Desarrollo*, N° 28 (LC/L.1737-P/E), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Hadjistavropoulos, T. y H. D. Hadjistavropoulos (2008), *Pain Management for Older Adults: A Self-Help Guide*, IASP Press.
- Kneale, D. (2012), *Is social exclusion still important for older people?*, Londres, AGE UK, septiembre.
- Kwan, A. Y. (1995), "Elder abuse in Hong Kong: A new family problem for the old cast?", *Journal of Elder Abuse and Neglect*, vol. 6, N° 3-4.
- Lachs, M. y otros (1998), "The mortality of elder mistreatment", *Journal of the American Medical Association*, vol. 280, N° 5.
- McCaskill, C. (2015), "Broken Trust: Combating Financial Exploitation Targeting Vulnerable Seniors", intervención en la Comisión Especial del Senado sobre el Envejecimiento, 4 de febrero [en línea] http://www.aging.senate.gov/imo/media/doc/SCA_CMC_2_4_15.pdf.
- MINSAL (Ministerio de Salud de Chile) (2006), "AUGE. Protocolo de trabajo (2004)", Santiago, inédito.
- _____(1999), "Alivio del dolor por cáncer y cuidados paliativos", Norma General Técnica, N° 32, Santiago.
- Montiel Llorente, L. y M. García Alonso (2007), *Pensar el final: la eutanasia. Éticas en conflicto*, Madrid, Complutense.
- Naciones Unidas (2013), *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Juan E. Méndez (A/HRC/22/53), Consejo de Derechos Humanos.
- _____(2012), *Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Informe del Secretario General* (A/67/188), Nueva York.
- _____(2011), *Informe de la Experta independiente encargada de la cuestión de los derechos humanos y la extrema pobreza*, Magdalena Sepúlveda Carmona (A/HRC/17/34), Nueva York.
- _____(2010a), *Informe de la Experta independiente encargada de la cuestión de los derechos humanos y la extrema pobreza*, Magdalena Sepúlveda Carmona, *sobre el proyecto de principios rectores sobre la extrema pobreza y los derechos humanos* (A/HRC/15/41), Nueva York.
- _____(2010b), "Recomendación general N° 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos" (CEDAW/C/GC/27), Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 16 de diciembre.
- _____(2008), "Observación general N° 2. Aplicación del artículo 2 por los Estados Partes" (CAT/C/GC/2), Nueva York, Comité Contra la Tortura.

- ____(2004), “Recomendación general N° 25, sobre el párrafo 1 del artículo 4 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, referente a medidas especiales de carácter temporal” [en línea] [http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/General%20recommendation%2025%20\(Spanish\).pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/General%20recommendation%2025%20(Spanish).pdf).
- ____(2002), *El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial. Informe del Secretario General de las Naciones Unidas* (E/CN.5/2002/PC/2), Nueva York, Comisión de Desarrollo Social constituida en comité preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, segundo período de sesiones.
- ____(2001), *Concluding observations of the Human Rights Committee: Netherlands* (CCPR/CO/72/NET), Comité de Derechos Humanos, agosto.
- ____(2000), “Observación general N° 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (E/C.12/2000/4, CESCR), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- ____(1995), “Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad. Observación general N° 6” (E/C.12/1995/16/Rev.1), Ginebra, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales.
- ____(1992), “Observación general N° 20, Comentarios generales adoptados por el Comité de Derechos Humanos, Artículo 7 - Prohibición de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes” (HRI/GEN/1/Rev.7 at 173), Comité de Derechos Humanos.
- ____(1979), “Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer” (A/RES/34/180), Nueva York.
- NIACE (National Institute of Adult Continuing Education) (2008), “Promoting financial capability provision for older people”, *NIACE Briefing Sheet*, N° 82 [en línea] http://shop.niace.org.uk/media/catalog/product/f/i/file_1_1.pdf.
- Nueva Zelanda, Gobierno de (2013), “Elder abuse and neglect prevention”, *Funding Agreement. Practice Guidelines*, Ministry of Social Development.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2016), “Maltrato de las personas mayores”, *Nota descriptiva*, septiembre [en línea] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>.
- ____(2011), *European Report on Preventing Elder Maltreatment*, Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa [en línea] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf.
- ____(2003), *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- ____(2002), “El maltrato de las personas mayores”, *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Palmeira, H.M., F. Scorsolini-Comin y R. Sanches Peres (2011), “Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica”, *Aletheia*, N° 35-36.
- Pastrana, T. y otros (2012), *Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica*, Bogotá, Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP).
- Peri, K. y otros (2009), “Keeping older people safe by preventing elder abuse and neglect”, *Social Policy Journal of New Zealand*, N° 35.
- Quesada, L. (2008), “Cuidados paliativos y derechos humanos”, *Revista Médica Hondureña*, vol. 76, N° 1.
- SERNAC (Servicio Nacional del Consumidor de Chile) (2014), “Oferta Crediticia para los Adultos Mayores” [en línea] <http://www.sernac.cl/wp-content/uploads/2014/11/Reporte-créditos-adultos-mayores.pdf>.

- Sudnow, D. (1967), *La organización social de la muerte*, Buenos Aires, Editorial Tiempo Contemporáneo.
- The Economist Intelligent Unit (2015), *The 2015 Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world* [en línea] <https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>.
- Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2002), “Case of Pretty v. The United Kingdom (Application no. 2346/02), Judgment”, Estrasburgo, 29 de abril.
- Vásquez, J. (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 a 12 de noviembre.
- Villacorta, O. y D. Reyes (2012), “Servicios financieros para las mayorías. La inclusión financiera en México”, *Revista MBS*, N° 2, julio.
- Villalobos, A. (s/f), *Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia*, Santiago, Ministerio de Salud de Chile [en línea] <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbb9a8be040010165012f3a.pdf>.
- Wotapka, A. (2015), “Explotación de los mayores. La vigilancia financiera es sólo una parte de la solución” [en línea] <http://www.acamstoday.org/explotacion-de-mayores-vigilancia-financiera/>.

Capítulo VI

Síntesis y conclusiones

A. Expresiones del cambio demográfico en curso

El mundo experimenta una transformación demográfica inédita —y probablemente irreversible— que lo conduce hacia el envejecimiento global: hoy en día viven en el planeta casi 900 millones de personas de 60 años y más, cifra que aumentará hasta los 1.400 millones en 2030. Asuntos de alcance mundial como el cambio climático, la trata de personas, la planificación del desarrollo, el comercio o las concepciones sobre el buen vivir se ven afectados por la inversión de la pirámide por edades de la población. De la misma manera, esta transformación demográfica en curso constituye una de las megatendencias en las que se enmarca la consecución de los 17 Objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

En América Latina y el Caribe, la segunda mitad del siglo XX se caracterizó por el crecimiento de la población de la región, mientras que el siglo XXI se distinguirá por el envejecimiento de la población. Como se indica en el primer capítulo de este libro, desde 1960 la estructura etaria de la población ha experimentado grandes transformaciones que han implicado el paso de una población joven a una de edad más avanzada.

Por otra parte, la prolongación de la vida por el descenso de la mortalidad duplicó la proporción de personas mayores en un lapso de 52 años (1965-2017). Las proyecciones de población de las Naciones Unidas indican que este período se reducirá a 33 años de aquí en adelante, pasando del 12% actual al 24% en 2050. No obstante, hay que ser cautos con esta

estimación porque si bien la población de 60 años y más representa ahora el 12% del total de habitantes de la región, existe una amplia variación entre los países con respecto a este indicador. En Cuba, Barbados y el Uruguay el porcentaje de personas mayores en 2017 es superior al 19%; en cambio en Belice, Guatemala y Honduras se sitúa por debajo del 7%.

La característica más importante del proceso de envejecimiento en la región de América Latina y el Caribe es su rapidez. De acuerdo con la nueva clasificación presentada en el primer capítulo de este libro, en 2017 hay 17 países que se encuentran en una fase de envejecimiento incipiente, 10 en una etapa moderadamente avanzada, 3 en una etapa avanzada y 3 en una muy avanzada. Se prevé que para 2030 la situación cambie y ya ningún país se encuentre en la primera etapa, dado que todos habrán transitado hacia etapas más adelantadas en su proceso de envejecimiento demográfico.

En 2030, la mayoría de los países estarán en la etapa de envejecimiento moderadamente avanzada y en la avanzada sumando entre ambas a 18 países. La mayoría —con la excepción de Belice (que se mantendrá en una etapa de envejecimiento moderado)— pasarán a la etapa siguiente. Otras excepciones son Costa Rica y Bahamas, que habrán pasado de una etapa de envejecimiento moderadamente avanzada a una muy avanzada en tan solo 13 años.

Otro hecho relativo al envejecimiento de la población ocurrirá en 2037, cuando la proporción de población de 60 años y más igualará a la menor de 15 años. Este cambio también da cuenta de la heterogeneidad regional, dado que ya ocurrió en dos de los países que en la actualidad se encuentran en la etapa de envejecimiento muy avanzada (Cuba (2010) y Barbados (2015)). En Chile y el Uruguay se prevé que ocurra lo mismo después de 2025.

Otra situación relevante que se debe tener en cuenta en las próximas décadas es que la población de 15 a 59 años alcanzará su máximo de crecimiento en 2040. De ahí en adelante empezará a disminuir y se producirá una convergencia hacia la estabilización de la población en cada uno de los países de la región, aunque algunos de ellos ya lo habrán experimentado con anterioridad a dicha fecha. A diferencia del siglo pasado, cuando la relación de dependencia aumentaba por el crecimiento del número de niños, en las próximas décadas el incremento de la población dependiente estará determinado principalmente por el crecimiento relativo y absoluto de las personas mayores. Estas tendencias responden a una disminución de las tasas de fecundidad —que en varios países se ubica muy cerca del valor de reemplazo— y a una mejora en la esperanza de vida al nacer, que en la actualidad es de 76 años, habiendo ganado en promedio 1,5 años por quinquenio en los últimos 55 años.

Más allá de que el envejecimiento de la población sea valorado como un logro de la humanidad, hay asuntos que despiertan aprensión en distintos sectores. Uno de ellos es que el descenso del crecimiento del número de habitantes en edad de trabajar, junto con el aumento de la relación de dependencia de las personas de edad, podría volver insostenibles los actuales programas públicos de pensiones, y quizás también los sistemas de salud. Estimaciones realizadas a partir de las cuentas nacionales de transferencias demuestran que hay mucho desconocimiento con respecto a las consecuencias del envejecimiento y, por el contrario, en una transición demográfica estilizada el incremento del capital humano por trabajador podría compensar con creces el descenso del número de trabajadores y la creciente tasa de dependencia en la vejez (Lee y Donehower, 2010).

Esta tesis se basa en una constatación simple: el envejecimiento de la población aumenta la demanda per cápita de riqueza lo que, junto a una menor cantidad de hijos, lleva a que cada individuo, en cualquier edad, pueda acumularla. Si este aumento de la demanda de riqueza no se atiende por completo mediante el incremento de las transferencias, pero se satisface —al menos en parte— mediante la acumulación de activos en el hogar o fuera de él, el envejecimiento de la población aumentará el nivel de activos per cápita y, tal vez, el nivel de capital por trabajador y los salarios. De igual manera, con el envejecimiento disminuiría la tasa de dependencia por educación, lo que facilitaría la creación de una fuerza laboral más educada y productiva (Lee y Donehower, 2010; CEPAL, 2014).

El envejecimiento de la población, por lo tanto, no tiene por qué convertirse en una amenaza para la sostenibilidad del gasto público ni para la implementación de la Agenda 2030, si se toman las decisiones adecuadas antes de que el proceso se afiance. Por ejemplo, la experiencia de los países europeos deja entrever que el envejecimiento no siempre acarrea una supuesta falta de viabilidad económica para sus estados de bienestar. Según recientes proyecciones del gasto social en la mayoría de ellos, tras el período de consolidación que se produjo en los años ochenta, noventa y principios de la década de 2000, es probable que la situación siga siendo gestionable (OIT, 2013).

De igual manera, no hay que dar por sentado que en la edad avanzada el consumo automáticamente aumente. Las evidencias muestran que en América Latina, a diferencia de la situación existente en los países ricos, existe un muy ligero incremento del consumo a medida que aumenta la edad. De hecho, en México la curva de consumo tiende a disminuir, mientras que Chile y Costa Rica presentan perfiles moderadamente ascendentes. Con respecto a las transferencias, hay que destacar que en el Brasil, México y el Uruguay durante la edad avanzada se realizan

transferencias netas a otros. El caso del Brasil resulta particularmente interesante porque las personas mayores reciben una elevada proporción de transferencias públicas que financian el 100% de su déficit del ciclo de vida, pero también dan más a otros (supuestamente parientes) que las personas de edad en otros países. A su vez, en México los activos financian el 100% del consumo, mientras que las transferencias públicas juegan un papel muy modesto (Lee y Donehower, 2010).

Otro elemento a considerar es que en la región la edad avanzada no siempre lleva aparejada una disminución de la participación en el mercado del trabajo. A diferencia de los países desarrollados, donde la renta por trabajo cae vertiginosamente en la vejez —lo que da lugar a la incorporación a los programas públicos de pensión— en América Latina el nivel de renta del trabajo representa alrededor del doble del de los países ricos. En muchos casos, el hecho de que las personas mayores continúen trabajando se debe a las bajas tasas de reemplazo de las pensiones y jubilaciones, pero en otros —como bien lo indicó un estudio reciente de CEPAL/OIT (2018)—, el mantenerse en el mercado del trabajo es una opción que se prefiere por interés personal.

El envejecimiento, por lo tanto, puede constituirse en una oportunidad inexplorada para avanzar en el desarrollo sostenible. Obviamente hay mucho que estudiar y hacer, pero las recientes publicaciones del Banco Mundial y de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) avalan esta posición. El llamado segundo bono demográfico, que se estudia en el cuarto capítulo de este libro, constituye un antecedente fundamental para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular la meta 1.3 sobre universalidad de la protección social, la meta 3.8 sobre cobertura sanitaria universal y la meta 5.4 sobre la valoración de los cuidados y la igualdad de género.

B. Universalidad de la protección social en la vejez

Con respecto a la incorporación explícita de las personas mayores a los sistemas de protección social desde la perspectiva de la igualdad en este libro, ella se fundamenta en que los cambios demográficos actúan como factores clave en la creación de oportunidades y establecen nuevas restricciones relacionadas con la redefinición de las funciones de la familia, el mercado y el Estado. Por lo tanto, es necesario replantear la protección social para que responda a las consecuencias de las transformaciones demográficas y, a su vez, anticipe las respuestas a las demandas de una población en proceso de cambio.

El escenario actual en la región para lograr la meta 1.3 sobre protección social universal no está exento de obstáculos. Como se documenta en el capítulo cuarto, una gran parte de las personas mayores

no tiene acceso a pensiones de vejez que les garanticen protección frente a los riesgos de pérdida de ingresos en la edad avanzada. Además, la cobertura de seguridad social de la población ocupada es muy desigual, lo que aumenta las posibilidades de desprotección económica para las generaciones futuras. Si bien se han producido avances notables en lo referente a la expansión de las transferencias públicas, que ayudan a reducir parte de los riesgos económicos que surgen con la edad avanzada, es necesario continuar profundizando los mecanismos para incrementar la protección en la vejez, sobre todo en el caso de las mujeres mayores, los ancianos indígenas y la población rural.

Los países de América Latina y el Caribe están intentando lidiar con los problemas de cobertura de seguridad social de diferentes maneras, pero la tendencia es evidente y la política que parece estar teniendo mayor impacto es la extensión de las pensiones no contributivas. Además de sus efectos sobre la cobertura, este cambio de política puede tener consecuencias importantes a largo plazo en aquellos países donde la población está envejeciendo. Esto es especialmente relevante en los países donde la escasa cobertura de las jubilaciones por la vía contributiva se complementa con las pensiones no contributivas, en un contexto en que la población en edad de trabajar presenta bajos niveles de cotización, tanto en términos de cobertura como de densidad.

Asimismo, se observa una adaptación lenta de los sistemas de salud a los cambios de la demanda surgidos a partir de las dinámicas demográfica, epidemiológica y tecnológica, lo que en el mediano y largo plazo puede dar lugar a un incremento de los costos y gastos de los servicios de atención de la salud y un acceso insuficiente de la población a servicios de salud adecuados y de calidad, si no se toman las decisiones adecuadas en el momento oportuno.

La cobertura sanitaria es desigual y, aun si las personas mayores cuentan con seguros de salud, ello no quiere decir que puedan acudir a un centro médico cuando lo necesitan. La posibilidad de obtener medicamentos a un costo accesible y de recibir prestaciones sanitarias eficaces y adecuadas a sus necesidades, así como cuidados de largo plazo fiscalizados y en los que se respeten los derechos y libertades fundamentales al aumentar la dependencia, son asuntos que preocupan a la generación actual de personas mayores cuando su autonomía se ve afectada.

En este marco, si bien la atención de la salud de las personas mayores ha mejorado con el tiempo, aún son pocos los países que cumplen sus obligaciones relacionadas con los estándares internacionales de derechos humanos. Cabe recordar que el derecho a la salud conlleva obligaciones, y una de ellas es la de garantizarlo por medio de medidas legislativas, administrativas y presupuestarias, entre otras. Como ha manifestado

la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* de 2015: “Se necesita con urgencia una acción de salud pública integral sobre el envejecimiento. Aunque falta mucho por aprender, tenemos pruebas suficientes para actuar ahora, y hay cosas que todos los países pueden hacer, independientemente de su situación actual o nivel de desarrollo. El primer paso será centrarse en optimizar la capacidad funcional, que es el objetivo del *Envejecimiento Saludable*” (OMS, 2015, pág. 229).

De forma paralela, es indispensable reforzar los cuidados de largo plazo como tercer pilar de la protección social en la vejez. El envejecimiento de la población trae aparejado el riesgo de sufrir dependencia, y las personas mayores pueden necesitar los cuidados de otras personas debido a una discapacidad, una enfermedad crónica o un trauma, situaciones que pueden limitar su capacidad para llevar a cabo actividades de cuidado personal básico o tareas cotidianas.

Es necesario transitar hacia la categorización del cuidado de largo plazo como un asunto de responsabilidad colectiva que debe ejercerse mediante prestaciones y servicios para, en el marco de los sistemas de protección social, maximizar la autonomía y el bienestar de las familias y de los individuos. Las respuestas públicas a esta problemática han de concebirse como parte del quehacer estatal e imponer ciertas obligaciones inmediatas con respecto a los que precisan ayuda y los que la brindan.

Tal y como se documenta en este libro, la demanda de cuidado de largo plazo seguirá aumentando en la región. Sin embargo, la posibilidad de las sociedades de ofrecerlos a sus miembros es limitada: según las estimaciones para la primera mitad del siglo XXI, en la región no alcanzaría a una persona por cada miembro que necesita ayuda. Tal vez esto bastaría para satisfacer las necesidades de una parte de la demanda, pero no de aquellos que requieren una asistencia diaria permanente, intensiva y especializada.

Por otro lado, la capacidad demográfica de una sociedad para prestar ayuda está condicionada por el contexto sociocultural y económico, en el que se aprecia claramente la incidencia de tres factores clave: la desigualdad de género que caracteriza la división de las tareas de cuidado (Rico y Robles, 2016), las diferencias generacionales en el ejercicio de la solidaridad y las inequidades por ingreso, que se traducen en la desprotección de segmentos específicos de la población. La heterogeneidad regional en este sentido es evidente. La composición demográfica actual de la carga de cuidados y la disponibilidad de cuidadores potenciales difiere de un país a otro según la etapa de transición demográfica que estén atravesando y, mientras que ciertos países cuentan con sistemas de protección social desarrollados, en otros ellos se encuentran debilitados.

En la región, la situación de los cuidados a largo plazo ha mejorado en los últimos años, pero siguen existiendo rezagos. Tanto los marcos normativos generales y específicos de los países como el abanico existente de programas sociales relacionados con la protección de la vejez revelan que los riesgos asociados al cuidado se continúan concentrando en las familias. Esto acrecienta la condición de vulnerabilidad de las personas que precisan cuidado y de las que lo brindan, que en la actualidad se ven directamente afectadas por la distribución desigual de los recursos según el origen familiar. De ello se deriva precisamente uno de los grandes retos de aquí a 2030: avanzar hacia el reconocimiento y la inclusión del cuidado en las políticas públicas en un marco de interdependencia e igualdad. La CEPAL ha insistido en la necesidad de replantear la protección social de forma que responda de manera inmediata a las consecuencias de las transformaciones demográficas y que pueda anticipar respuestas a las demandas de una población en constante cambio.

En este contexto, la construcción de una política pública de cuidados a largo plazo es más importante que nunca. Su fundamento, incluso por encima de la demanda, radica en el creciente aporte al empleo que las labores de atención de las personas mayores pueden representar para la economía de muchos países. Junto con ello, la previsión prácticamente nula de la necesidad de este tipo de cuidado en los sistemas de protección social puede provocar que las personas mayores no reciban la atención que necesitan de manera adecuada, accesible y oportuna. De este modo, una parte considerable de la población puede quedar excluida de los servicios sociales, y su patrimonio e ingresos pueden verse comprometidos en la búsqueda de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria. De no efectuarse cambios aprovechando la coyuntura actual, es evidente que se verán afectadas las posibilidades de brindar protección social a toda la población tal como busca la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

C. Derechos humanos de las personas mayores

Otro de los temas centrales de este libro son los derechos humanos, en cuyo campo de acción el envejecimiento tiene profundas repercusiones porque abre nuevas posibilidades y plantea desafíos inéditos para la construcción de la ciudadanía del siglo XXI. En primer lugar, alienta a conciliar las necesidades y los intereses de todos los grupos sociales en un marco de interdependencia donde cada persona tenga una función activa que desempeñar en su beneficio y en el de los demás. Segundo, involucra a un sujeto que reclama un tratamiento particular debido a su edad, e introduce nuevas reivindicaciones para expandir, especificar y profundizar los derechos humanos.

La CEPAL ha insistido en que el enfoque de los derechos humanos es el más propicio para abordar la situación de las personas mayores porque ayuda a superar la clásica simplificación que asocia la vejez con las pérdidas y pone el acento en la igualdad, sin discriminación de ningún tipo. A su vez, identifica las obligaciones del Estado en la protección y la habilitación de las personas mayores como titulares de derechos.

En los últimos cinco años, el envejecimiento ha ocupado un lugar en el quehacer de organismos regionales intergubernamentales de África, Europa y las Américas por medio de la elaboración y adopción de instrumentos para asegurar los derechos de las personas de edad avanzada. Aunque son de distinta naturaleza, su existencia demuestra que estos derechos requieren de una estandarización que fije los parámetros mínimos para asegurar una vejez con dignidad. En este momento, la protección y especificación de esos derechos establecida en el ámbito regional debe reflejarse en el plano nacional por medio de garantías que los hagan efectivos.

Un logro histórico para la región y para el mundo en los últimos años es la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Las Américas cuentan por primera vez con un instrumento jurídicamente vinculante que identifica las obligaciones de los Estados con respecto a este grupo social. De igual manera, la Convención introduce nuevos derechos y repara en cierta medida la falta de consideración de las personas mayores en el derecho internacional de derechos humanos.

En materia de cuidados paliativos, si bien hay algunos programas en ejecución, queda mucho por hacer. En varios países los programas de cuidados paliativos presentan deficiencias importantes de funcionamiento. Los profesionales a cargo no siempre cuentan con la formación adecuada, se abusa de los medicamentos para mantener a los enfermos terminales en estado de sedación y no existe una coordinación con la atención curativa. Una vez ingresada en el programa de cuidados paliativos, de inmediato se prevé que la persona mayor no tendrá una sobrevida prolongada. Las visitas en el domicilio tienen escasa cobertura y baja calidad y, en el ámbito de la atención primaria, quienes las realizan a veces no cuentan con la capacitación necesaria para prestar este servicio. No ocurre lo mismo en el sector privado, donde la atención paliativa es de una calidad superior a la que brinda el sistema público, pero es onerosa y por ende inaccesible para los sectores más desprotegidos de la población.

Otro tema de derechos humanos sobre el que resulta fundamental promover el debate público es la muerte digna. Antes de 2015 no existía un instrumento internacional vinculante que abordase este tema como un asunto prioritario para las personas mayores. Con la adopción de la Convención Interamericana por fin se establecen directrices generales que ayudan a interpretar la muerte digna como un derecho humano.

La lectura transversal de los derechos contenidos en la Convención permite afirmar que el estándar que debe primar en los casos de personas mayores es proveer condiciones que mantengan su dignidad hasta la muerte. Para ello establece que los Estados tienen como obligación tomar medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales—incluidos los cuidados paliativos— prevengan el aislamiento, manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales y el dolor, y eviten el sufrimiento innecesario y las intervenciones fútiles e inútiles.

Uno de los mecanismos para favorecer la muerte digna es la voluntad anticipada que corresponde a instrucciones mediante las cuales una persona manifiesta sus deseos respecto a ciertas intervenciones médicas, para que sean respetados y cumplidos por el médico o el equipo sanitario cuando la persona que la ha otorgado se encuentre imposibilitada para manifestar su voluntad (Montiel y García, 2007). A la luz del artículo 11 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la voluntad anticipada forma parte del tipo de legislación que favorece la atención paliativa y los cuidados al final de la vida. No prolonga ni acorta la vida, sino que respeta el momento natural de la muerte.

Otro asunto que se aborda en este libro es el acceso al crédito en la edad avanzada, un tema generalmente soslayado en la región, pero sobre el cual existen experiencias en otras partes del mundo que pueden ser de utilidad para la implementación de la meta 8.3 sobre la promoción de políticas orientadas al desarrollo de actividades productivas, la creación de puestos de trabajo decentes, el emprendimiento, la creatividad y la innovación, y el fomento de la formalización y el crecimiento de las microempresas y las pequeñas y medianas empresas, incluso mediante el acceso a servicios financieros.

Al respecto, es posible afirmar que en la región persiste una profunda discriminación contra las personas mayores, pudiéndose encontrar barreras en todas las etapas de la solicitud de una ayuda crediticia. Por ejemplo, en 2015, una persona de 75 años de edad en Costa Rica interpuso un recurso de amparo en la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia contra la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) debido a que, para solicitar un crédito hipotecario, se le pidió una póliza de vida de protección crediticia, la que le fue negada por el Instituto Nacional de Seguros (INS). Explica el recurrente que acudió al ente asegurador, donde le preguntaron por sus enfermedades y se le envió a practicarse una serie de exámenes médicos. Asegura que sus patologías son las propias de cualquier persona de su edad, pero no es una persona enfermiza. A pesar de los antecedentes

presentados, no se le emitió la póliza de seguros, argumentándose que, según las políticas internas de evaluación de enfermedades, la hipertensión arterial y el resto de su cuadro clínico afectaban su obtención. En virtud de la falta de la póliza, la CCSS rechazó el crédito solicitado¹. En este caso, la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, tomando en cuenta la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, falló a favor de la persona mayor y solicitó a las instituciones involucradas que adoptaran las medidas necesarias para que al recurrente se le permitiera razonablemente garantizar el crédito hipotecario².

El fallo de la Sala Constitucional de Costa Rica es congruente con otras resoluciones favorables para la persona mayor, pero esto no siempre ocurre en los demás países de la región. Existen limitaciones para hacer efectivo el derecho, muchas de ellas derivadas de las debilidades institucionales para hacer cumplir las leyes. Se necesita más y mayor protección, como la que se da a las mujeres u a otros grupos discriminados. En el caso de las primeras, por ejemplo, coexisten varios órganos destinados a mejorar su bienestar y proteger sus derechos, incluyendo el acceso al crédito para la realización de sus actividades productivas³.

En relación con el maltrato de las personas mayores, hay que valorar los avances realizados por los países de la región. Su consolidación dependerá del compromiso de los distintos actores que intervienen en este aspecto de la realidad de este grupo social, de la construcción de una base sólida en materia de derechos humanos, y de un apoyo jurídico favorable a la eliminación del maltrato de las personas mayores.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores proporciona una plataforma de

¹ Véase Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, “Niegan a persona adulta mayor acceso a préstamo”, *Boletín Mensual de Jurisprudencia*, San José, agosto de 2015 [en línea] <https://www.poder-judicial.go.cr/salaconstitucional/index.php/2016-06-27-17-06-26/category/111-boletines-2015?download=1375:08-2015>.

² Véase Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, “Niegan a persona adulta mayor acceso a préstamo”, *Boletín Mensual de Jurisprudencia*, San José, agosto de 2015 [en línea] <https://www.poder-judicial.go.cr/salaconstitucional/index.php/2016-06-27-17-06-26/category/111-boletines-2015?download=1375:08-2015>.

³ Por ejemplo, en las Naciones Unidas se encuentra la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres) y la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. En la CEPAL existe la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. En el Consejo de Derechos Humanos funciona el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, y la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer. La Organización de los Estados Americanos (OEA) cuenta con la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM), la Relatoría sobre los Derechos de la Mujer y el Mecanismo de Seguimiento de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) (MESECVI).

acción y una base para iniciativas nacionales dirigidas a garantizar que se proteja a las personas de edad de la violencia y los malos tratos. Esta protección está reforzada por medio de las observaciones generales de los comités de los tratados que han elaborado una serie de directrices fundamentales para abordar con seriedad esta problemática como un asunto de derechos humanos.

Por su parte, la Asamblea General de las Naciones Unidas ha jugado un rol decisivo en la tarea de sensibilización sobre este flagelo en la agenda mundial mediante su resolución 66/127, que designa el 15 de junio como Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez, representando el momento del año en que todo el mundo expresa su oposición a los abusos y los sufrimientos infligidos a miembros de las generaciones mayores.

Hay que insistir, sin embargo, que en la base de cualquier acción debe haber un cambio de perspectiva en la conceptualización, el análisis y el tratamiento del maltrato. Ni los profesionales ni los expertos en la materia podrán detectar los abusos si dan por sentado que cierto comportamiento o estado físico de una persona mayor se debe únicamente a su edad avanzada o su mala salud. Sin una toma de conciencia al respecto, solo podrán llamar la atención a los casos graves de maltrato, puesto que las personas de edad que son víctimas de violencia y que no recurren a los servicios médicos o sociales difícilmente podrán visibilizarse (Naciones Unidas, 2002).

D. De las enseñanzas aprendidas al fortalecimiento de las instituciones

La implementación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores es un proceso que recién se inicia y que se desarrolla en paralelo con la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En este marco, los Estados tendrán que trabajar para generar los mecanismos que garanticen las libertades y los derechos consagrados en el instrumento regional y crear las condiciones para que la discriminación de las personas mayores no impida su participación en la sociedad y el desarrollo. Una tarea que exige, entre otros requisitos, innovación, transparencia, personal calificado y presupuesto gubernamental.

La experiencia adquirida en la implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y su puesta en práctica a nivel regional durante los últimos 16 años son de utilidad para cumplir con las obligaciones asumidas en la Convención Interamericana y avanzar en la implementación de la Agenda 2030 para no dejar a las personas mayores atrás. Un aporte indiscutible de los acuerdos plasmados en los

instrumentos regionales de la CEPAL es la promoción de enfoques más integrales en el tratamiento gubernamental de los asuntos vinculados a este grupo social. Ese aprendizaje es insustituible en el escenario actual.

A partir de 2002 algunos países desplegaron esfuerzos e hicieron progresos destacados, por ejemplo, la promulgación de leyes de protección de los derechos humanos de las personas mayores, el rescate de la planificación a mediano plazo por medio de los planes nacionales, y las reformas administrativas para incluir a las instituciones de personas mayores en el ámbito de los ministerios sociales, entre otros.

Algunas de estas iniciativas se mantuvieron en el tiempo, pero otras no. En los últimos años varias carecieron de una adecuada metodología, seguimiento técnico o evaluación periódica. Muchas sucumbieron frente a la falta de presupuesto y otras se volvieron insostenibles debido a una voluntad política frágil para asegurar su existencia más allá del gobierno de turno. Como corolario, distintos programas que se iniciaron cinco años atrás ya no existen. Incluso algunas instituciones nacionales dirigidas a las personas mayores descendieron de jerarquía o cambiaron de dependencia con más facilidad que otras dedicadas a las problemáticas de las mujeres o la niñez.

La evaluación regional de las acciones que se desarrollan en favor de las personas mayores revela que su principal característica, con notables excepciones, es que no siempre logran impregnar el conjunto de la labor del Estado y que en general los asuntos vinculados a la población adulta mayor se circunscriben a organismos o sectores específicos. En ocasiones, la voluntad de las autoridades de las instituciones vinculadas al tema del envejecimiento choca con limitaciones estructurales que ponen en riesgo su credibilidad y mina la confianza de las personas mayores.

Lo anterior, junto con la escasez de personal calificado y la incipiente estandarización de las reglas o procedimientos, entre otros aspectos, condicionan gravemente el rendimiento institucional. De no mediar cambios, ello se puede convertir en un inconveniente que impide avanzar en la efectiva implementación de los instrumentos y acuerdos regionales en los próximos años.

Las personas mayores y sus organizaciones tienen claridad con respecto a los temas abordados en los párrafos anteriores. De tal manera, entre sus reivindicaciones más recurrentes en los últimos años se encuentra, por una parte, que la institución gubernamental que les corresponde tenga un elevado rango organizacional y, por otra, que sus asuntos se aborden desde una perspectiva de derechos humanos. Esta aspiración no es al azar. Las personas mayores y sus organizaciones son cada vez más conscientes de que la forma en que se conceptualizan sus problemas, necesidades e

intereses en el discurso oficial de los Gobiernos y cómo ello ejerce influencia en la sociedad y en la forma de comprender su situación o valorar sus aportes. Es por eso que buscan intervenir activamente.

De cara a los cambios demográficos y tomando en cuenta que las instituciones dirigidas a las personas mayores deben asumir un papel protagónico en la implementación de la Convención Interamericana y otros acuerdos multilaterales, se deben revertir las limitaciones descritas anteriormente y fortalecer las instituciones para que asuman responsabilidades crecientes y diversas. Junto con ello, es imprescindible abrir espacios para ampliar la participación de las personas mayores en las cuestiones que les afectan.

En este marco, la planificación de mediano y largo plazo vuelve a retomar su importancia, más aún en contexto de la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Las políticas públicas que se pongan en marcha han de empezar por el sujeto e incidir de verdad en su situación. Han de procurar niveles de vida dignos y combatir la discriminación. Asimismo, deben tener en cuenta la interdependencia entre generaciones, porque no habrá desarrollo si los salarios de los jóvenes están estancados o tienden a la baja, si las mujeres mantienen lagunas previsionales debido a ausencias por maternidad o cuidado, o si los sistemas privados de pensiones aumentan la desigualdad.

E. La necesidad de una mayor protección internacional

Al profundizar en el estudio de la situación de las personas mayores, se reafirma que sus derechos requieren un examen exhaustivo para definir si los estándares existentes recogen las preocupaciones de la población de edad avanzada. En el caso de los temas tratados en este libro, se concluye que todavía existen limitaciones para que las personas mayores sean respetadas como titulares de derechos. Persiste la discriminación por edad y, con el envejecimiento poblacional, surgen nuevas esferas de preocupación. Hace unos años, era poco probable que las personas de edad demandaran una mayor igualdad en el acceso a los servicios financieros, o que la muerte y sus condiciones fueran tratadas como un asunto público que no solo atañe al sector de la salud.

La aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de las Personas de Edad en África demuestra que es posible y necesario elaborar un instrumento multilateral jurídicamente vinculante para

asegurar una completa y efectiva promoción y protección de los derechos de las personas mayores (Grupo de Amigos de las Personas de Edad, 2016). Esta reivindicación es más legítima aún tomando en cuenta que la coexistencia de instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos ha sido una constante en el mundo contemporáneo. En los temas abordados en este libro, se comprende fácilmente su utilidad y compatibilidad.

La existencia de estándares duplicados, pero a su vez diferenciados, se justifica porque en ocasiones un consenso a nivel universal requiere también uno continental, el que puede alcanzarse en un régimen que, sin afectar el de índole universal, trae beneficios adicionales para promover y proteger los derechos humanos. Por otra parte, uno de los principios básicos de la doctrina jurídica es la aplicación del principio propersona, lo que significa que siempre se utilizarán los estándares más favorables a la persona en la situación concreta de que se trate (Carmona, 2009). Eso es especialmente importante en algunos países de la región, como ocurre en México, donde el principio propersona es parte del ordenamiento constitucional.

Sin lugar a dudas, es el momento de actuar y abordar los asuntos del envejecimiento y de las personas mayores con altura de miras; pensar en el futuro de manera realista, pero también audaz; poner en práctica los compromisos tantas veces soslayados y, sobre todo, habilitar y abrir oportunidades para todas las generaciones, en especial para las personas mayores, en un marco de interdependencia y solidaridad.

Bibliografía

- Carmona, J. (2009), "Los instrumentos regionales interamericanos en materia de derechos humanos y la bioética", *Hacia un instrumento regional interamericano sobre la bioética: experiencias y expectativas*, I. Brena y G. Teboul (coords.), Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2014), "La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe: la hora de la igualdad según el reloj poblacional" (DDR/2(MDP.1), documento preparado para la Primera Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, Santiago 12 a 14 de noviembre.
- CEPAL/OIT (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Internacional del Trabajo) (2018), "La inserción laboral de las personas mayores: necesidades y opciones", *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe*, N° 18 (LC/TS.2018/39), Santiago, mayo.
- Grupo de Amigos de las Personas de Edad (2016), "Statement in the General Debate (Item 5) of the VII Session of the Open-ended Working Group on Ageing", séptimo período de sesiones del Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento, Nueva York, 12 de diciembre.
- Lee, R. y G. Donehower (2010), "El envejecimiento de la población, las transferencias intergeneracionales y el crecimiento económico: América Latina en el contexto mundial", *Notas de Población*, vol. 37, N° 90 (LC/G.2469-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), enero.
- Montiel, L. y M. García (eds.) (2007), *Pensar el final: la eutanasia. Éticas en conflicto*, Madrid, Editorial Complutense.
- Naciones Unidas (2002), "El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial. Informe del Secretario General" (E/CN.5/2002/PC/2), Nueva York, enero.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2013), *Informe IV: empleo y protección social en el nuevo contexto demográfico*, Ginebra.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2015), *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, Ginebra.
- Rico, M. y C. Robles (2016), "Políticas de cuidado en América Latina: forjando la igualdad", *serie Asuntos de Género*, N°140 (LC/L.4226), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), septiembre.

Publicaciones recientes de la CEPAL

ECLAC recent publications

www.cepal.org/publicaciones

Informes Anuales / *Annual Reports*

También disponibles para años anteriores / *Issues for previous years also available*



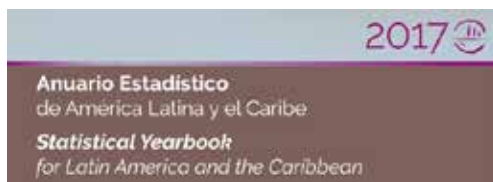
Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2018
Economic Survey of Latin America and the Caribbean 2018
Estudo Econômico da América Latina e do Caribe 2018
Documento informativo



La Inversión Extranjera Directa en América Latina y el Caribe 2018
Foreign Direct Investment in Latin America and the Caribbean 2018
O Investimento Estrangeiro Direto na América Latina e no Caribe 2018



Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe 2017
Preliminary Overview of the Economies of Latin America and the Caribbean 2017
Balanço Preliminar das Economias da América Latina e do Caribe 2017. Documento informativo



Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2107
Statistical Yearbook for Latin America and the Caribbean 2017



Panorama Social de América Latina 2017
Social Panorama of Latin America 2017
Panorama Social da América Latina 2017
Documento informativo



Perspectivas del Comercio Internacional de América Latina y el Caribe 2017
International Trade Outlook for Latin America and the Caribbean 2017
Perspectivas do Comércio Internacional da América Latina e do Caribe 2017

El Pensamiento de la CEPAL / *ECLAC Thinking*

La ineficiencia de la desigualdad

The Inefficiency of Inequality

Horizontes 2030: la igualdad en el centro del desarrollo sostenible

Horizons 2030: Equality at the centre of sustainable development

Horizontes 2030: a igualdade no centro do desenvolvimento sustentável



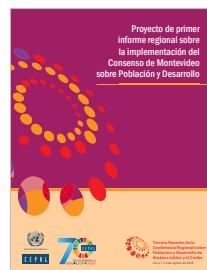
Libros y Documentos Institucionales / *Institutional Books and Documents*

Proyecto de primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo

Draft first regional report on the implementation of the Montevideo Consensus on Population and Development

Acceso a la información, la participación y la justicia en asuntos ambientales en América Latina y el Caribe: hacia el logro de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

Access to information, participation and justice in environmental matters in Latin America and the Caribbean: Towards achievement of the 2030 Agenda for Sustainable Development



Libros de la CEPAL / *ECLAC Books*

Estudios sobre financierización en América Latina

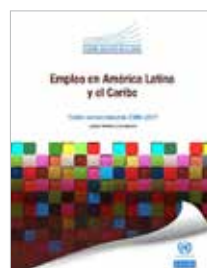
Los pueblos indígenas en América (Abya Yala): desafíos para la igualdad en la diversidad, Fabiana Del Popolo (ed.)



Páginas Selectas de la CEPAL / *ECLAC Select Pages*

Empleo en América Latina y el Caribe. Textos seleccionados 2006-2017, Jürgen Weller (comp.)

Desarrollo inclusivo en América Latina. Textos seleccionados 2009-2016, Ricardo Infante (comp.)



Revista CEPAL / CEPAL Review



Series de la CEPAL / ECLAC Series



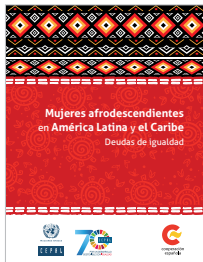
Notas de Población



Observatorio Demográfico Demographic Observatory



Documentos de Proyectos Project Documents



Cuadernos Estadísticos de la CEPAL



Coediciones / Co-editions



Copublicaciones / Co-publications



Suscríbase y reciba información oportuna sobre las publicaciones de la CEPAL



www.cep.al.org/es/registro



www.cep.al.org/publicaciones

 facebook.com/publicacionesdelacepal

Las publicaciones de la CEPAL también se pueden adquirir a través de:

shop.un.org

United Nations Publications
PO Box 960
Herndon, VA 20172
USA

Tel. (1-888)254-4286
Fax (1-800)338-4550
Contacto: publications@un.org
Pedidos: order@un.org

Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

Perspectiva regional y de derechos humanos

SANDRA HUENCHUAN
Editora

Desarrollo Social

Este libro es el resultado de un proceso de investigación y reflexión sobre la manera de incorporar a las personas mayores en la implementación y el seguimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible desde la perspectiva de derechos humanos. Pone el acento en el cambio demográfico como una megatendencia mundial que tendrá efectos en la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como en sus interconexiones con el ejercicio de los derechos humanos de las personas mayores en América Latina y el Caribe.

Los principios de universalidad y no discriminación que guían la Agenda 2030 ofrecen la posibilidad de utilizar los instrumentos internacionales de derechos humanos para lograr que nadie se quede atrás. En tal sentido, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores —mientras no exista un instrumento universal— resulta de vital importancia para facilitar a los Gobiernos y a la sociedad civil el aprovechamiento efectivo del potencial de las personas mayores para no dejarlas atrás y avanzar hacia la anhelada igualdad para todas y todos que impulsa la Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

LIBROS

C E P A L

www.cepal.org

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)
ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN (ECLAC)

ISBN 978-92-1-122002-5



9 789211 220025