

población y desarrollo

La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos

Sandra Huenchuan



NACIONES UNIDAS

CEPAL



población y desarrollo

L

La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos

Sandra Huenchuan



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Centro Latinoamericano y Caribeño
de Demografía (CELADE) – División
de Población de la CEPAL

Santiago de Chile, marzo de 2011



Este documento fue elaborado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), gracias al financiamiento del Proyecto Annual Work Plan 2010 UNFPA-LACRO (Project ID: RLA6P41A, Act. 13). Fue realizado bajo la supervisión de Dirk Jaspers_Fajjer, Director de la División. Su redacción estuvo a cargo de Sandra Huenchuan, asistente de investigación del CELADE, y contó con la colaboración de Pablo Tapia, consultor de la misma División.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN: 1680-8991

ISBN: 978-92-1-323483-9

E-ISBN: 978-92-1-054562-4

LC/L.3308-P

N° de venta: S.11.II.G.27

Copyright © Naciones Unidas, marzo de 2011. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	7
I. Introducción	9
II. La salud y la protección social en el marco de la dinámica demográfica y los derechos	13
A. Derecho a la salud y la protección en salud	14
1. El derecho a la salud en el contexto internacional	14
2. Contenido y forma de aplicación del derecho a la salud.....	16
B. Las necesidades sanitarias y la protección de la salud en el contexto demográfico	18
C. Protección de la salud, gasto y factores demográficos	23
D. Grupos específicos de población y la protección de la salud	26
1. Personas con discapacidad	27
2. Pueblos indígenas	28
3. Adolescentes.....	30
4. Personas mayores	31
III. Transformaciones demográficas y demandas futuras en salud y cuidados	33
A. Los determinantes demográficos y de salud de la dependencia	34
1. El envejecimiento poblacional como factor demográfico de la dependencia	34
2. Los riesgos de dependencia en la vejez derivados del estado de salud.....	38
B. Escenarios de demanda de cuidados en América Latina y el Caribe	44

1.	Estimación de la necesidad de cuidados a partir de la edad.....	44
2.	Estimación de la necesidad de cuidados a partir del estado de salud	47
C.	La expresión demográfica de la posibilidad de brindar cuidados	50
D.	La capacidad de los sistemas familiares e institucionales de proporcionar cuidados	55
1.	La maduración de ciclo de vida familiar y su impacto en la demanda de cuidado	56
2.	El papel de la familia y las mujeres en las tareas de cuidado	59
IV.	Síntesis y conclusiones	63
	Bibliografía	67
	Serie Población y desarrollo: números publicados	73
Índice de cuadros		
CUADRO 1	ELEMENTOS ESENCIALES DEL DERECHO A LA SALUD	17
CUADRO 2	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: INDICADOR DE CARGA DE ENFERMEDAD, 2002	21
Índice de gráficos		
GRÁFICO 1	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (16 PAÍSES): DISTRIBUCIÓN DE LOS AÑOS DE VIDA PERDIDOS POR CAUSAS, 2004.....	20
GRÁFICO 2	AMÉRICA LATINA (7 PAÍSES): TASA DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS (POR MIL NACIDOS VIVOS) SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE.....	22
GRÁFICO 3	AMÉRICA LATINA (7 PAÍSES): TASA DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS (POR MIL NACIDOS VIVOS) SEGÚN QUINTIL DE INGRESO.....	22
GRÁFICO 4	AMÉRICA LATINA (19 PAÍSES): PIB PER CÁPITA Y GASTO TOTAL EN SALUD PER CÁPITA, 2006	24
GRÁFICO 5	PESO RELATIVO DEL GASTO PRIVADO EN SALUD EN DIFERENTES PAÍSES ORDENADOS SEGÚN PIB PER CÁPITA EN DÓLARES, 2006	25
GRÁFICO 6	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NÚMERO ABSOLUTO Y RELATIVO DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS, 1975-2050	34
GRÁFICO 7	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE Y TASA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS, SEGÚN ETAPAS DEL ENVEJECIMIENTO, 1950-2050	36
GRÁFICO 8	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ENVEJECIMIENTO INTERNO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, 2010	37
GRÁFICO 9	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ENVEJECIMIENTO INTERNO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, 2030	38
GRÁFICO 10	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXO, 2007	39
GRÁFICO 11	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE DEFUNCIONES POR CAUSAS CRÓNICO DEGENERATIVAS Y EDAD MEDIANA DE LA POBLACIÓN	41
GRÁFICO 12	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (16 PAÍSES): PREVALENCIA DEL CONSUMO ACTUAL DE TABACO ENTRE ADULTOS (15 AÑOS O MÁS), 2005.....	42
GRÁFICO 13	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (7 PAÍSES): OBESIDAD EN ADULTOS DE 15 AÑOS O MÁS, 2005	43
GRÁFICO 14	AMÉRICA LATINA: RELACIÓN DE DEPENDENCIA DE CUIDADOS, 2000-2050	44
GRÁFICO 15	AMÉRICA LATINA: RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA Y DE CUIDADOS, SEGÚN GRUPOS DE EDADES, 2000-2050	46
GRÁFICO 16	AMÉRICA LATINA (4 PAÍSES SELECCIONADOS): RELACIÓN DE DEPENDENCIA DE CUIDADOS, 2000-2050	47

GRÁFICO 17	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: POBLACIÓN QUE REQUIERE CUIDADOS DIARIOS O PERIÓDICOS E INCREMENTO DE SU PREVALENCIA, SEGÚN TIPO DE DEPENDENCIA POR RAZONES DE SALUD, 2000-2050	48
GRÁFICO 18	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NÚMERO DE PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA QUE REQUIERE CUIDADOS DIARIOS, POR GRUPOS DE EDADES, 2000-2050	49
GRÁFICO 19	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NÚMERO DE PERSONAS CON DEPENDENCIA MODERADA-SEVERA QUE REQUIERE CUIDADOS DIARIOS, POR GRUPOS DE EDADES, 2000-2050	49
GRÁFICO 20	AMÉRICA LATINA: POTENCIALES CUIDADORES SEGÚN SEXO, 2000-2050	50
GRÁFICO 21	AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): EVOLUCIÓN DE LOS POTENCIALES CUIDADORES, 2000-2050	51
GRÁFICO 22	AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LAS PERSONAS QUE REALIZAN TAREAS DE CUIDADO, ALREDEDOR DE 2000	52
GRÁFICO 23	AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): RAZÓN DE APOYO PARENTAL, 2000-2050	53
GRÁFICO 24	AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN LAS ETAPAS DE CICLO DE VIDA FAMILIAR, ALREDEDOR DE 2007	56
GRÁFICO 25	AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): NÚMERO PROMEDIO DE MIEMBROS MENORES DE 15 AÑOS Y DE 60 AÑOS Y MÁS, SEGÚN LA ESTRUCTURA FAMILIAR, ALREDEDOR DE 2007	58
GRÁFICO 26	AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): NÚMERO PROMEDIO DE MIEMBROS CON NECESIDADES INTENSIVAS DE CUIDADO, SEGÚN LA ESTRUCTURA FAMILIAR, ALREDEDOR DE 2007	58
GRÁFICO 27	TIEMPO DEDICADO AL CUIDADO DE LOS NIÑOS, SEGÚN GÉNERO, ÚLTIMOS AÑOS DISPONIBLES	61
GRÁFICO 28	TIEMPO DEDICADO AL CUIDADO DE LOS NIÑOS, SEGÚN GÉNERO Y EDAD, ÚLTIMOS AÑOS DISPONIBLES	61
GRÁFICO 29	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJE DE MUJERES ENTRE 20 Y 49 AÑOS OCUPADAS, SEGÚN NÚMERO DE HIJOS, 2000	62

Índice de recuadros

RECUADRO 1	EL DERECHO A LA SALUD	15
RECUADRO 2	ETAPAS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA 2005-2010	19
RECUADRO 3	LAS MEDIDAS AFIRMATIVAS	27
RECUADRO 4	MEDICINA TRADICIONAL, EL DERECHO A LA SALUD Y LOS PUEBLOS INDÍGENAS	29
RECUADRO 5	LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA DECLARACIÓN DE BRASÍLIA	32
RECUADRO 6	ETAPAS DEL ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	35
RECUADRO 7	DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA PREVALENCIA DE LIMITACIONES FUNCIONALES EN LA VEJEZ	40
RECUADRO 8	RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA Y RELACIÓN DE DEPENDENCIA DE CUIDADO	45
RECUADRO 9	LA TRANSNACIONALIZACIÓN DEL CUIDADO	54
RECUADRO 10	EL CUIDADO NO REMUNERADO Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO	60

Índice de esquemas

ESQUEMA 1	PRINCIPIOS PARA GUIAR LA INCORPORACIÓN DEL CUIDADO EN LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL	65
-----------	---	----

Resumen

En este documento se ofrece un panorama detallado de la forma y contenido del derecho a la salud y su vinculación con la protección social. Para ello, se expone la forma en que el derecho a la salud ha sido plasmado en los tratados internacionales de derechos económicos, sociales y culturales del ámbito internacional e interamericano, y se sistematiza su contenido con el objetivo de entregar los elementos que definen su puesta en práctica. Se analiza también la compleja relación que existe entre el derecho a la salud y sus necesidades sanitarias en el contexto de la dinámica demográfica regional y se examina la relación entre el derecho a la salud, los factores demográficos y el financiamiento.

Junto con lo anterior, se realiza un análisis particular del derecho a la salud de algunos grupos específicos de la población: personas con discapacidad, pueblos indígenas, adolescentes y personas mayores. En relación con este último colectivo, el análisis se concentra en la composición y aumento de la demanda de cuidado por razones de edad y salud en las próximas décadas, así como su impacto en la salud pública y los servicios sociales. El documento concluye con algunas propuestas para el abordaje de los asuntos de cuidado en el marco de la protección social.

I. Introducción

El marco interpretativo de los derechos humanos aplicado a la protección en salud tiene enormes ventajas para distintos ámbitos de la población y el desarrollo, debido a que aporta elementos para la formulación, seguimiento y evaluación de políticas públicas, y pone atención en las personas y grupos de población que tienen barreras para ejercer su derecho a la salud. Asimismo, alienta el desarrollo de indicadores y el establecimiento de marcos de referencia para vigilar los adelantos.

Desde este punto de vista, hay que destacar que la protección en salud y las transiciones demográfica y epidemiológica están estrechamente relacionadas (Frenk y otros, 1991; Galyin y Kates, 1997). En dicho marco, el envejecimiento de la población va acompañado de un cambio, en que se pasa de una alta prevalencia de enfermedades infecciosas y una alta mortalidad materna e infantil a un aumento de las enfermedades no transmisibles, especialmente de tipo crónico (Naciones Unidas, 2007b). Ello afecta a los sistemas de salud, tanto por el tipo de enfermedades que debe atender como por los sectores de población involucrados.

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

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

En los países desarrollados, la velocidad de las transiciones fue mucho más lenta que en los países de América Latina y el Caribe y el proceso de envejecimiento tuvo lugar después de haber logrado más altos niveles de vida, menores desigualdades sociales y económicas, y luego de erradicar las diferencias de acceso a los servicios de salud. Por el contrario, en los países de la región, el proceso está ocurriendo en contextos socioeconómicos frágiles, altos niveles de pobreza, crecientes desigualdades sociales y económicas y problemas no resueltos de inequidad en el acceso a los servicios de salud (CEPAL/CELADE, 2003).

Como consecuencia, es muy probable que parte de los años de vida —y más específicamente durante la vejez— conlleven un elevado riesgo de dependencia. Esto quiere decir que es previsible que un grupo considerable de la población experimente una situación de falta o pérdida de la autonomía personal, lo que comporta la necesidad de ayuda de una tercera persona para la realización de los actos esenciales de la vida diaria (Sempere y Cavas, 2007).

Es evidente que, más allá de las estimaciones, el número de personas que puede necesitar ayuda en su vida cotidiana crece en todo el mundo. El envejecimiento es uno de los factores que incide en el aumento de la prevalencia de la dependencia, toda vez que los individuos a medida que envejecen, con frecuencia, suelen verse imposibilitados para realizar de manera autónoma algunas actividades cotidianas. Ello tiene su origen, por un lado, en el padecimiento de enfermedades crónicas y, por el otro, suele ser reflejo de la pérdida general de funciones fisiológicas atribuibles a un proceso normal de envejecimiento (Casado y López, 2001). De esta manera, el envejecimiento de la población puede afectar directamente el funcionamiento de los sistemas de protección en salud, al influir directamente en el desarrollo de demandas que exigen al Estado nuevas respuestas ante los riesgos.

Desde la perspectiva de la protección social, la novedad y urgencia actual del cuidado —entendido como la acción social dirigida a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas que carecen o han perdido la autonomía personal y que necesitan ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria (Huenchuan, 2009)— surge, principalmente, en razón del contexto en el que hoy se desenvuelven los sistemas de solidaridad y reciprocidad.

La principal diferencia entre los países de la región y los desarrollados es que en estos últimos la consideración de la necesidad de cuidados como un riesgo social empezó a instalarse en la agenda gubernamental a partir de los años setenta (OCDE, 1973) y, actualmente, los sistemas de protección social no solo proporcionan prestaciones para sustituir los ingresos salariales en caso de desempleo, enfermedad o jubilación, sino que también ponen a disposición de los y las ciudadanas asistencia médica y cuidados de larga duración, cuyos costos a menudo sobrepasan las posibilidades financieras de los beneficiarios y sus familias (Pérez Menayo, 2004). En los países de la región, en cambio, este proceso ha tenido una evolución reciente, entre otras razones, porque los sistemas tradicionales de cuidado continuaban funcionando con relativa estabilidad hasta bien avanzados los años ochenta, y porque las personas de edad no tenían un peso demográfico importante en el conjunto de la población (Huenchuan, 2009).

Se trata, por lo tanto, de un profundo cambio de escenario, cuyo impacto se sentirá con más fuerza en las próximas décadas, una vez que la maduración social y demográfica del fenómeno exija modificar las prestaciones sociales y sanitarias que en la actualidad se ofrecen a las personas mayores y aquellas con dependencia; y, anterior o simultáneamente, transforme un asunto que hoy se resuelve en el ámbito privado en un problema público que hay que solucionar colectivamente.

Este documento se estructura en tres capítulos. En el primero se ofrece marco general en el que se presenta un acercamiento esquemático a la relación entre el derecho a la salud, población y protección social, con especial acento en las necesidades y desafíos en la materia a los que se enfrenta la región. El segundo capítulo se concentra en documentar la trayectoria del proceso de envejecimiento en el futuro y

cómo ello puede incidir en el incremento de la dependencia asociado a los riesgos derivados del estado de la salud. Por último se presentan las conclusiones del trabajo, que están estrechamente vinculadas a la relación entre el derecho a la salud, la protección social y los desafíos que se derivan del envejecimiento de la población.

II. La salud y la protección social en el marco de la dinámica demográfica y los derechos

El marco interpretativo de los derechos humanos aplicado a la protección en salud tiene enormes ventajas para distintos ámbitos de la población y el desarrollo, debido a que aporta elementos para la formulación, seguimiento y evaluación de políticas públicas, y pone atención en las personas y grupos de población que tienen barreras para ejercer su derecho a la salud. Asimismo, alienta el desarrollo de indicadores y el establecimiento de marcos de referencia para vigilar los adelantos.

Desde este punto de vista, hay que destacar la estrecha relación que existe entre la protección en salud y el contexto demográfico en que se desarrolla. En la región —como se documenta en este capítulo— el complejo cuadro epidemiológico que se presenta (viejos y nuevos desafíos) se traduce en un escaso margen para realizar mejoras rápidas en salud. Las reformas que se emprendan han de responder a los patrones de salud que presenta la población. Ello implica un aumento de cobertura de los sistemas de salud, superar la desigualdad en el acceso a la salud, y hacerlo en el marco de oportunidades demográficas que existen en varios países.

El objetivo de este capítulo es ofrecer un acercamiento esquemático a la relación entre el derecho a la salud, población y protección social, con especial acento en las necesidades y desafíos en la materia a los que se enfrenta la región. Para ello, se ofrece un panorama general de la forma y contenido del derecho a la salud y su vinculación con la protección social. Luego, se analiza la relación que existe entre el derecho a la salud y las necesidades sanitarias en el contexto de la dinámica demográfica regional.

Posteriormente, se examina el derecho a la salud, los factores demográficos y el financiamiento. Por último, el análisis se concentra en el derecho a la salud y algunos grupos específicos de la población: personas con discapacidad, pueblos indígenas, adolescentes y personas mayores.

A. Derecho a la salud y la protección en salud

1. El derecho a la salud en el contexto internacional

En su trigésimo primer período de sesiones (marzo de 2006), la CEPAL planteó que “el principio de la titularidad de derechos debe guiar las políticas públicas. Se trata de orientar el desarrollo conforme al marco normativo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales plasmados en acuerdos vinculantes tanto nacionales como internacionales”. Desde esta perspectiva, se modifica la lógica de elaboración de leyes, políticas y programas, ya que el punto de partida no es la existencia de personas con necesidades, que deben ser asistidas, sino sujetos con derechos que obligan al Estado y al resto de la sociedad (Abramovich y Courtis, 2006; OACDH, 2004; CEPAL, 2006a).

La persona, por lo tanto, es el sujeto central del desarrollo, y las garantías consagradas en el régimen universal de protección de los derechos humanos constituyen el marco conceptual, aceptado por la comunidad internacional, capaz de ofrecer un sistema coherente de principios y reglas para guiarlo (Abramovich, 2004). Este enfoque también permite establecer las obligaciones de los Estados frente a los derechos (económicos, sociales, culturales, civiles y políticos) involucrados en una estrategia de largo plazo.

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

La integración de los derechos humanos en el desarrollo contribuye a que las medidas puestas en práctica consideren la situación específica de los individuos y grupos vulnerables, marginales, desfavorecidos o socialmente excluidos (OACDH, 2004). Ello coadyuva a superar la lógica de los marcos conceptuales y normativos convencionales, a partir de los que se han construido las políticas públicas y las instituciones de desarrollo. Estas, tradicionalmente, se han erigido desde concepciones estandarizadas de la humanidad, donde algunos atributos —lo masculino, la adultez y determinado origen étnico— son los ejes que erigen la identidad, la constitución del sujeto y de la ciudadanía. En este contexto, las especificidades de mujeres, indígenas, jóvenes, personas con discapacidad o personas mayores, por ejemplo, son causa de discriminación o son ignoradas.

El enfoque basado en derechos, propicia la titularidad de derechos humanos de todos los grupos sociales y, de ese modo, contribuye a que aquellas y aquellos, que en el pasado fueron excluidos, en el presente sean tratados sobre la base de la igualdad y del respeto de la dignidad humana (Naciones Unidas, 2005b). Desde este ángulo, uno de los desafíos centrales del enfoque basado en derechos es cómo contribuye a la construcción de una sociedad donde las personas, independiente de su género, edad, estado de salud u otro, tengan las mismas oportunidades para hacer efectivo el pleno respeto y ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales (Huenchuan, 2009).

Desde la perspectiva de la protección social, varios agentes de derechos humanos han elaborado marcos o instrumentos analíticos para que se comprenda mejor el contenido y alcance de las políticas públicas basadas en los derechos económicos, sociales y culturales, entre ellos, los del derecho a la salud. La CEPAL no ha estado ajena a este desafío y, en 2006, a través de su resolución 626(XXXI) los Estados miembros reconocieron que la protección en materia de salud es esencial para fortalecer la cohesión social de los países y, por lo tanto, para el quehacer de los gobiernos de la región, e hicieron un

llamado a garantizar a todos los ciudadanos y ciudadanas la atención pertinente ante las vicisitudes en materia de salud y avanzar en su materialización y exigibilidad efectiva.

RECUADRO 1 EL DERECHO A LA SALUD

El artículo 12 del **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** establece lo siguiente:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medioambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

El artículo 10 del **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, establece lo siguiente:

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
 - a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
 - b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
 - c) La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
 - d) La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
 - e) La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
 - f) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Fuente: Naciones Unidas, 1966.

El derecho a la salud está reconocido en numerosos instrumentos de derecho internacional adoptados en el sistema de las Naciones Unidas. Entre otros, la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, el que regula además otros derechos que son fundamentales para la salud —derecho a un nivel de vida adecuado, derecho a la alimentación, el derecho al uso del agua y el derecho a la educación. Por otro lado, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos incluye derechos humanos que atañen tanto a la salud individual (por ejemplo el derecho a la vida y a la integridad física) como también a la política sanitaria y a su implementación en los distintos niveles (por ejemplo, el derecho a la participación y el derecho a ser oído por un miembro del poder judicial en caso de ser detenido) (Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo, 2009).

En el sistema interamericano de derechos humanos, el derecho a la salud está garantizado en el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador). Este derecho se entiende como la obligación que tiene el Estado de adoptar (progresivamente) medidas, legislaciones y políticas públicas que permitan proporcionar a todas las personas, sin discriminación, los servicios de atención primaria de salud, de inmunización contra las enfermedades infecciosas, la prevención y el tratamiento de enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole, la educación de la población sobre prevención de enfermedades, así como la satisfacción de las necesidades en materia de salud de los grupos más vulnerables (Vásquez, 2004).

La salud como derecho también ha sido incorporada en tratados de derechos humanos de carácter sectorial de la mujer, de los niños, de los migrantes y de las personas con discapacidad, y su importancia ha sido recalcada en numerosas declaraciones y acuerdos internacionales, como lo son la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, 1994), la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA de las Naciones Unidas (2001), la Declaración del Milenio de 2000, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, por solo mencionar algunas.

2. Contenido y forma de aplicación del derecho a la salud

El contenido del derecho a la salud tiene gran importancia en la medida que a partir de éste se definen los lineamientos de garantía del mismo (De la Torre, 2006). Uno de los órganos de las Naciones Unidas que ha hecho notables aportes para la comprensión y aplicación del derecho a la salud es el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Por ejemplo, en su Observación General N° 14, hizo notar que el derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano, y precisó que un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud de un ser humano, ya que los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de las personas (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

El derecho a la salud, señaló el Comité, entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar la salud y el cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como a no ser sometido a torturas o a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En dicho marco, el derecho a la salud debe entenderse más apropiadamente como el derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud posible (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000). Esto es: la protección de la salud.

En efecto, como lo ha reiterado el Relator del derecho a la salud, este se puede interpretar como un derecho a un sistema de salud eficaz e integrado, que abarque la atención de la salud y en el acceso a los determinantes subyacentes, que responde a las prioridades nacionales y locales, y que es accesible para todos (Hunt, 2006).

El derecho a la salud también puede ser definido a partir de una serie de elementos que le dan contenido y forma para su aplicación práctica (véase el cuadro 1). En primer lugar, hay que destacar que la salud es un derecho inclusivo que abarca, además su atención oportuna y apropiada, el acceso a los factores determinantes básicos, tales como el agua limpia y potable, condiciones sanitarias adecuadas, ambientes sanos en el trabajo, entre otros. De aquí se deriva que los Estados deben contar, por una parte, con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como con programas —los que dependerán del nivel de desarrollo de cada país— y, por otra, han de favorecer la accesibilidad física y económica a los determinantes básicos de la salud por parte de la población (Hunt, 2003b).

En segundo lugar, cabe recordar, que las normas de derechos humanos proscriben toda discriminación en el acceso a la atención en salud, y a sus factores determinantes básicos, por los motivos prohibidos internacionalmente que tengan por objeto el menoscabo del disfrute de condiciones de igualdad del derecho a la salud. Esto significa que los establecimientos, bienes y servicios de salud

deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población. Asimismo, todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par de ser sensibles a los requisitos de género y el ciclo de vida, y han de ser concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de cualquier persona que se trate.

En tercer lugar, y aunque la salud esté supeditada a la paulatina realización y limitación de recursos, el derecho a la salud impone a los Estados tres tipos de obligaciones de carácter general: la de respetar, la de proteger y la de cumplir. La primera exige que los Estados se abstengan de injerir directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La segunda, requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías del derecho a la salud; y, la tercera requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario o de otra índole para hacer efectivo el derecho a la salud (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000). Asimismo, entre estas obligaciones figuran las garantías de no discriminación e igualdad de trato para toda la población independiente de su ingreso, origen étnico o racial, edad, género, condición de salud o cualquier otra.

CUADRO 1 ELEMENTOS ESENCIALES DEL DERECHO A LA SALUD

Disponibilidad	Existencia de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas que funcionen plenamente, disponibilidad de medicamentos esenciales, existencia de agua limpia y de instalaciones de salud adecuadas.
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. Se distinguen tres tipos de accesibilidad: <ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad física y segura para todos, incluso las personas y los grupos desfavorecidos. • Accesibilidad económica para todos, particularmente para las personas y los grupos desfavorecidos. • Derecho a buscar y obtener información relativa a la salud y a transmitirla observando la confidencialidad.
Aceptabilidad	Todas las instalaciones, bienes y servicios de salud deben respetar los principios de la ética médica, así como los valores culturales de la población respectiva, ser sensibles al género y al ciclo de vida, respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de la población.
Calidad	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad, incluyendo personal formado profesionalmente de calidad probada y equipamiento médico adecuado.

Fuente: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4 (Comentario General).

En definitiva, la aplicación del enfoque de derechos humanos a la salud exige a los Estados que, en concordancia explícita con las normas y obligaciones de derechos humanos, adopten todas las medidas apropiadas para asegurar, en igualdad de condiciones, el acceso a los servicios de salud. Para ello, las normas internacionales de derechos humanos —en particular aquellas relacionadas con el derecho a la salud— deben aplicarse de manera coherente y sistemática en todos los procesos de formulación de políticas y en su puesta en práctica (Hunt, 2006; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

B. Las necesidades sanitarias y la protección de la salud en el contexto demográfico

Las Naciones Unidas —a través del Comité del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y del Relator Especial del Derecho a la Salud— ha insistido en que los derechos humanos y la salud se relacionan de manera recíproca. Las causas de morbilidad y altos índices de mortalidad en los países en desarrollo —la malnutrición, la desnutrición, el acceso insuficiente al agua potable limpia, las condiciones de vida y trabajo insalubres, etc.— resultan del incumplimiento de obligaciones de derechos humanos. Como conclusión inversa, la realización de los derechos humanos contribuye a mejorar el estado de salud de una sociedad, particularmente de los grupos desfavorecidos; al mismo tiempo que la salud constituye una condición necesaria para el ejercicio de otros derechos humanos y para participar de la vida social, económica y política (Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo, 2009).

Como a todos los derechos humanos, al de la salud subyacen determinados principios estructurales, según los cuales se contextualizan los desafíos que enfrentan los países en el mediano y largo plazo. Ello es más importante aun en relación a la salud, toda vez que la situación sanitaria de las poblaciones va cambiando de forma paralela a la transición demográfica (Naciones Unidas, 2007b) y, a medida que esta avanza, surgen nuevas necesidades, que cada vez se vuelven más complejas y diversificadas (Cárdenas, 2008).

Todo indica que el problema sanitario para los países en desarrollo es mucho mayor que al que se vieron enfrentados los países desarrollados, debido a que la transición demográfica se está produciendo a un ritmo más rápido, y a que los sistemas de salud todavía presentan muchas deficiencias a la hora de responder a las necesidades de la población joven, mientras que el rápido envejecimiento de la estructura por edades de la población ha ido provocando un aumento notable de la demanda de atención en salud por parte de las personas de edad (Naciones Unidas, 2007b; CEPAL/CELADE, 2008). Como resultado, mientras que a nivel agregado, la región se acerca rápidamente a los países desarrollados en cuanto al efecto de enfermedades no transmisibles, ello no conlleva que se haya resuelto de manera satisfactoria el problema de enfermedades ligadas a un menor grado de desarrollo, como las transmisibles y las materno infantiles.

Para ilustrar lo anterior, en el gráfico 1, se presenta la distribución de años de vida saludable perdidos por grupos de causas y etapas de la transición demográfica (véase el recuadro 2). Se trata de un indicador de carga de enfermedad que es utilizado para resumir las necesidades sanitarias de una población, lo que permite jerarquizar los problemas de salud en los distintos países (OMS, 2009).

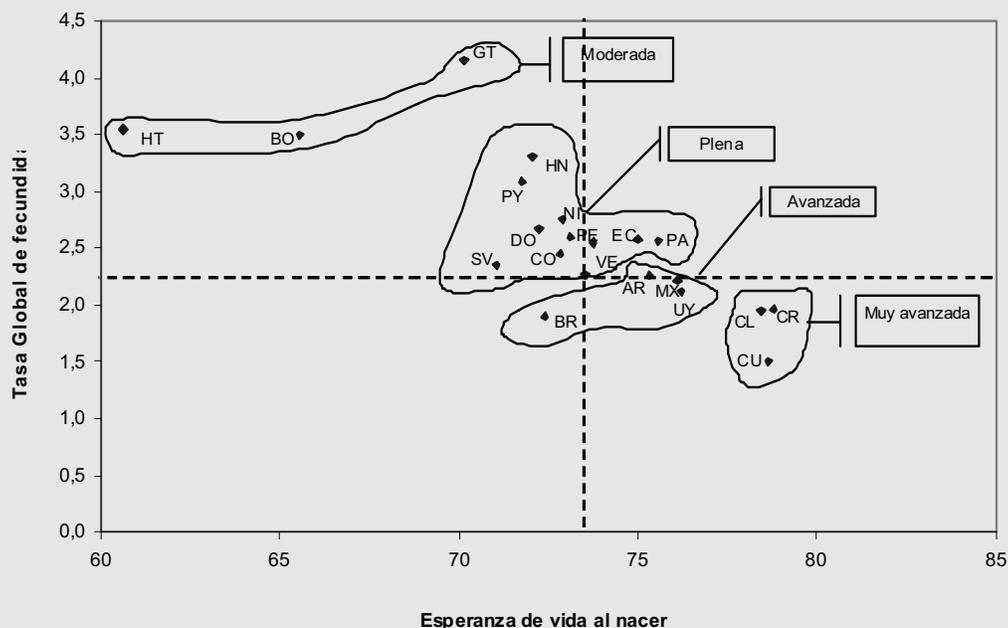
La desagregación de datos por tipos de causas según etapas de la transición demográfica, ilustra la heterogeneidad y complejidad de la situación en salud en la región. En general, en aquellos países más avanzados en la transición, la importancia relativa de las enfermedades transmisibles es significativamente menor que en los países que se ubican en la etapa moderada, en los cuales los años de vida perdidos por causas evitables es superior al 50% del total. De este modo, es posible apreciar claramente el efecto diferencial de la carga de enfermedad de acuerdo con la composición etaria de la población y el nivel de desarrollo de cada país.

Lo anterior se traduce en que —si bien en algunos países es fundamental lograr una mayor inversión en salud pública y eficacia del servicio para reducir los altos niveles de incidencia de enfermedades transmisibles y materno infantiles—, la creciente importancia de las enfermedades no transmisibles hace evidente que hay que ampliar el espectro de acciones y ámbitos de intervención en materia de salud en el mediano y largo plazo (CEPAL, 2006a). Por otra parte, el envejecimiento previsto de la población determina que la carga de enfermedades no transmisibles aumentará en el tiempo, por lo que cabe proyectar una creciente demanda de servicios de salud de mayor costo.

RECUADRO 2 ETAPAS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA 2005-2010

Para el período 2005-2010 el CELADE ha agrupado a los países de la región cuatro grandes grupos o etapas de la transición: moderada, plena, avanzada y muy avanzada, de acuerdo con la terminología ya acuñada en la CEPAL (véase el gráfico siguiente).

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PAÍSES SEGÚN ETAPAS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA, 2005-2010

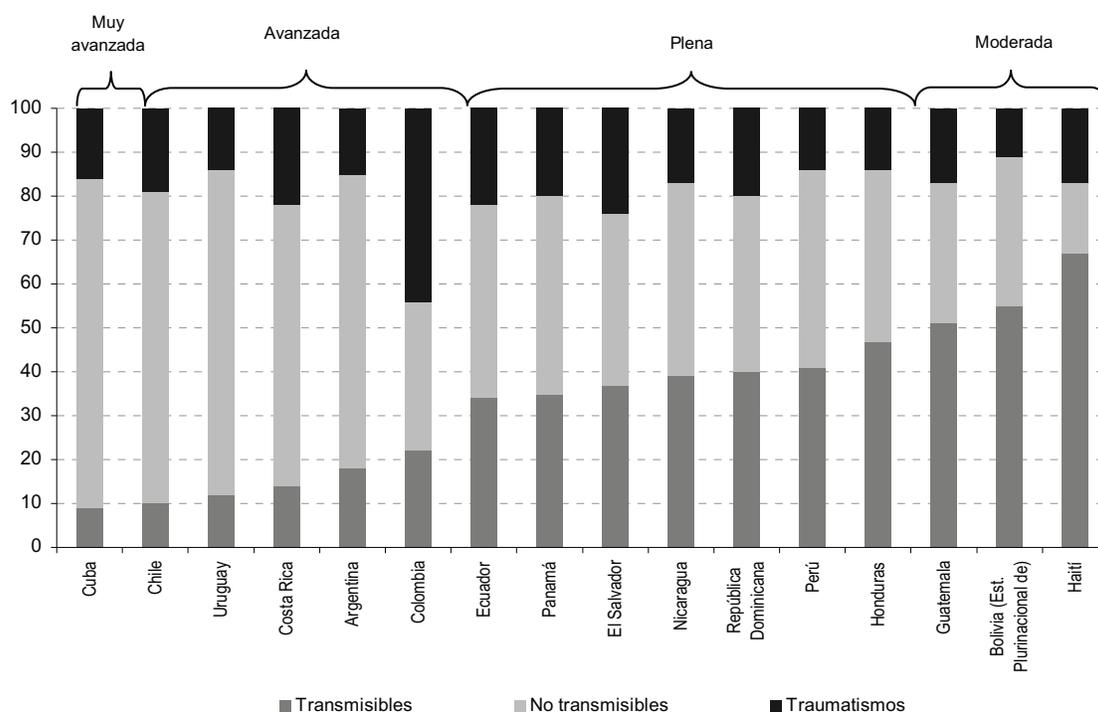


Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, estimaciones y proyecciones de las poblaciones de América Latina y el Caribe actualizadas en julio de 2007, Santiago de Chile [en línea] www.eclac.cl/celade_proyecciones/basedatos_BD.htm; Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2006 Revisión. Population Database" [base de datos en línea] <http://esa.un.org/unpp>

Dentro de cada grupo, las diferencias que se observan entre los países se deben a su evolución demográfica pasada. Y, aunque hayan sido clasificados en la misma fase de la transición, serán más jóvenes y tendrán aún tasas de crecimiento más elevadas los países de descenso reciente de la fecundidad, mientras que aquellos que han experimentado bajas tasas de fecundidad y mortalidad más tempranamente y durante un periodo más largo de tiempo están más envejecidos y su crecimiento es más lento. Las diferencias entre los países guardan relación con el mayor o menor énfasis que los gobiernos hayan puesto en la promoción de políticas de población (aunque quizás no explícitamente, pero sí a través de sus políticas sectoriales). De la misma manera, de este contexto emanan nuevas demandas en los ámbitos de educación, salud y seguridad social, entre otros (CEPAL/CELADE, 2008).

Fuente: CEPAL/CELADE, 2008.

GRÁFICO 1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (16 PAÍSES): DISTRIBUCION DE LOS AÑOS
DE VIDA PERDIDOS POR CAUSAS, 2004
(En porcentajes)



Fuente: Elaborado en base a Organización Mundial de la Salud (OMS), Estadísticas sanitarias mundiales 2009, Ginebra, 2009.

Este complejo cuadro epidemiológico se une a la desigualdad que caracteriza a la región y que afecta adversamente la salud de los más vulnerables, en términos de diferenciales de coberturas, acceso y calidad de los servicios de salud. En el cuadro 2, se observa que, en el grupo de bajos ingresos, los años de vida saludable perdidos por causas de tipo transmisible aumentan prácticamente en todas las edades en comparación con el grupo de altos ingresos; mientras que las causas de tipo no transmisible siguen una trayectoria relativamente similar en todos los niveles socioeconómicos. Este resultado indica una triple desventaja del grupo de población de bajos ingresos que, además de ser pobre, tiene altos niveles de mortalidad y morbilidad, tanto por causas transmisibles como no transmisibles (CEPAL, 2006a). Así ocurre, por ejemplo, en Panamá donde la incidencia de enfermedades transmisibles en las áreas postergadas del país (incluyendo los suburbios) y en las de residencia indígena es más alta que en el resto del país (MIDES, 2004).

Otro indicador que es útil para identificar las inequidades en la atención de la salud es la tasa de mortalidad infantil. En el período 1999-2003, la región ostentó grandes progresos en la salud de su población y en particular de los niños, al reducir notablemente todos los indicadores relacionados con la mortalidad en la niñez y por ende aumentar la esperanza de vida al nacer (Naciones Unidas, 2005c). Sin embargo, las cifras promedio, por auspiciosas que sean, habitualmente ocultan disparidades entre diferentes sectores de la población (Donoso, 2004).

Los datos disponibles para ocho países latinoamericanos, muestran que las desigualdades son significativas y las diferencias de mortalidad, siguen siendo altamente sensibles a las brechas

socioeconómicas debido a las inequidades en materia de salud vinculadas a la pobreza (Naciones Unidas, 2005c). Por ejemplo, en Haití, el Brasil y Nicaragua las tasas de mortalidad infantil son al menos dos veces más altas en las zonas rurales que en las urbanas (OMS, 2009), y según un estudio realizado en el Estado Plurinacional de Bolivia, en las regiones rurales de mayor pobreza es donde se detectan las más elevadas tasas de morbimortalidad infantil (Maydana, Serral y Borrel, 2009).

CUADRO 2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: INDICADOR DE CARGA DE ENFERMEDAD, 2002^a

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

Fuente: CEPAL, 2006a.

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

^b Causas transmisibles.

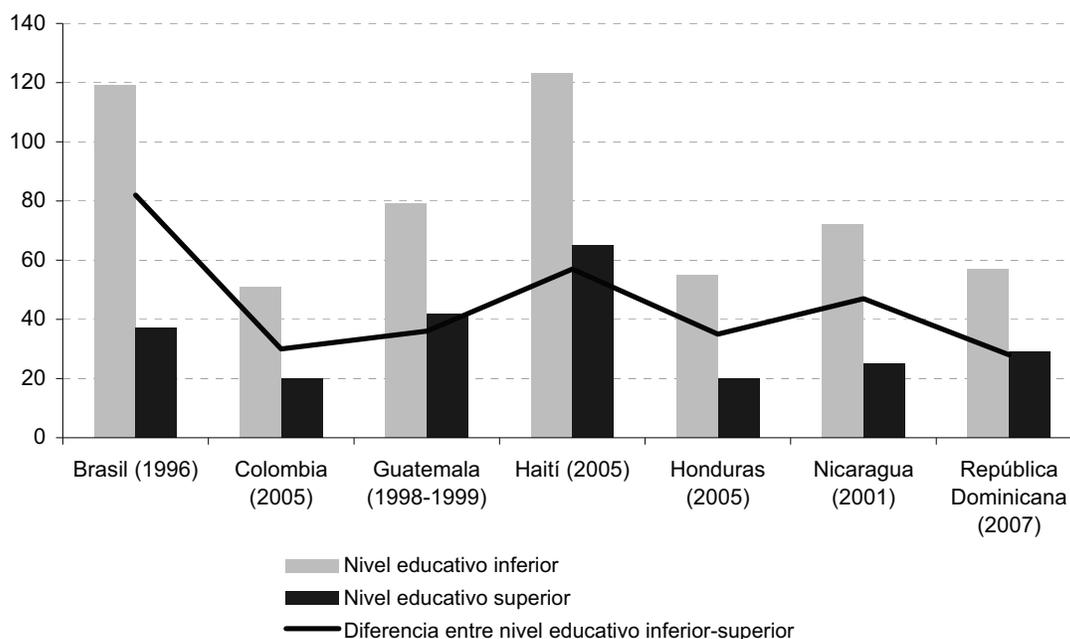
^c Causas no transmisibles.

^d Causas accidentales y violentas.

Las inequidades también se expresan de acuerdo al nivel de educación de la madre o el quintil de ingreso de los hogares. En el Brasil, Colombia, Honduras y Nicaragua, la mortalidad infantil es tres veces más alta en niños de madres con bajo nivel educativo (véase el gráfico 2), y en tres de los países recién mencionados (el Brasil, Honduras y Nicaragua) la probabilidad de morir antes de cumplir los cinco años de vida es tres veces más elevada en el 20% de los hogares más pobres que en el 20% de los hogares más ricos (véase gráfico 3). Este hecho también ha sido documentado a nivel subnacional. En la Argentina, un estudio realizado por el Ministerio de Salud (2008) muestra que en los nacimientos ocurridos en los quintiles de peores porcentajes de NBI en los partidos de la región centro del país se acumuló más del 40% de las muertes infantiles en el año 2006.

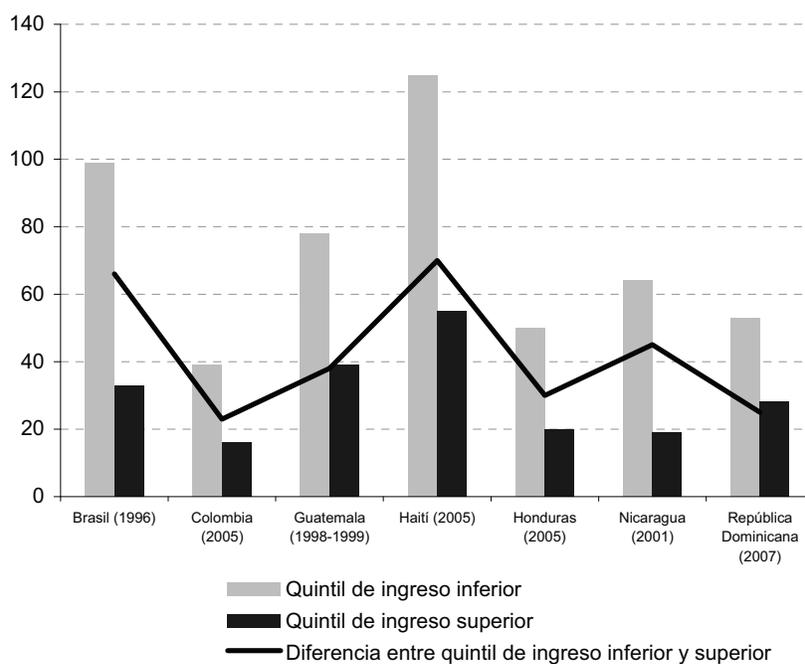
En este escenario, la protección de la salud de los países de América Latina y el Caribe debe hacer frente a desafíos en tres ámbitos principales: las inequidades existentes en materia de salud, el funcionamiento del sistema y las nuevas demandas emergentes. El primero refleja las inequitativas y evitables diferencias en la prestación del servicio que se derivan de factores que originan discriminación (OMS, 2009). El segundo da cuenta de las carencias históricas que presenta la región en materia servicios de salud oportunos y de calidad, la escasez de los recursos humanos y financieros y los problemas de articulación de sistemas. Mientras que el tercero, obedece a los cambios en la demanda, producto de la dinámica demográfica, epidemiológica y tecnológica, que requiere de nuevas prestaciones y tratamientos, los que —sin intervenciones mediante— a la larga incrementará los costos de los servicios de salud (CEPAL, 2006a).

GRÁFICO 2
AMÉRICA LATINA (7 PAÍSES): TASA DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS
(POR MIL NACIDOS VIVOS) SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE



Fuente: Elaborado en base a Organización Mundial de la Salud (OMS), Estadísticas sanitarias mundiales 2009, Ginebra, 2009.

GRÁFICO 3
AMÉRICA LATINA (7 PAÍSES): TASA DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS
(POR MIL NACIDOS VIVOS) SEGÚN QUINTIL DE INGRESO



Fuente: Elaborado en base a Organización Mundial de la Salud (OMS), Estadísticas sanitarias mundiales 2009, Ginebra, 2009.

C. Protección de la salud, gasto y factores demográficos

Un rasgo fundamental que diferencia los derechos económicos, sociales y culturales de los derechos civiles y políticos es la estrecha conexión que los primeros mantienen con la política económica. Estos derechos poseen una mayor dependencia de las erogaciones públicas del Estado para asegurar su efectividad. El derecho a la salud, en el sentido de una obligación positiva estatal —o un derecho prestacional como lo denominan Abramovich y Curtis (2006)— supone la articulación con una política sanitaria pública, la que depende para su existencia de partidas presupuestarias suficientes para su pleno financiamiento (De la Torre, 2006).

Desde esta perspectiva el financiamiento de la salud es uno de los elementos integrantes del derecho a la salud. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2007), un buen sistema de financiamiento recauda los fondos adecuados para la salud con miras a garantizar que la población pueda acceder a los servicios necesarios y se halle protegida contra una catástrofe financiera o el empobrecimiento resultante del pago de servicios.

Lo anterior se encuentra subordinado a dos principios claves de los derechos económicos, sociales y culturales: el principio de la realización progresiva y el de la no regresividad. El primero presupone que los Estados tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del derecho (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000). El segundo, impone la obligación de mantener un nivel básico y apropiado de disfrute del más alto nivel posible de la salud, y de no retroceder con respecto a los avances logrados. En dicho marco, el derecho a la salud de la población está estrictamente vinculado a la cobertura y calidad de la atención en salud que ofrece cada país.

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

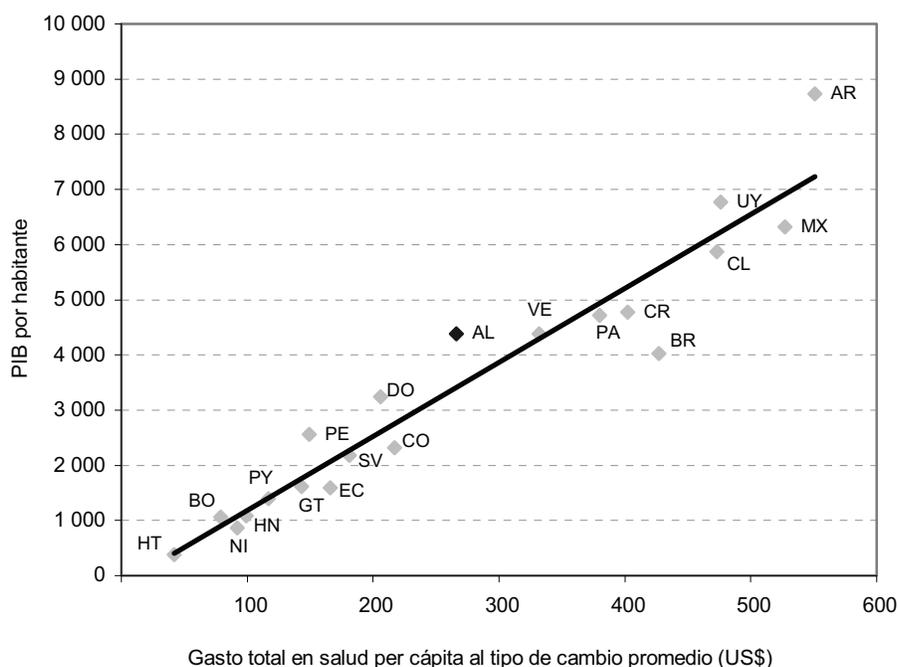
En efecto, desde el punto de vista de la demanda, aunque la evolución de los perfiles de consumo médico por edad muestran un aumento de los gastos en salud en todas las edades, dicho incremento es mucho más acentuado en las edades avanzadas a causa de la evolución técnica que ha producido una modernización, tanto desde el punto de vista terapéutico como de rehabilitación y de investigación (Chesnais, 1990). En los países desarrollados, en promedio, una persona de 65 años y más cuesta al sistema de salud pública alrededor de cinco veces más que una de menor edad (Bryant y Sonerson, 2006). En los países de la región, esa relación es inferior, aunque el gasto en salud evidentemente también aumenta a medida que se envejece. Por ejemplo, en el Perú, se observa que el grupo de 65 años y más gasta tres veces más que los menores de cinco años y un 25% más que el grupo entre 15 y 49 años (INEI, 1997).

El progreso de la medicina en prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades constituye también un factor determinante para el crecimiento en el gasto en salud y, como lo advirtió un estudio realizado por el gobierno de Nueva Zelanda sobre el gasto sanitario, el estado de salud de la población es un factor importante que incide directamente en el gasto (Bryant y Sonerson, 2006). A ello hay que sumar otras variables de orden individual y familiar que igualmente son determinantes como el sexo, el nivel de educación, el estado civil, entre otros, que influyen en el aumento del gasto privado en salud (Salazar y otros, 2006).

Vale decir, el aumento del gasto en salud también puede atribuirse a otros factores además de la edad. Muestra de ello es que en los países con un mayor PIB per cápita tienden a gastar más en salud que el resto (OCDE, 2009). Un examen realizado para los países de la región demuestra que efectivamente esta relación es muy estrecha (véase el gráfico 4). Aquellos con un PIB per cápita

superior al promedio regional (la Argentina, el Uruguay, México, Chile, entre otros) tienen un gasto total en salud más elevado que aquellos más pobres (Nicaragua, Honduras, Guatemala, entre otros).

GRÁFICO 4
AMERICA LATINA (19 PAÍSES): PIB PER CÁPITA Y GASTO TOTAL EN SALUD PER CÁPITA, 2006
(En dólares)



Fuente: Elaborado en base a Organización Mundial de la Salud (OMS), Estadísticas sanitarias mundiales 2009, Ginebra, 2009 y a CEPAL (2007) Panorama Social de América Latina 2007.

El derecho a la salud exige más a los Estados de altos ingresos que a los de ingresos bajos debido a que, como se decía anteriormente, la realización del derecho a la salud está supeditada a la disponibilidad de recursos. Desde este punto de vista, y tomando en consideración que el grado de equidad de los países en materia de salud se clasifica según la participación del gasto de bolsillo en el gasto total, lo óptimo sería que en aquellos países con mayor ingreso per cápita el gasto de gobierno sea el que asuma la mayor proporción del gasto total. Lo contrario estaría dejando en evidencia situaciones preocupantes de desigualdad.

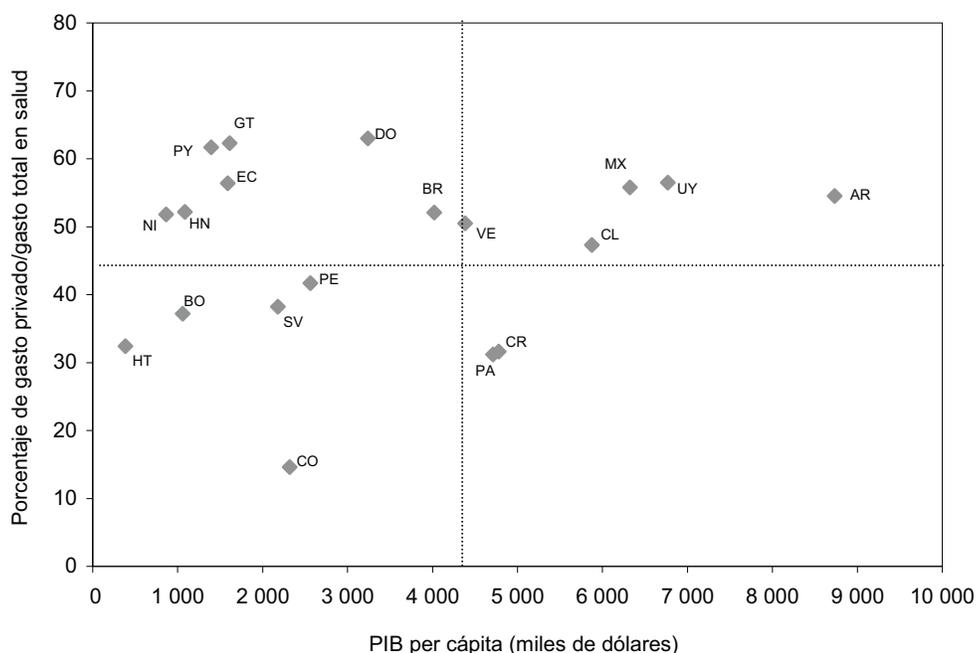
En términos de equidad, los sistemas de salud con un fuerte componente de gasto público —por sobre el 60%— tienden a ser más equitativos, siempre y cuando el aporte de bolsillo sea también bajo (OIT/OPS, 1999). De acuerdo a las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (2009), en 2006, el aporte promedio del gasto de gobierno en este sector fue de cerca del 55% del total, mientras que el privado alcanzó en promedio alrededor de 45%, solventado en cerca de un 80% directamente por los hogares.

Al respecto, es posible identificar importantes diferencias entre los países. Por un lado se ubica Cuba donde hay una elevada inversión en el sector por parte del gobierno —sobre el 80%— y un gasto de bolsillo inferior al 10%. Mientras que, por el otro extremo se ubican Guatemala, el Paraguay, México y Nicaragua, donde la contribución de los hogares correspondía a la mitad del gasto total en salud, y por lo tanto sería la principal fuente de financiamiento del gasto nacional en salud. Mientras que el Estado

Plurinacional de Bolivia, Haití, Costa Rica y Panamá tendrían una inversión gubernamental por sobre el 60% y menos del 30% del gasto total provendría del gasto de bolsillo.

Aunado a lo anterior, es importante analizar el comportamiento del gasto en salud entre los países con similares condiciones de riqueza. Para ello, en el gráfico 5, se compara el gasto privado en salud como parte del gasto total de acuerdo al ingreso per cápita de los países de la región. Este análisis es particularmente importante debido a dos razones principales. Por una parte, cuando el gasto público en salud es bajo, se compensa con el gasto privado y, como ya se dijo, ello suele estar a cargo de los usuarios en un elevado porcentaje. Dichos pagos, no permiten mancomunar riesgos y pueden conducir a desembolsos ruinosos con grandes probabilidades de sumir a los hogares en la pobreza (OMS, 2009). Por otra parte, las grandes diferencias entre países con similar ingreso per cápita dan cuenta de las posibilidades de ampliar la inversión en salud y disminuir la carga que conllevan los hogares.

GRÁFICO 5
PESO RELATIVO DEL GASTO PRIVADO EN SALUD EN DIFERENTES PAÍSES,
ORDENADOS SEGÚN PIB PER CÁPITA EN DÓLARES, 2006



Fuente: Elaborado en base a Organización Mundial de la Salud (OMS), Estadísticas sanitarias mundiales 2009, Ginebra, 2009 y a CEPAL (2006b) Panorama Social de América Latina 2006.

En el gráfico 5, se observa que el Estado Plurinacional de Bolivia hace un esfuerzo en salud superior al que realizan el Paraguay y Guatemala, los que teniendo un ingreso per cápita relativamente similar muestran un gasto privado en salud 25% más cuantioso. Lo mismo ocurre con El Salvador que, con un ingreso de 2.181 dólares por habitante en 2006, invierte más en salud que la República Dominicana y el Brasil, ambos con ingresos per cápita superiores a 3.200 dólares. Las diferencias continúan aumentando a medida que se incrementa la riqueza de los países. Así, en Panamá y Costa Rica, con ingresos menores a Chile, México y la Argentina, el gasto privado en salud es más bajo.

Lo anterior pone en evidencia que hay un amplio margen para el aumento de la participación del gasto de gobierno en salud, y que —como ya han advertido diversos autores (Guerra, 2001; OCDE, 2009; OIT/OPS, 1999)— el nivel de gasto en salud también está muy asociado a las decisiones políticas relacionadas con el nivel de inversión adecuada y al valor que se le otorga al gasto adicional en salud en relación con otros bienes y servicios.

En las próximas décadas, el financiamiento de la atención de la salud seguirá siendo el más conspicuo factor en la formación de la demanda de cuidado, en la equidad de su acceso, y en la factibilidad de su oferta (Guerra, 2001). El cambio demográfico en curso abrirá oportunidades importantes para el sector de salud en varios países de la región que se encuentran en las etapas menos avanzadas de la transición demográfica. Ellos están en una situación particularmente favorable ya que su población se concentra cada vez más en las edades económicamente activas, las que —como ya se ha mencionado— se caracterizan por hacer uso menos intensivo de los servicios médicos y gastan, por lo tanto, menos en salud que otros grupos de edad. Son los casos de Honduras, Haití, Nicaragua, el Paraguay, el Estado Plurinacional de Bolivia, entre otros (CEPAL/CELADE, 2008).

En el otro extremo se ubican los países más avanzados en su proceso de envejecimiento, y en los cuales se prevé un aumento de la tasa de dependencia de la salud. Son los casos de Barbados, Cuba, Chile y el Brasil (CEPAL/CELADE, 2008). En ellos, la población de edad avanzada irá consumiendo cada vez más servicios de salud y, como consecuencia, el gasto en salud se podrá ver afectado si no se realizan las reformas necesarias para adaptar el sistema al cambio demográfico y avanzar hacia la sostenibilidad del gasto, acceso y calidad de la atención de la salud.

D. Grupos específicos de población y la protección de la salud

Las grandes disparidades sociales y económicas de la población regional, así como su diversa composición étnica y racial, hacen necesario un reconocimiento y protección explícita de ciertos grupos específicos de población —las personas con discapacidad, los pueblos indígenas, las personas mayores, las mujeres y los adolescentes— a quienes los Estados deben garantizar el pleno acceso y protección de la salud (Brena, 2006, Hunt 2003a).

La principal causa para brindarles una protección particular a estos grupos, es que con frecuencia suelen ser objeto de discriminación, y ello se refleja en la distribución de las enfermedades y en la evolución del estado de salud, afectando el disfrute del derecho a la salud por parte de estos colectivos.

Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000) se “prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención en salud y a los factores determinantes básicos, así como a los medios para conseguirlos, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, estado de salud y de otra índole que tengan por objeto o resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud”. Esto significa que el sistema de salud debe ser accesible para todos los particulares y comunidades, con especial atención en los grupos más desfavorecidos. Asimismo, debe ir más allá de un sinúmero de intervenciones verticales y poco coordinadas para distintas enfermedades. Básicamente, lo que ha dicho el Relator del derecho a la salud es que se requiere de un sistema de salud eficaz, integrado, con capacidad de respuesta, que abarque la atención de la salud y los factores determinantes básicos accesibles para todos (Hunt, 2006).

En términos prácticos, para promover el derecho a la salud por parte de los grupos más desfavorecidos es necesario determinar y analizar las complejas maneras en que la estigmatización y la discriminación les afectan (Hunt, 2004). Ello exige la reunión y análisis de datos específicos y desagregados para identificar las brechas existentes y desarrollar las medidas especiales o afirmativas que se requieran para reducir o eliminar las condiciones que originan discriminación en el disfrute del derecho a la salud (véase el recuadro 3).

RECUADRO 3 LAS MEDIDAS AFIRMATIVAS

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

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

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

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

Fuente: Luis Rodríguez-Piñero, 2010.

Junto con ello es fundamental incorporar la perspectiva de género en las políticas, programas e investigaciones en materia de salud, a fin de promover la salud del hombre y de la mujer. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000) recomienda al respecto, la utilización del enfoque basado en la perspectiva de género en la aplicación del derecho a la salud, toda vez que reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer. La desagregación por sexo de los datos socioeconómicos y de aquellos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades de género en lo referente a la salud.

1. Personas con discapacidad

Tanto la Organización de las Naciones Unidas como el Sistema Interamericano tienen un grupo importante de instrumentos jurídicos que pueden usarse para proteger los derechos humanos y las libertades de las personas con discapacidad. Algunas de estas herramientas han surgido de Convenciones o tratados y tienen obligatoriedad legal para los Estados que lo han ratificado. Otras, las declaraciones o estándares internacionales de derechos humanos, aunque no son legalmente vinculantes se consideran interpretaciones autorizadas de los requerimientos de las convenciones internacionales (OPS, 2008a).

Sin duda, es la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2007b) el instrumento más acabado en esta materia. En ella se reafirma que todas las personas con cualquier tipo

de discapacidad deben gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales y en los artículos 25 y 26 se aborda específicamente el derecho a la salud de este grupo poblacional.

“Las personas con discapacidad tienen el derecho al más alto nivel posible de salud sin discriminación debido a su discapacidad. Deben recibir la misma gama, calidad y nivel de servicios de salud gratuitos o asequibles que se proporcionan a otras personas, recibir los servicios de salud que necesiten debido a su discapacidad, y no ser discriminadas en el suministro de seguro de salud” (Artículo 25).

“Para que las personas con discapacidad logren la máxima independencia y capacidad, los países deben proporcionar servicios amplios de habilitación y rehabilitación en las esferas de la salud, el empleo y la educación” (Artículo 26).

Para que un país promueva y proteja efectivamente el derecho a la salud de las personas con discapacidad, la obligación de los Estados partes del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de promover la realización progresiva exige claramente a los gobiernos que hagan mucho más que abstenerse sencillamente de adoptar medidas que pudieran tener repercusiones negativas para las personas con discapacidad. Como dijo el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General N° 5: “En el caso de un grupo tan vulnerable y desfavorecido, la obligación consiste en adoptar medidas positivas para reducir las desventajas estructurales y para dar el trato preferente apropiado a las personas con discapacidad, a fin de conseguir los objetivos de la plena participación e igualdad dentro de la sociedad para todas ellas. Esto significa en la casi totalidad de los casos que se necesitarán recursos adicionales para esa finalidad, y que se requerirá la adopción de una extensa gama de medidas elaboradas especialmente” (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1994).

El objetivo principal de las medidas que se han de poner en práctica buscan que las personas con discapacidad puedan asumir las funciones y responsabilidades que les corresponden como ciudadanos y lograr que posean la misma capacidad de elección y de control de sus vidas que el resto de la población. Las actuaciones en este campo deben estar orientadas por la necesidad de garantizar el acceso, la accesibilidad y la integración en igualdad de condiciones. En este contexto, una de las prioridades más importantes es facilitar la asistencia prolongada y los servicios de apoyo. Los factores a abordar comprenden: compensar las discapacidades, habilitación y rehabilitación, paliar las consecuencias económicas y sociales de la discapacidad, y las desigualdades en materia de salud (Hunt, 2005; OPS, 2008a).

2. Pueblos indígenas

Existen marcadas disparidades entre la salud de los indígenas y las demás personas de muchos países y comunidades en el mundo entero. Las personas indígenas tienden a vivir menos y en general su estado de salud es peor que otros grupos de población. En el informe para su tercer período de sesiones, el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas advirtió que las condiciones de salud de las comunidades indígenas estaban empeorando como consecuencia del acceso insuficiente y limitado de los servicios de salud, la falta de planeamiento de la atención en salud culturalmente apropiada, la falta de clínicas que ofrezcan servicios de extensión en zona apartadas y el deterioro de la calidad del aire, el agua y la tierra, a causa de un desarrollo industrial descontrolado (Naciones Unidas, 2004).

De acuerdo a los estándares de las Naciones Unidas, los Estados han de facilitar el acceso a la protección en salud de las poblaciones indígenas y hacerlo con respeto a sus tradiciones y costumbres. La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, adoptada por la resolución de la Asamblea General el 13 de septiembre de 2007, en su artículo 24 insiste en este punto:

“Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho”.

Adicionalmente, en el artículo 23 y otros de la Declaración, se establece el derecho a participar en la adopción de decisiones en todas las cuestiones que les afecten, incluyendo por cierto la elaboración y determinación de los programas de salud, y en lo posible administrarlos mediante sus propias instituciones (Naciones Unidas, 2006b).

Lo anterior significa, en opinión del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000), que los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud, los que deben ser apropiados desde el punto de vista cultural —medidas afirmativas. Hay que tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinales tradicionales. También deberán protegerse las plantas medicinales y los minerales que resulten necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas (véase el recuadro 4).

RECUADRO 4 MEDICINA TRADICIONAL, EL DERECHO A LA SALUD Y LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Una correcta interpretación del derecho a la salud de las personas indígenas debe incluir también el desarrollo, práctica, y acceso de la medicina tradicional. Esto ha sido reconocido por la Organización Mundial de Propiedad Intelectual (OMPI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en razón, de que la medicina tradicional representa, por una parte, una alternativa de atención en salud para grandes sectores de la población, tanto indígenas como no indígenas (WHO, 2001). Y, por otra, a que los conocimientos y las prácticas médicas, así como las plantas medicinales indígenas son valiosas como fuentes para el desarrollo de productos en el campo farmacéutico industrial global (Huenchuan, 2002).

La Organización Mundial de la Salud define la medicina tradicional como las “diversas prácticas, aproximaciones, conocimientos y creencias que incorporan medicina basada en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados singular o en combinación para mantener el bienestar, así también como el tratamiento, el diagnóstico o la prevención de enfermedades” (WHO, 2002b). Desde esta perspectiva, los objetos de protección de la medicina tradicional serían los siguientes:

- i) Los agentes: se refieren a los terapeutas tradicionales indígenas, que deberían contar con garantías específicas para continuar ejerciendo sus actividades de sanación y de recuperación de la salud.
- ii) Los conocimientos tradicionales: se refieren a las innovaciones y creaciones medicinales basadas en la tradición y que proceden de la actividad intelectual de los pueblos indígenas (OMPI, 2001), que deben ser protegidos y conservados según lo dispuesto en la legislación internacional.
- iii) Los recursos naturales: se refieren a la diversidad biológica que es conservada y desarrollada por los pueblos indígenas, y que es necesaria para aplicar la medicina tradicional de manera sostenible.

Un examen del estado de protección de cada uno de estos elementos en los países de América Latina, revelan la fragmentación de ordenamientos jurídicos que los incorporan. Y, consecuentemente, una protección muy limitada de cada uno de ellos. Las principales medidas relacionadas con los agentes de la medicina tradicional tienen que ver con la acreditación por parte de la institución nacional de salud para desarrollar su práctica terapéutica, ya sea a través de la inscripción en un sistema de registro o la entrega de licencias para ejercer (el Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Guatemala, Nicaragua, Panamá, entre otros). En el caso de los conocimientos ha habido menos avances, y existen un contado número de países que ha desarrollado regímenes específicos de protección de los conocimientos indígenas (el Brasil, el Perú y Panamá). Por último los recursos naturales relacionados con la medicina han sido abordados particularmente a partir de la regulación de la explotación de plantas medicinales (el Estado Plurinacional de Bolivia, el Brasil, Costa Rica, el Perú, Panamá, entre otros) (WHO 2001).

El resguardo de la medicina tradicional y de cada uno de sus componentes forma parte de las exigencias básicas de los pueblos indígenas en relación a sus derechos intelectuales. Sin embargo, las demandas por un estatus de protección específico no han sido plenamente satisfechas. Los desafíos en este tema surgidos a partir de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas son enormes. Por el lado del derecho a la salud, el desafío central es la complementariedad —integrando la medicina tradicional a los sistemas de protección en salud—, la promoción de la eficacia, calidad y seguridad de la medicina tradicional expandiendo su conocimiento y práctica, el incremento de la viabilidad y acceso a la medicina tradicional, entre otros (WHO, 2002b). Por el lado de los derechos indígenas, se encuentra principalmente el control y autogestión de la medicina tradicional, y por consiguiente de cada uno de sus componentes.

(continúa)

Recuadro 4 (conclusión)

Resulta indispensable avanzar en la protección de los conocimientos tradicionales relacionados con la medicina a través de sistemas de derechos *sui generis* u otra modalidad de garantía de los derechos intelectuales indígenas; la protección de las tierras indígenas y su diversidad biológica; así como la preservación de los sistemas de reproducción cultural de los pueblos indígenas, que es dónde se sostienen sus innovaciones, conocimientos y prácticas para la sanación.

Fuente: Elaborado en base a OMPI (2001); Huenchuan (2002); WHO (2003); WHO (2002b) y WHO (2001).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud observa que en las comunidades indígenas, la salud de los individuos suele estar vinculada con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una clara dimensión colectiva (Alderete, 1999). A este respecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales considera que las actividades relacionadas con el desarrollo que inducen al desplazamiento de poblaciones indígenas contra su voluntad, de sus territorios y entornos tradicionales, con la consiguiente pérdida de esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial en la salud de los pueblos indígenas, por lo que hay que tomar medidas para prevenir y/o subsanar este tipo de situaciones (Hunt, 2004; OPS 2008b; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

3. Adolescentes

Los adolescentes (10 a 18 años) representan cerca del 18% de la población de América Latina y el Caribe en 2010. Y, aunque su salud es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países, con frecuencia sus necesidades y derechos no figuran en la agenda del sector salud (Maddaleno, Morello e Infante-Espínola, 2003). Esto porque se trata de un segmento relativamente sano de la población y cuando tienen mala salud, ésta suele ser el resultado de accidentes, lesiones ocasionadas por conflictos armados, actos de violencia, el uso de estufacientes, el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y la tuberculosis (Naciones Unidas, 2005b).

Si bien se ha prestado en general poca atención a las necesidades de los adolescentes en todos los ámbitos, en materia de salud sexual reproductiva es donde su desventaja es más evidente. En muchos países no hay servicios a disposición de los adolescentes para ayudarles a comprender su sexualidad y para protegerlos contra los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual (Naciones Unidas, 1981). Como consecuencia, en América Latina y el Caribe, la salud reproductiva de los adolescentes sigue siendo un problema prioritario ya que, a pesar de la tendencia general de descenso de la fecundidad, en este grupo etario la fecundidad no solo no ha disminuido, sino que por el contrario, ha aumentado. Los valores que registra la región superan la media mundial y es superada solo por África. Además es la región del mundo donde los nacimientos de las madres adolescentes representan una mayor fracción del total de nacimientos (CEPAL/CELADE/UNFPA, 2009).

Por otro lado, en muchos países, las lesiones causadas por accidentes o debidas a la violencia son importantes causas de muerte o de discapacidad permanente de los jóvenes. También los desequilibrios mentales y las enfermedades psicosociales son relativamente comunes entre los adolescentes, quienes suelen estar expuestos a la violencia institucional e interpersonal con relativa frecuencia, sobre todo aquellos que carecen de hogar, viven en establecimientos públicos o pertenecen a pandillas (Comité de los Derechos del Niño, 2003).

El Comité de los Derechos del Niño, por medio de su Observación General N° 4 de 2003, ha insistido en que los adolescentes son titulares de todos los derechos consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño; tienen derecho a medidas especiales de protección y, en consonancia con la evolución de sus facultades, pueden ejercer progresivamente sus derechos (art. 5). En relación a este grupo social, el Comité de Derechos del Niño (2003) entiende que la salud tiene un sentido mucho más amplio que el contenido en los artículos del derecho a la vida, supervivencia y desarrollo (art. 6) y el

derecho a la salud (art. 24) debido, principalmente, a que la salud y el desarrollo de los adolescentes suele estar fuertemente condicionado por el entorno en que viven.

En opinión del Comité del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000) los adolescentes deben disfrutar de un entorno seguro y propicio que les permitan participar en las decisiones que afectan su salud, adquirir experiencias, tener acceso o información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan su salud. Y hace especial hincapié en que el ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa que tenga en cuenta la confidencialidad y la vida privada.

En este tema, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud aprobó una Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes 2008-2018, que entre sus recomendaciones incluye el mejoramiento del acceso a los servicios de salud, a través de la inclusión de un paquete mínimo de servicios integrales que incluya un componente de promoción de salud y prevención de enfermedades. Además de favorecer la participación de este segmento de la población en el diseño y prestación de los servicios (OPS, 2008c).

En lo referente a la salud sexual y reproductiva, la Convención de Derechos del Niño conmina a los Estados partes a “facilitar a los adolescentes el acceso a la información sexual y reproductiva, con inclusión de la planificación familiar y de los contraceptivos, los peligros del embarazo precoz, la prevención del VIH/SIDA y la prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Además, los Estados deberían garantizar el acceso a la información adecuada, independiente de su estado civil y de que tengan o no el consentimiento de sus padres o tutores” (Comité de los Derechos del Niños, 2003, párrafo 28).

Por último, hay que poner especial atención en los grupos específicos de adolescentes. Los indígenas, los migrantes, con discapacidad, entre otros, pueden sufrir con amplia frecuencia un menoscabo de su salud por pertenecer a familias y comunidades generalmente discriminadas y desprotegidas de la población, por lo que requieren de acciones afirmativas para que superen las desventajas a las que se ven expuestos y que con certeza afectarán no solo su salud sino toda su vida futura¹.

4. Personas mayores

Los instrumentos generales de derechos humanos protegen a todas las personas sin ninguna distinción. Consecuentemente las personas mayores (incluidas aquellas que viven con enfermedades o que tienen alguna discapacidad física, sensorial o mental) y otros grupos vulnerables se encuentran protegidas por estos instrumentos. Las personas mayores, generalmente, se encuentran en una particular condición de vulnerabilidad, impotencia, abandono, discriminación, maltrato y explotación, ya sea en instituciones, hogares comunitarios, servicios de cuidado de largo plazo, instituciones psiquiátricas, centros de salud, en centros penitenciarios, en puestos de trabajo, en la sociedad civil y en el seno familiar, entre otros lugares (Vásquez, 2004). Por otro lado, las personas de edad generalmente son concebidas sólo como una carga para los sistemas de salud y con frecuencia sufren de discriminación por su edad y nivel de ingreso.

Hay una estrecha vinculación entre el ejercicio de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y el disfrute de las libertades fundamentales. Al igual que un cierto nivel de salud física y mental, ellos son requisitos necesarios para que las personas mayores alcancen un verdadero bienestar y su plena realización como ciudadanas de conformidad con las Constituciones Nacionales. De hecho, cierto nivel de salud física y mental es necesario para poder participar activamente en la vida civil, social, política y económica de un país y al mismo tiempo el ejercicio de ciertos derechos humanos y libertades tales como la libertad de religión o asociación, la libertad de movimiento, el derecho al debido proceso, el derecho a votar, el derecho a la alimentación, a la educación o a un medio ambiente

¹ Gran parte de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia se pueden manifestar en morbilidad o mortalidad en edades posteriores. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se estima que el 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia (Maddaleno, Morello e Infante-Espínola, 2003).

sano, entre otros, son esenciales para que las personas mayores puedan disfrutar de un verdadero bienestar físico y mental (OPS, 2009a).

El Protocolo de San Salvador es el único instrumento vinculante que establece normas sobre los derechos de las personas mayores, cuyo cumplimiento, aunque sea progresivo, debería dar origen a una base mínima de reconocimiento y ejercicio de derechos para este grupo poblacional, incluyendo la atención médica especializada.

A nivel internacional, si bien el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales no se hace explícita la edad como uno de los factores prohibidos de discriminación, su Comité ha ido delimitando en sus observaciones generales algunos de los derechos y obligaciones derivados del Pacto en relación a las personas mayores (Huenchuan y Morlachetti, 2007). En efecto, por medio de la Observación General N° 6 de 1995, el Comité ha dicho que para ejercer el derecho a la salud en la vejez han de disponerse de todos los medios necesarios para vivir de manera digna la última etapa de la vida, incluyendo la atención a los enfermos terminales. Y, en su Observación General N° 14 de 2000, reafirma la importancia de un enfoque integrado de salud que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación. Esas medidas deben basarse en reconocimientos periódicos para ambos sexos, medidas de rehabilitación física y psicológica destinada a mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores, y la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores y permitiéndoles morir con dignidad.

Estos elementos han sido la base de las recomendaciones de la Declaración de Brasilia, adoptada en la segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento en América Latina y el Caribe, realizada en diciembre de 2007 donde, entre otros aspectos, se incorporan recomendaciones en relación al derecho de la salud de las personas mayores (véase el recuadro 5).

RECUADRO 5 LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA DECLARACIÓN DE BRASILIA (PÁRRAFOS SELECCIONADOS)

- Proponemos la realización de intervenciones en la prevención y atención para mejorar el acceso a los servicios de tratamiento, cuidado, rehabilitación y apoyo a las personas de edad en situación de discapacidad;
- Tomamos en cuenta los efectos del VIH/SIDA en las personas de edad, tanto en el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, cuidado y apoyo como en cuanto al valioso aporte que realizan en el cuidado de los integrantes de su familia cuando son afectados por la epidemia, así como su papel de promotores de la creación de un ambiente positivo y libre de estigma y discriminación hacia las personas con VIH/SIDA;
- Reconocemos la necesidad de impulsar el acceso equitativo a los servicios de salud integrales, oportunos y de calidad, de acuerdo con las políticas públicas de cada país, y fomentar el acceso a los medicamentos básicos de uso continuado para las personas de edad;
- Proponemos crear marcos legales y mecanismos de supervisión para proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas de edad, tanto si utilizan los servicios de larga estadía como si residen en sus hogares, y facilitar la formulación y el cumplimiento de leyes y programas de prevención de abuso, abandono, negligencia, maltrato y violencia contra las personas de edad;
- Recomendamos que se brinden cuidados paliativos a las personas de edad que padecen enfermedades en fase terminal y que se preste apoyo a sus familiares, y que los profesionales sean lo suficientemente sensibles y competentes para percibir el sufrimiento y aliviarlo mediante intervenciones de control de síntomas físicos y psicosociales, en consonancia con la asistencia espiritual requerida por la persona de edad.

Fuente: CEPAL, 2007b.

III. Transformaciones demográficas y demandas futuras en salud y cuidados

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

En este capítulo se describe el panorama demográfico que permite contextualizar la demanda en salud y los cuidados. Específicamente, se muestra la heterogeneidad entre y en los países en cuanto al avance de la transición demográfica. Especial énfasis se coloca en el progresivo envejecimiento de la población, que incide directamente en la demanda de cuidados y en la posibilidad demográfica de responder a ella. En la segunda parte se presentan y analizan los escenarios de la demanda de cuidado en base a indicadores empleados internacionalmente para estudiar este tema, pero que hasta el momento no habían sido utilizados con esta extensión y profundidad en la región; junto con ello se evalúa el efecto del incremento de la dependencia por razones de salud en los cuidados.

La confluencia de los elementos que se analizan en este capítulo configura un nuevo escenario, en el cual seguramente la dependencia y los cuidados en la vejez —por su impacto demográfico, económico y social— se erigirán como una de las cuestiones sociales más apremiantes del siglo XXI para los sistemas de protección social en general y de salud en particular.

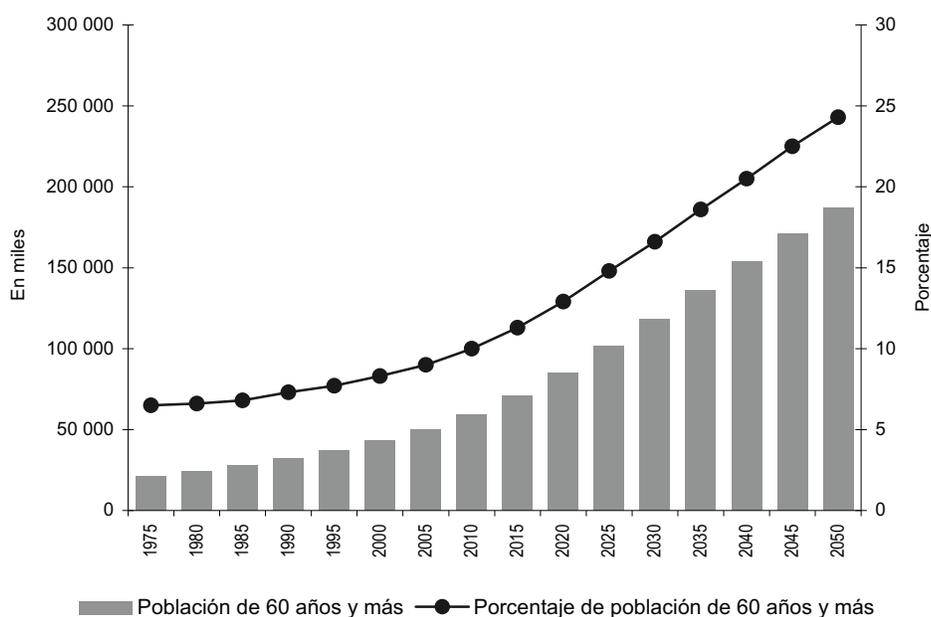
A. Los determinantes demográficos y de salud de la dependencia

1. El envejecimiento poblacional como factor demográfico de la dependencia

En la actualidad, las personas mayores representan por primera vez en la historia el 10% de la población regional, equivalente a 57.3 millones de habitantes. Se trata de un hecho inédito que seguramente tendrá grandes repercusiones a partir de esta segunda década del siglo XXI, toda vez que América Latina y el Caribe en su conjunto pasa a formar parte de las regiones del mundo donde el peso relativo de las personas de edad ha alcanzado los dos dígitos, hecho que de acuerdo a Chesnais (1990) es un signo evidente de sociedades envejecidas o ya maduras.

Este proceso seguirá profundizándose en los próximos años de manera acelerada, sobre todo en el período 2010-2030, cuando la tasa de crecimiento de este grupo poblacional sea de 2,3%, la que si bien disminuirá en el siguiente período (2030-2050) a 1,5%, seguirá siendo la más elevada del conjunto de la población. Así en 2050 las personas mayores sumarán 182.8 millones, equivalente a un cuarto de la población regional (véase gráfico 6), vale decir se habrán triplicado en el lapso de los próximos cuarenta años.

GRÁFICO 6
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NÚMERO ABSOLUTO Y RELATIVO DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS, 1975-2050



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

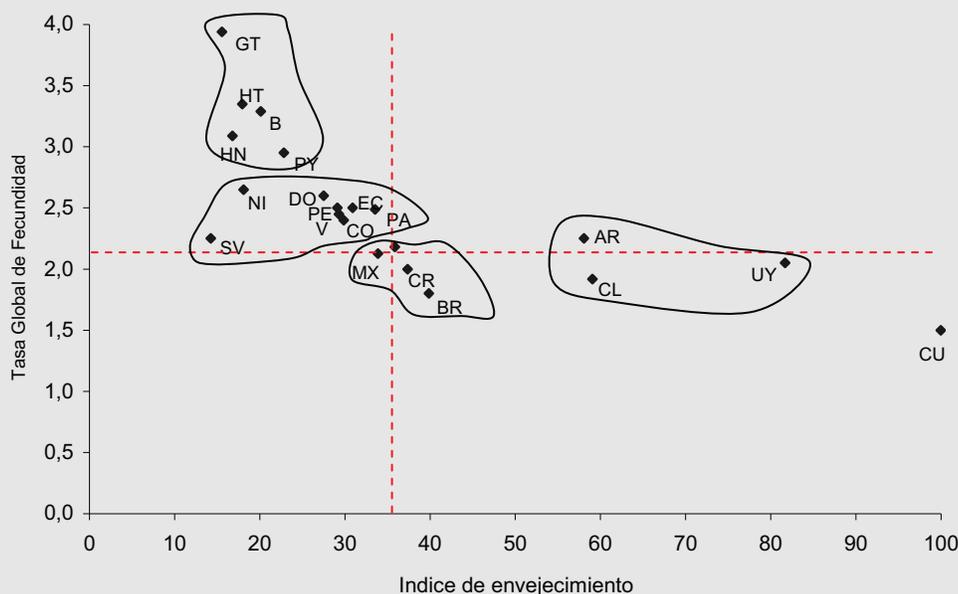
RECUADRO 6 ETAPAS DEL ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Debido a las diferencias en el avance de la transición demográfica, la intensidad del proceso de envejecimiento no ha sido homogénea en toda la región, y por lo tanto los países se ubican en diferentes fases del proceso. Un primer grupo, compuesto por seis países, se encuentra en una fase de envejecimiento incipiente (Guatemala, Haití, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guayana Francesa, Honduras y el Paraguay), con una persistencia de niveles relativamente altos de fecundidad (más de 3 hijos por mujer) y un índice de envejecimiento inferior a 23 personas mayores por cada 100 menores de 15 años.

En el segundo grupo se encuentran trece países (Nicaragua, la República Dominicana, el Perú, el Ecuador, Panamá, la República Bolivariana de Venezuela, Colombia, Belice, Guyana, Jamaica, Suriname, Granada y El Salvador), que presentan tasas de fecundidad más bajas (entre 2,3 y 2,7 hijos por mujer) y un índice de envejecimiento que oscila entre las 14,3 y las 37 personas de edad por cada 100 menores de 15 años, ubicándose en una fase de envejecimiento moderado. Cinco países (México, Costa Rica, Santa Lucía, Bahamas y el Brasil) se hallan en una fase de envejecimiento moderadamente avanzado, con tasas de fecundidad que fluctúan entre los 1,8 y los 2,1 hijos por mujer y un índice de envejecimiento de entre 34 y 42 personas mayores por cada 100 niños.

Otros cinco países (Chile, la Argentina, Trinidad y Tabago, Antillas Neerlandesas y el Uruguay) están en una fase de envejecimiento avanzado, con niveles de fecundidad similares a los del grupo anterior, pero con un índice de envejecimiento que fluctúa entre las 51 y las 82 personas mayores por cada 100 niños. Finalmente, Cuba, entre otros países como Martinica, Puerto Rico y Barbados se ubican en una etapa muy avanzada del envejecimiento, pues presentan una tasa global de fecundidad que fluctúa entre 1,9 y 1,5 hijos por mujer y un índice de envejecimiento entre 91 y 100 personas de edad por cada 100 niños.

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: UBICACIÓN DE LOS PAÍSES, SEGÚN LA ETAPA DE ENVEJECIMIENTO EN QUE SE ENCUENTRAN, 2010



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

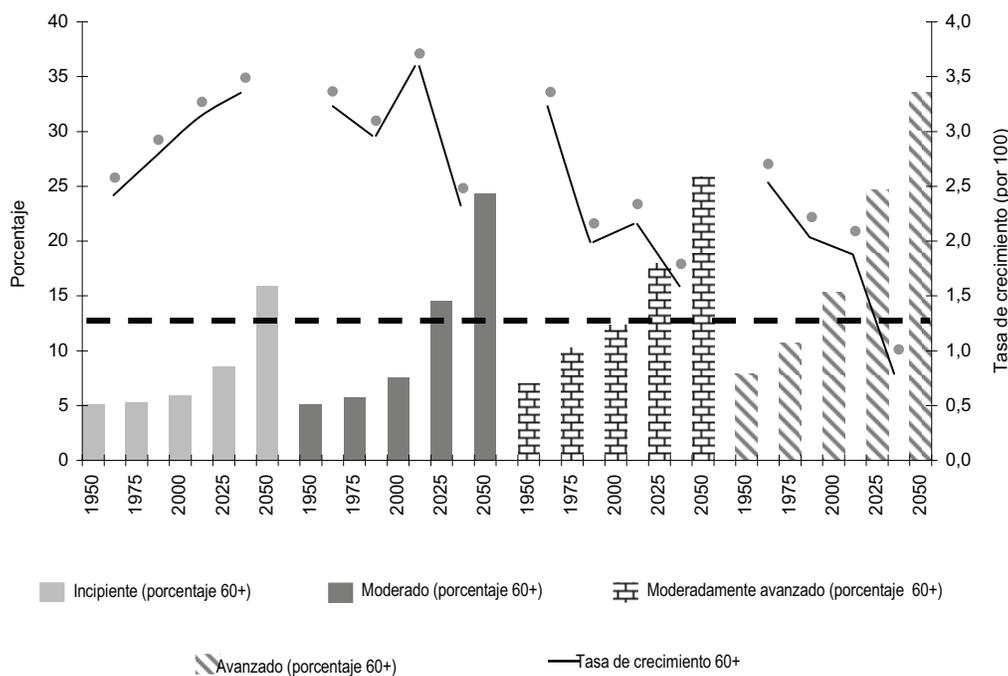
Con independencia de la tendencia generalizada hacia el envejecimiento de la población regional, existen amplias diferencias en la evolución que seguirá cada uno de los países (véase el recuadro 6). En algunos de ellos la velocidad de crecimiento de la población adulta mayor se mantiene en alza durante todo el período en estudio (2010-2050) y, en otros, en 2050 las personas mayores representarán un porcentaje bastante más elevado que el promedio regional.

En los países de envejecimiento muy avanzado, las personas mayores representarán el 26% de la población total en 2025. Un cuarto de siglo después, 36 de cada 100 personas tendrá 60 años y más. Aun así, la velocidad de incremento será mucho menor que el resto de los países de la región, puesto que la población mayor crecerá a una tasa media anual del 2,4% durante el período 2000-2025; dicho valor tendrá una fuerte caída en los siguientes 25 años (2025-2050) llegando a una tasa de solo 0,9%.

Los países de envejecimiento avanzado tenderán a subir levemente el ritmo de incremento de la población mayor (2,3%) y en 2025 el porcentaje de población de 60 años y más se ubicará en el 18,2%. Los países de envejecimiento moderadamente avanzado aumentarán, en el período 2000 y 2025, el ritmo de incremento de las personas mayores (3,7%), de tal manera que para 2025 representarán el 20,7% de la población total. Durante los siguientes 25 años descenderá la tasa de crecimiento a 2,5%, y en 2050 el grupo de 60 años y más llegará al 29,3% de la población total.

En cambio, las tasas de crecimiento de la población de 60 años y más en los países de envejecimiento moderado continuarán en alza y superarán inclusive los valores que registraron los países actualmente envejecidos en algún momento del período estudiado. Se espera que en estos países, las personas mayores aumenten a una tasa del 3,8% entre 2000 y 2025, la que descenderá al 2,6% entre 2025 y 2050. Por último, en los países con envejecimiento incipiente, las tasas de crecimiento del grupo de edad avanzada siempre irán en alza, llegando al 3,5% en el período 2025-2050, aunque su número absoluto solo representará el 15,8% de la población en 2050 (véase el gráfico 7).

GRÁFICO 7
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE Y TASA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS, SEGÚN ETAPAS DEL ENVEJECIMIENTO, 1950-2050

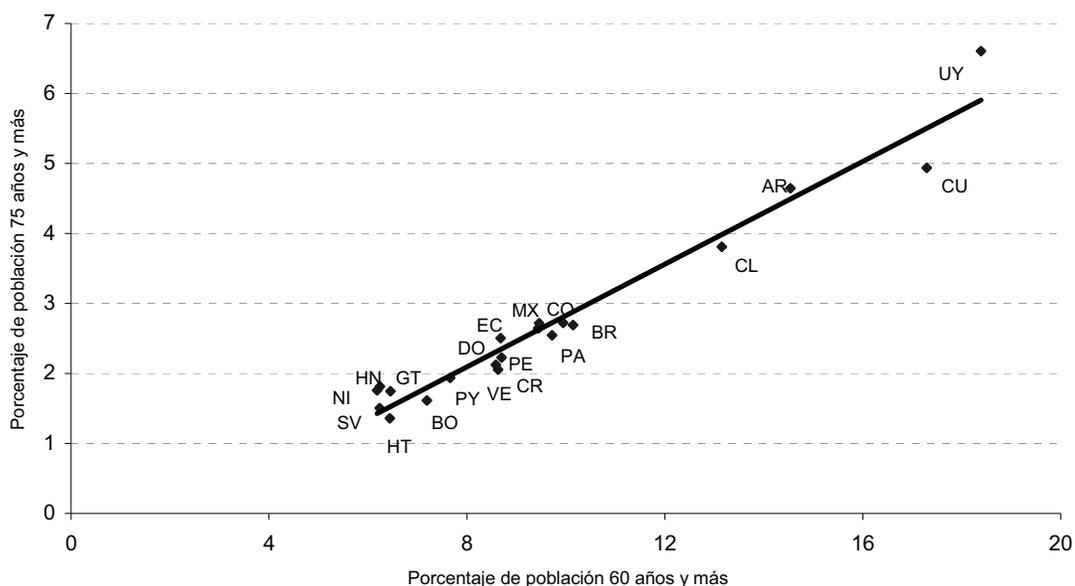


Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, “Estimaciones y proyecciones de población” [en línea] www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.

Una característica de las personas mayores que se irá agudizando en el futuro es el incremento de la población de más avanzada edad entre la población de 60 años y más. En los próximos 40 años, el segmento 75 años y más aumentará rápidamente e incluso a una tasa de crecimiento superior al conjunto de la población adulta mayor. Para el año 2025 se proyecta que este grupo se duplicará, alcanzando el 4% de la población y para 2050 bordeará el 9%.

La situación igualmente es heterogénea entre los países (véase el gráfico 8). En aquellos donde el proceso de envejecimiento se inició tempranamente, la población de 75 años y más es más elevada que en el resto. Destacan entre estos Cuba y el Uruguay, que están enfrentando las consecuencias del envejecimiento demográfico en distintas áreas, como la seguridad social, la salud y la familia. En contraste se ubican aquellos países en una etapa de envejecimiento moderado (Costa Rica, México, el Brasil, el Perú, entre otros), que están empezando a advertir los efectos de este fenómeno en la demanda por pensiones pero que, en estricto rigor, aun no experimentan tan seriamente las demás implicaciones emanadas de la necesidad de cuidados de las personas de más avanzada edad.

GRÁFICO 8
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ENVEJECIMIENTO INTERNO
DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, 2010



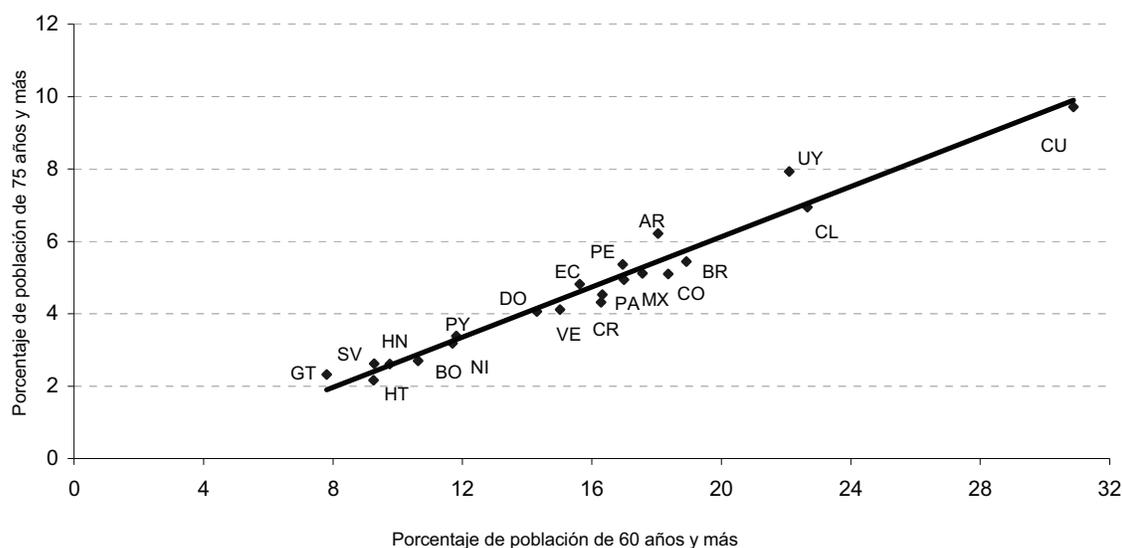
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008.

La Argentina y Chile viven una situación más cercana a la del Uruguay y Cuba, pero su proceso de envejecimiento secundario no es tan pronunciado como el de ellos, aunque sí está creciendo vertiginosamente la demanda por servicios socio sanitarios, y sus efectos se empiezan a percibir claramente. Por último, Guatemala, el Estado Plurinacional de Bolivia, Haití y Honduras aun son países con una población adulta mayor joven, con porcentajes de personas de 75 años y más muy reducidos. Para 2030 se espera que varios países del Caribe continúen teniendo la población adulta mayor más envejecida de América Latina y el Caribe, seguido de Cuba, el Uruguay y Chile (véase el gráfico 9).

Lo anterior significa que la presión para el sistema socio sanitario se incrementará de manera sostenida durante las siguientes décadas, debido a que el envejecimiento interno de la población de 60

años y más puede incrementar las necesidades de apoyo médico, institucional y familiar, surgiendo así nuevas demandas que competirán por los recursos destinados a los sistemas de protección social.

GRÁFICO 9
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ENVEJECIMIENTO INTERNO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, 2030



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008.

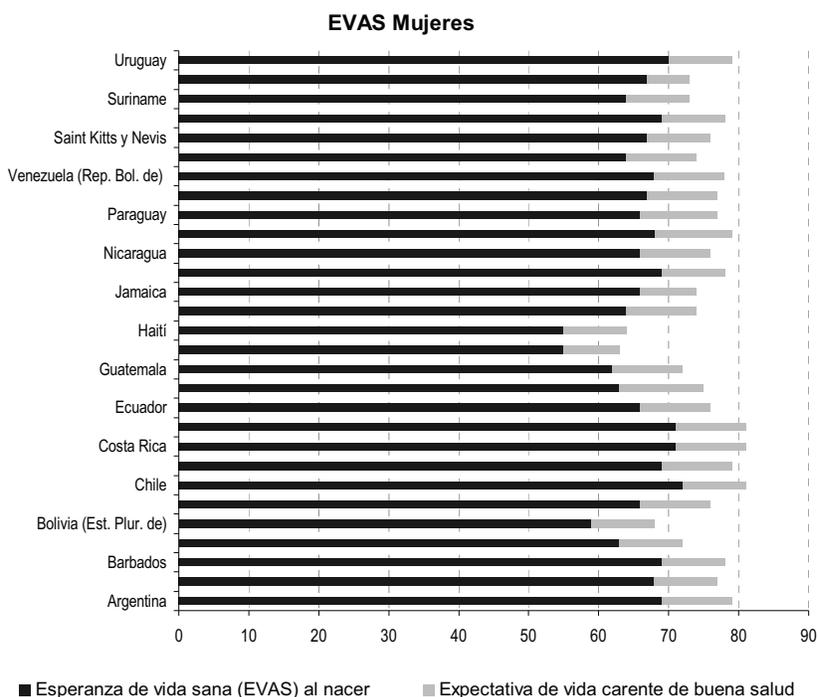
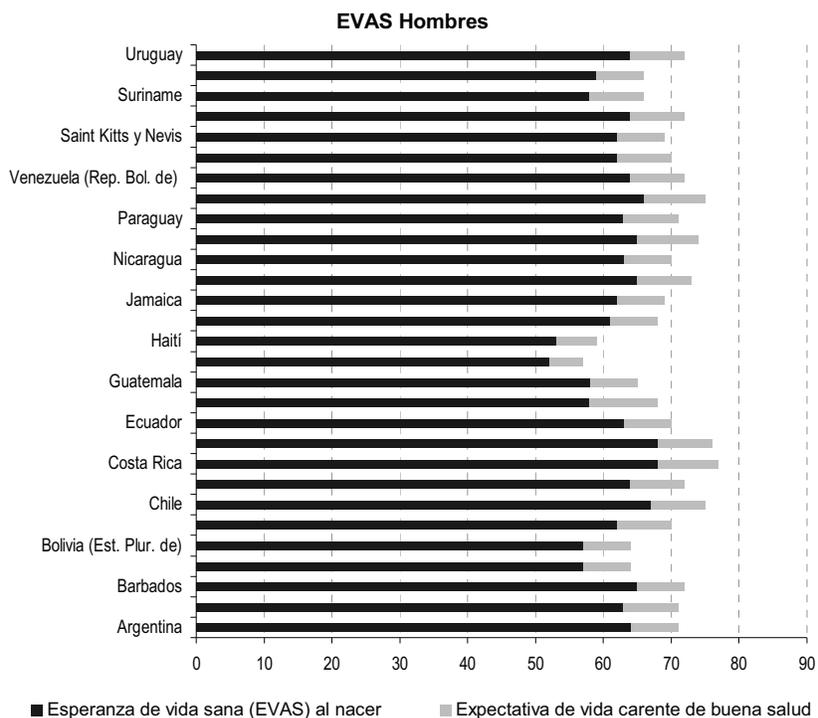
2. Los riesgos de dependencia en la vejez derivados del estado de salud

En la región, el proceso de envejecimiento se caracteriza no solo por una velocidad sin precedentes, sino también por un crecimiento también acelerado en la demanda de los servicios de salud, siendo muy probable que, desde inicios de este siglo, las cohortes que alcancen la edad de 60 años presenten menores niveles de salud que los observados entre las personas mayores de países desarrollados. Ello, en razón de que sus ganancias “de supervivencia” obedecen más a la reducción exitosa de la exposición a enfermedades infecciosas, los mejores tratamientos y las recuperaciones más rápidas, que a las mejoras en los niveles de vida (Palloni, De Vos y Peláez, 2002). En cambio, en los países desarrollados el incremento de la longevidad ha venido acompañado de un aumento de la esperanza de vida sana y la comprensión de la morbilidad producto de la mejora sustancial de la calidad de vida de la población (CEPAL/CELADE, 2003, Naciones Unidas, 2007a).

a) Esperanza de vida sana

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

GRÁFICO 10
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXO, 2007^a



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), World Health Statistics, 2009.

^a Expresada en años de esperanza de vida saludable al nacer (EVAS) y expectativa de vida carente de buena salud. La expectativa de vida carente de buena salud se calcula como diferencia entre la esperanza de vida y la esperanza de vida saludable al nacer y se expresa en cantidad de años.

En efecto, a pesar de que en promedio la mayoría de los países de la región presenta un holgado aumento de la esperanza de vida al nacer, la esperanza de vida sana continúa siendo inferior. En el gráfico 10 se muestra que, para ambos sexos, el valor de este último indicador es de 64 años (62 años para los hombres y 66 años para las mujeres). A su vez, se estima que, en promedio, la expectativa de vida carente de buena salud es de 9 años (8 años para los hombres y 9 para las mujeres), lo que equivale en algunos países a casi la mitad de la esperanza de vida a los 60 años del período 2005-2010 (Barbados, Colombia, El Salvador, Honduras, el Paraguay, el Perú, la República Dominicana y Santa Lucía).

Aunque existen dificultades para comparar este indicador entre distintos países, es posible observar la heterogeneidad de situaciones existentes al interior de los mismos, siendo las diferencias de género una de las más evidentes y documentadas (Romero, da Costa Leite y Landmann, 2005; Naciones Unidas, 2007a). La información disponible para 29 países de América Latina y el Caribe muestra que, con la excepción de Trinidad y Tabago, en todos los demás países los años de vida carente de buena salud son más elevados en las mujeres que en los hombres. En ocho de ellos, la diferencia entre ambos sexos es igual o superior a tres años. Al respecto, la OMS (2005), en base a previsiones de la esperanza de vida saludable para 45 países, llega a la conclusión de que esta situación no es solo privativa de los países de la región, sino que se da tanto en los países desarrollados como en desarrollo. Así las mujeres suelen pasar más años de su vida con ciertas limitaciones funcionales que los hombres debido a las inequidades sufridas en el transcurso de la vida. Para ellas, al igual que para los hombres, la enfermedad ha dejado de ser un momento agudo que generalmente desembocaba en la muerte para convertirse en un estado crónico que, sin los cuidados necesarios, deteriora de manera notable la calidad de vida en la vejez (véase el recuadro 7).

RECUADRO 7

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA PREVALENCIA DE LIMITACIONES FUNCIONALES EN LA VEJEZ

Se han hecho varios estudios sobre las diferencias de género en la prevalencia de las limitaciones funcionales en la vejez. Dichas limitaciones han sido medidas de diferentes maneras por distintos autores. La forma de medición que predomina en los trabajos se basa en la posibilidad de realizar cierto tipo de Actividades de la Vida Diaria (AVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (Menéndez y otros, 2005; Rose, Hennis y Hambleton, 2008; Camargos, Perpétuo y Machado, 2005). Otras mediciones incluyen el cálculo de la prevalencia de limitaciones funcionales entre las personas mayores, basándose en una concepción de la incapacidad funcional como un proceso progresivo con escala, las limitaciones de extremidades inferiores, o agrupar actividades cuya ejecución permite evaluar el estado físico además de evaluar la capacidad para bastarse a ellos mismos en base a la capacidad de realizar tareas que toda persona debe ejecutar diariamente (Barbosa y otros, 2005; Parahyba, Veras y Melzer, 2005; Pacífico y Pantelides, 2001).

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

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

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

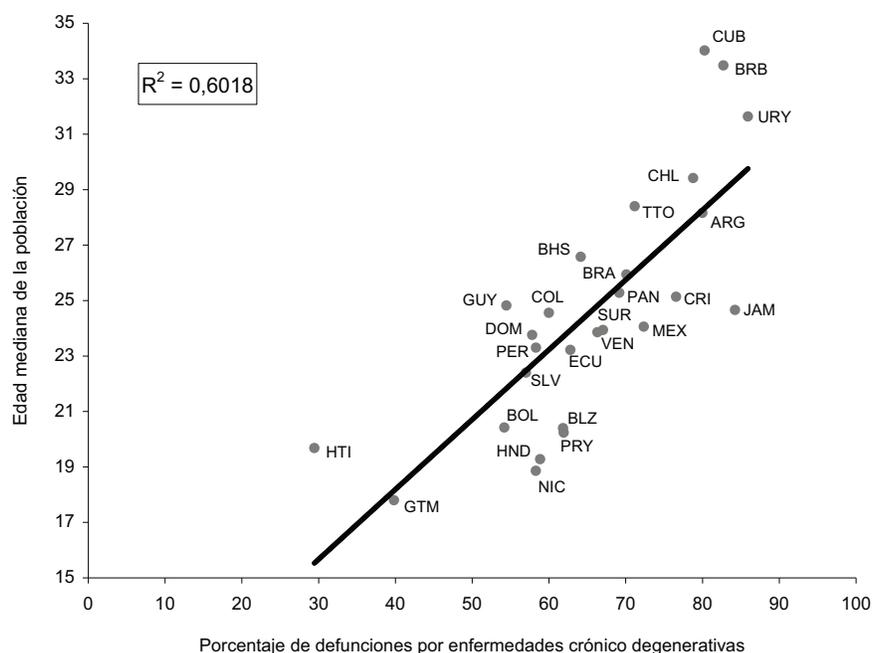
Fuente: Edith Alejandra Pantelides (2009) "La Salud de las Mujeres en la Vejez en América Latina y el Caribe", informe elaborado para el CELADE-División de Población de la CEPAL en el marco del Proyecto 06/07/B "Taking Stock-Development Account Project on Strengthening Social Inclusion, Gender Equality and Health Promotion in the MDGs" y del Proyecto Regional RLA/5P/2003.

b) Enfermedades crónico degenerativas

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

Como se puede observar en el gráfico 11 sobre proporción de causas de muerte por enfermedades crónico degenerativas en función de la edad mediana de la población (2002), por un lado se ubican los países en etapas avanzadas de la transición demográfica (Cuba, el Uruguay, Chile, la Argentina y Barbados) con una proporción superior al 80% de los decesos por causas crónico degenerativas. Mientras que, por el otro, se ubican los países próximos a entrar en plena transición demográfica y con un proceso de envejecimiento incipiente (Haití, Guatemala, Nicaragua, Honduras, entre otros). En estos últimos países, la edad mediana de la población es inferior a 20 años y la proporción de defunciones por causas crónico degenerativas es inferior al 50%; aunque también es importante destacar en este grupo que algunos países, a pesar de caracterizarse por su población relativamente joven, tienen proporciones de defunciones por causas no transmisibles similares a países más envejecidos (Belice, el Estado Plurinacional de Bolivia y el Paraguay). Ello puede ser a causa de que en la región, las enfermedades crónicas inciden en una mortalidad precoz, que está estrictamente relacionada con la pobreza, las desigualdades en el ingreso y con la dificultad de acceso a los servicios de salud y a los beneficios de las políticas sociales (OPS, 2009b).

GRÁFICO 11
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE DEFUNCIONES POR CAUSAS
CRÓNICO DEGENERATIVAS Y EDAD MEDIANA DE LA POBLACIÓN^a



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

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

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

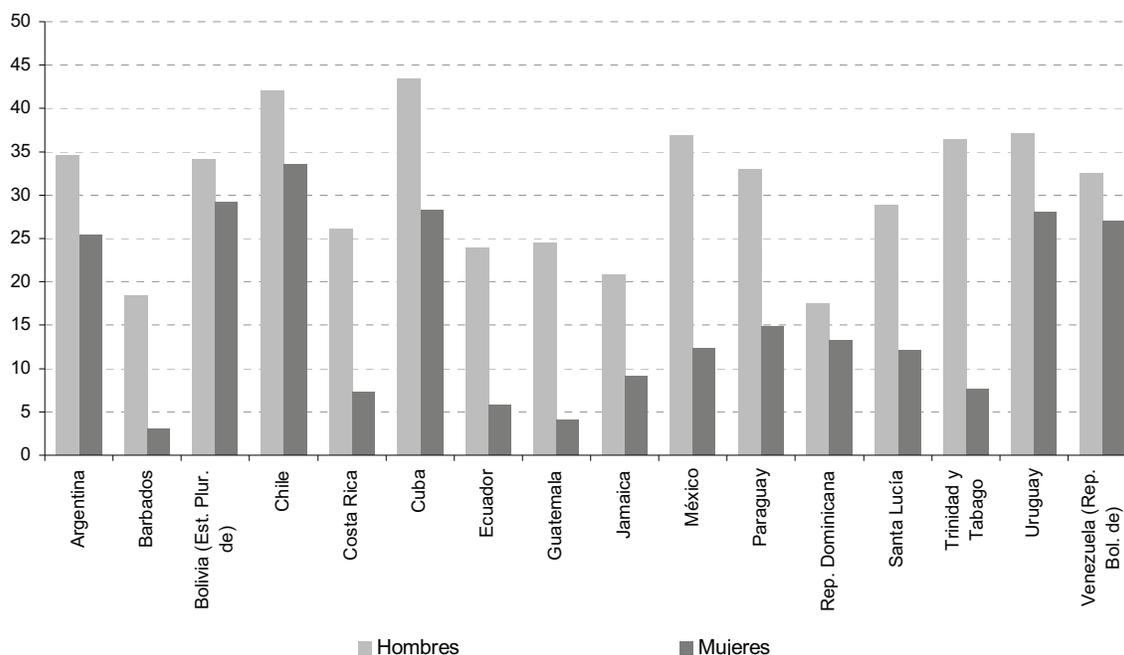
Según la OMS, de los 6,2 millones de defunciones que se estima que se han producido en la región en 2005, más de tres cuartas partes se vinculan con enfermedades crónicas y, en los próximos diez años, 53 millones de personas morirán por este tipo de patologías. Este incremento es atribuible al envejecimiento de la población, así como los comportamientos y las elecciones poco saludables que hacen los individuos y las comunidades (OPS, 2007).

c) Factores de riesgo

Algunos de los principales factores responsables del aumento de las enfermedades no transmisibles y el incremento ulterior de la dependencia, son los modos de vida poco saludables. En la región, los riesgos prevenibles más comunes son el sobrepeso u obesidad, las prácticas sexuales de riesgo, el consumo de tabaco y el uso nocivo del alcohol. Se estima que el 80% de las cardiopatías prematuras, los accidentes cardiovasculares y la diabetes tipo 2, y el 40% de las neoplasias malignas en las Américas podrían prevenirse mediante una alimentación sana y la actividad física habitual, y evitando el consumo de tabaco. Estas prácticas podrían disminuir en un 2% al año las defunciones por enfermedades crónicas en los próximos 10 años, salvando casi 5 millones de vidas (OPS, 2007).

GRÁFICO 12
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (16 PAÍSES): PREVALENCIA DEL CONSUMO ACTUAL
DE TABACO ENTRE ADULTOS (15 AÑOS O MÁS), 2005

En porcentajes



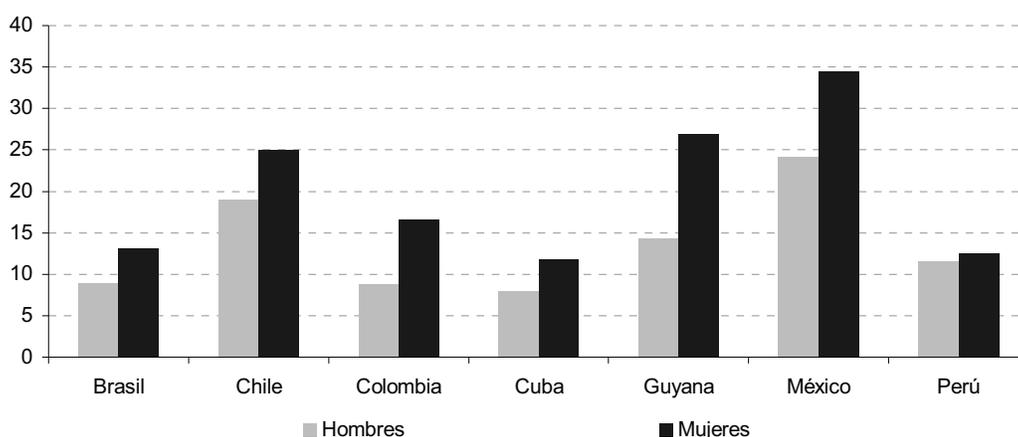
Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), World Health Statistics, 2009.

La prevalencia de factores de riesgo en la población es alarmante. La OMS ha estimado que el tabaco es la segunda causa de defunciones evitables, y que provoca 900.000 muertes en el año en las Américas. Si la tendencia se mantiene provocará la muerte de más de mil millones de personas en el siglo XXI (OPS, 2007). De 16 países de América Latina y el Caribe, para los que se dispone información sobre el consumo de tabaco entre adultos de 15 o más años, en seis de ellos es posible observar que más del 25% de la población de ambos sexos fuma (véase el gráfico 12). Las cifras son más elevadas en los hombres chilenos y cubanos (42 y 43% respectivamente) y entre las mujeres chilenas y bolivianas (34 y 29% respectivamente). En la población de edad avanzada, los resultados de la Encuesta SABE muestran que en seis ciudades de la región, el consumo de tabaco es menos elevado—sobre todo en las mujeres—, pero este patrón claramente presentará un cambio sustantivo en las próximas décadas, toda vez que en 2006 más del 20% de los jóvenes de 13 y 15 años de edad de los países de la región para los que se dispone de información habían consumido tabaco, con la prevalencia más alta a nivel mundial (CEPAL/CELADE, 2003; OMS, 2009).

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

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

GRÁFICO 13
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (7 PAÍSES): OBESIDAD EN ADULTOS DE 15 AÑOS O MÁS, 2005
En porcentajes



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), World Health Statistics, 2009.

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

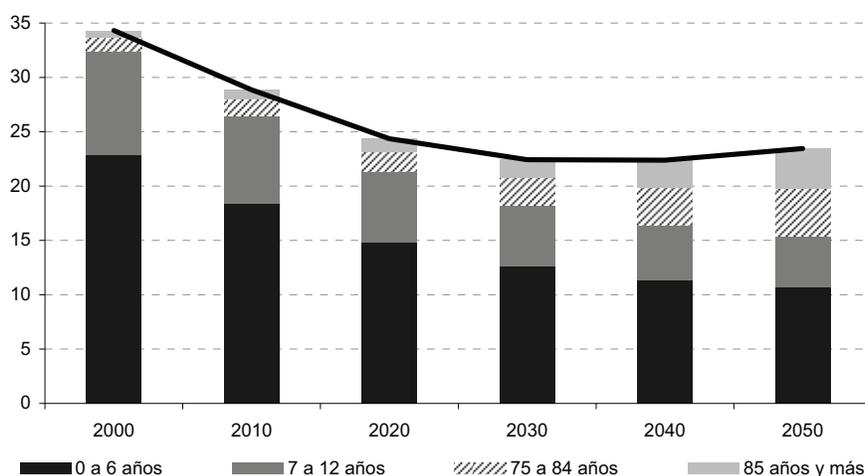
B. Escenarios de demanda de cuidados en América Latina y el Caribe

1. Estimación de la necesidad de cuidados a partir de la edad

El contexto demográfico de los sistemas de cuidado muestra notables cambios en la estructura por edades de la población por efecto del descenso sostenido de la mortalidad y especialmente de la fecundidad. La población latinoamericana crece a un ritmo más lento y presenta una composición generacional completamente distinta a la que existía décadas atrás. Aunque con heterogeneidades entre y al interior de los países, es posible apreciar, un descenso de la proporción de menores de 15 años y un aumento sostenido de la de personas de 60 años y más, mientras que la población que se ubica en las edades centrales tiende a mantenerse estable. Lo anterior conlleva a una profunda transformación y que pone a los países de la región frente a un doble desafío: un incremento y modificación de la demanda de cuidado, por una parte, y la reducida posibilidad demográfica de contar con cuidadores frente a las exigencias actuales, por la otra.

En el gráfico 14 se presenta la relación de dependencia de cuidados del período 2000-2050 para el conjunto de América Latina como un indicador de la demanda. A partir de estos datos se intenta reflejar la relación entre las personas que requieren ayuda y los potenciales cuidadores.

GRÁFICO 14
AMÉRICA LATINA: RELACIÓN DE DEPENDENCIA DE CUIDADOS^a, 2000-2050



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008.

^a Población con necesidad de cuidados por cada cien potenciales cuidadores.

Al igual que la relación de dependencia tradicional, este indicador se define en términos de grupos de edades, aunque se concentra particularmente en aquellas personas con necesidades específicas de cuidados: por una parte, el grupo de 0 a 6 años y, por la otra, el de 85 años y más. Precisamente, los dos extremos del ciclo vital que, en la práctica, son altamente dependientes de terceros para satisfacer sus necesidades. Luego se ubican las personas de 7 a 12 años y las de 75 a 84 años, quienes si bien pueden precisar cuidados, no siempre los requieren con la misma intensidad que los grupos anteriores. En el centro —es decir, entre los 15 y los 74 años— se ubican los potenciales cuidadores (véase el recuadro 8).

Como se observa en el gráfico 14, la carga de cuidados era elevada a inicios de esta década, con un promedio de 35 personas con necesidad de cuidados —con una amplia concentración en el grupo de 0 a 6 años— por cada 100 potenciales cuidadores, mostrando en el transcurso de los siguientes cuatro decenios una trayectoria en descenso. Sin embargo, a partir de 2040, se aprecia una inflexión que marcará el inicio de una nueva fase de expansión de la demanda, por efecto del aumento de la población de 75 años y más.

RECUADRO 8

RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA Y RELACIÓN DE DEPENDENCIA DE CUIDADO

La relación de dependencia demográfica total —cociente entre la suma de las poblaciones de menores de 15 años y de mayores de 60 años y la población de entre 15 y 59 años— es un índice sintético de la estructura por edad de la población. Usualmente se define como la relación entre la población en edades potencialmente inactivas y la población en edades potencialmente activas económicamente. Una alta relación de dependencia sugiere una carga para la población de 15 a 64 años, que debe dar soporte a otros además de a sí misma. Como este indicador suele presentar valores elevados tanto en poblaciones jóvenes como en aquellas envejecidas, se recomienda descomponer el índice en dos: la relación de dependencia de niños (también llamada relación de juventud), que considera como potencialmente inactivos a los menores de 15 años, y la relación de adultos (o de vejez), que considera potencialmente inactivos solo a los mayores de 60 años.

Por su parte, y a diferencia de este indicador tradicional, la relación de dependencia de cuidados tiene por objetivo reflejar la carga relativa de apoyo que recae sobre los potenciales cuidadores en una sociedad determinada. Su cálculo es útil para acercarse a la medición de las personas que necesitan cuidados, la cantidad que requieren y las posibilidades demográficas de brindar asistencia. Permite además una comparación de la carga de cuidado entre los países y su evolución en el tiempo. Al igual que la relación de dependencia tradicional, este indicador se define en términos de grupos de edades, aunque se concentra particularmente en aquellas personas con necesidades específicas de cuidados: por una parte, el grupo de 0 a 6 años y, por la otra, el de 85 años y más. Luego se ubican las personas de 7 a 12 años y las de 75 a 84 años, quienes si bien pueden precisar cuidados, no siempre los requieren con la misma intensidad que los grupos anteriores. En el centro —es decir, la población entre 15 y 74 años— se ubican los potenciales cuidadores. Metodológicamente, el indicador no considera a la población de entre 13 y 14 años porque no serían demandantes intensivos de cuidados como los grupos etarios anteriores (0 a 12 años y 75 años y más), y tampoco se encontrarían en condición de brindarlos.

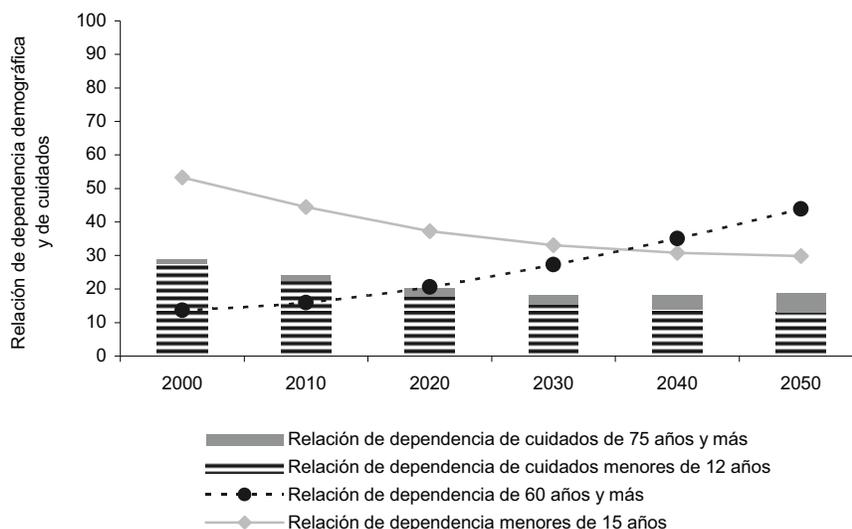
Para calcular el peso del cuidado, se toma como supuesto que cada persona menor de 12 años y mayor de 75 años requiere de un número determinado de unidades de cuidado: los niños de 0 a 6 años necesitan 1 unidad; los de 7 a 12 años 0,5 unidades, al igual que las personas de 75 a 84 años; los mayores de 85 años requieren 1 unidad de cuidado. Esta estimación constituye un *proxy* que requiere tomarse con cautela, pues probablemente disminuye el número de los que necesitan atención y eleva el de los que pueden prestar asistencia, ya que no toma en consideración que aquellos que se ubican entre los rangos de edad que califican como potenciales cuidadores pueden sufrir limitaciones, particularmente físicas y de salud, para ejercer las labores de cuidados.

Fuente: CEPAL/CELADE, 2006a y Debbie Budlender, 2008.

Si se compara la relación de dependencia de cuidados con la relación de dependencia demográfica (véase el gráfico 15) es posible apreciar trayectorias que confluyen durante el período en estudio. En la región, se proyecta que la relación de dependencia demográfica se mantendrá en descenso hasta 2020, mientras que la relación de dependencia de cuidados lo hará por dos décadas más. A su vez, la población menor de 15 años seguirá siendo numéricamente superior a la de personas de edad hasta 2040 aproximadamente, y de ahí en adelante esta aumentará notablemente, superando a los menores. Hacia 2050, la distribución de la población infantil y de edad avanzada con necesidad de ayuda irá

equiparándose cada vez más, en un escenario en el que la carga del cuidado en la niñez tenderá al descenso y en la vejez hacia el aumento.

GRÁFICO 15
AMÉRICA LATINA: RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA Y DE CUIDADOS,
SEGÚN GRUPOS DE EDADES, 2000-2050



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008.

Lo anterior significa que, si bien en la región se está enfrentando hoy una amplia demanda de cuidados concentrada en la niñez, la composición por edades de la población con necesidad de ayuda está en proceso de transformación, y a futuro disminuirá la carga de cuidado de los niños pero aumentará de forma simultánea la de las personas de edad, aunque con notables diferencias entre las trayectorias que seguirán los países.

La clásica heterogeneidad de los países latinoamericanos también influye en la demanda de cuidados. Como se aprecia en el gráfico 16, su tendencia y su composición cambian de un país a otro. En Cuba se inicia el período con una carga de cuidados inferior al promedio regional —debido, principalmente, a que la población infantil está en descenso—, pero a partir de 2010 irá en franco aumento, agudizándose desde 2040 en adelante, cuando el país se vea enfrentado a una demanda de ayuda proveniente mayoritariamente de las personas de edades avanzadas, las que en 2050 representarán cerca del 60% de la carga total.

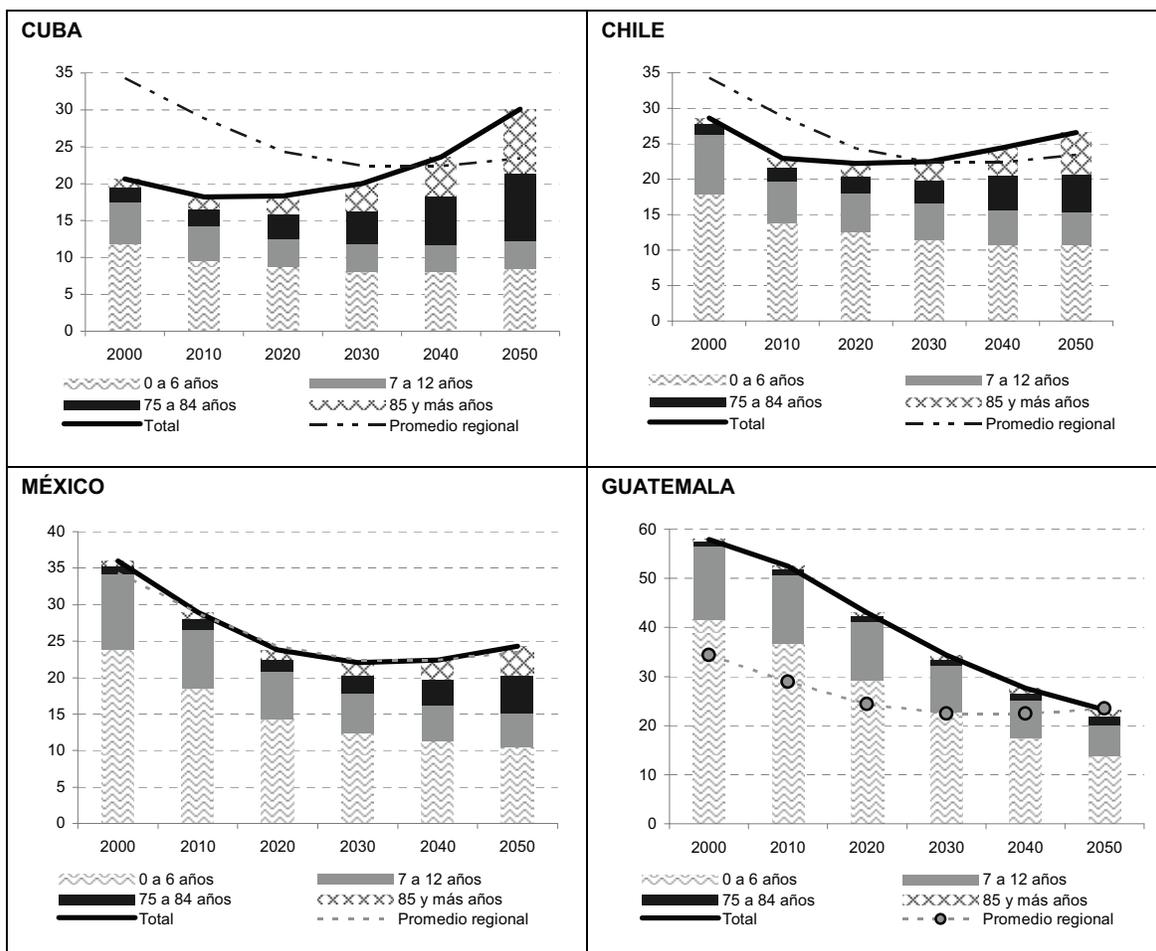
En Chile la demanda de cuidados no tendrá mayores variaciones entre 2010 y 2030, año en que iniciará nuevamente su ascenso, superando el promedio regional por efecto del envejecimiento de su población. En este país, durante 2050, la carga de cuidado de los menores de 12 años representará el 57% del total y la de las personas de 75 años y más el 43%.

México, por su parte, sigue una trayectoria diferente y muy cercana al promedio regional, puesto que la relación de dependencia de cuidados disminuirá hasta aproximadamente 2030, momento en que empezará a incrementarse nuevamente. Al final del período, la carga de cuidado de los menores de 12 años seguirá siendo más elevada que la de las personas de edad, aunque se trata de un país en el que la

necesidad de asistencia será menos intensiva que en aquellos con envejecimiento incipiente durante todo el período en estudio.

Por último, Guatemala es un país que inicia el período con una carga de cuidados muy superior al promedio de la región (58 personas por cada 100 potenciales cuidadores), la que se mantendrá hasta 2050, principalmente por efecto de la demanda de los niños. La necesidad de asistencia en la niñez permanecerá constante hasta el final del período, cuando concentre más del 86% de la carga total (con un fuerte peso en los menores de 6 años), momento en que la necesidad de asistencia de las personas de edad representará el valor que tuvo en Cuba 40 años antes.

GRÁFICO 16
AMÉRICA LATINA (4 PAÍSES SELECCIONADOS): RELACIÓN DE DEPENDENCIA DE CUIDADOS^a, 2000-2050



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008.

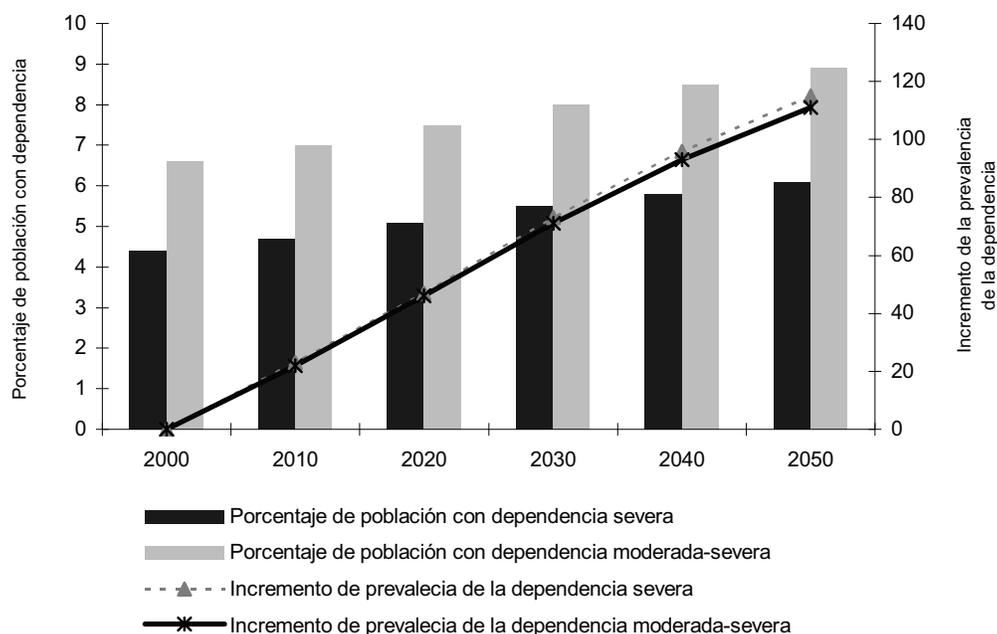
^a Población con necesidad de cuidados por cada cien potenciales cuidadores.

2. Estimación de la necesidad de cuidados a partir del estado de salud

La demanda de cuidados no proviene solo y únicamente de la población infantil y de edad avanzada, sino también de las personas que requieren ayuda a diario para atender su salud y realizar las tareas domésticas y personales. Para acercarse a esta situación se ha tomado como referencia un estudio

realizado por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2002a), que estimó la población que necesita cuidados según dos niveles de dependencia por razones de salud. El primer nivel es el severo, que incluye a las personas que por su condición precisan asistencia diaria, y el segundo es el nivel moderado-severo, que agrega a aquellas que eventualmente pueden requerir ayuda periódicamente².

GRÁFICO 17
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: POBLACIÓN QUE REQUIERE CUIDADOS DIARIOS O PERIÓDICOS E INCREMENTO DE SU PREVALENCIA, SEGÚN TIPO DE DEPENDENCIA POR RAZONES DE SALUD, 2000-2050



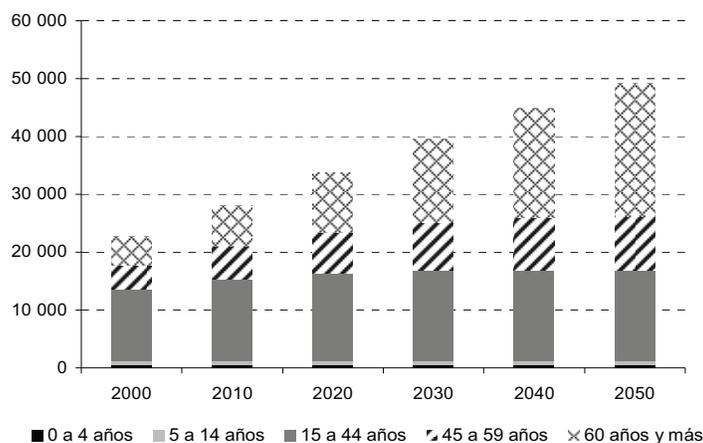
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de World Health Organization (WHO), Current and future long-term care needs, Ginebra, 2002.

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

En el gráfico 17 se presenta el porcentaje de población que necesitará cuidados diarios o periódicos en el período 2000-2050 para el conjunto de la región, así como las respectivas tendencias del incremento de la dependencia. En cualquiera de los dos escenarios —es decir, el de la dependencia severa y el de la moderada-severa— se prevén grandes aumentos de la prevalencia en el transcurso de las próximas cuatro décadas. Se espera que las personas con dependencia moderada-severa se dupliquen entre 2000 y 2050, pasando de 23 millones a 50 millones. Ahora bien, cuando se realiza un análisis etario del número de personas con dependencia en el mismo intervalo de tiempo se aprecia que en la actualidad la mayoría se concentra en el rango de entre 15 a 59 años, y en 2050 las personas de 60 años y más representarán la mitad de la población dependiente en cualquiera de los dos niveles considerados (véanse los gráficos 18 y 19).

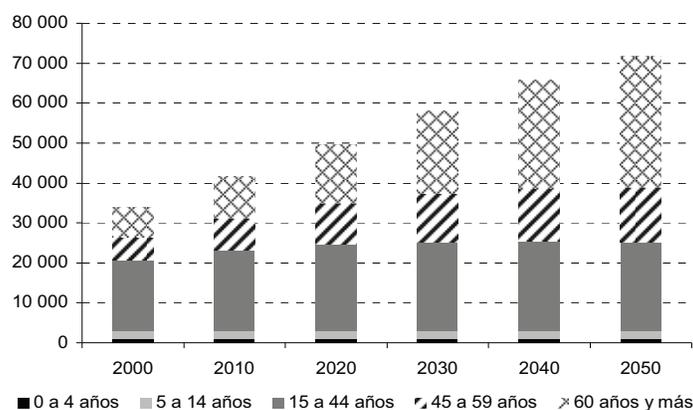
² La dependencia severa se refiere a personas que padecen cualquiera de las dos más severas clases de discapacidad (sicosis activa, demencia, cuadriplejía, migraña severa continua, ceguera, paraplejía, depresión severa). La dependencia moderada se refiere a personas con dos o tres condiciones de una de las tres clases de discapacidad más severa (síndrome de Down, retardo mental moderado, fistula recto-vaginal, entre otras). (Harwood y otros, 2004).

GRÁFICO 18
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NÚMERO DE PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA QUE REQUIERE CUIDADOS DIARIOS, POR GRUPOS DE EDADES, 2000-2050



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de World Health Organization (WHO), Current and future long-term care needs, Ginebra, 2002.

GRÁFICO 19
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NÚMERO DE PERSONAS CON DEPENDENCIA MODERADA-SEVERA QUE REQUIERE CUIDADOS DIARIOS, POR GRUPOS DE EDADES, 2000-2050



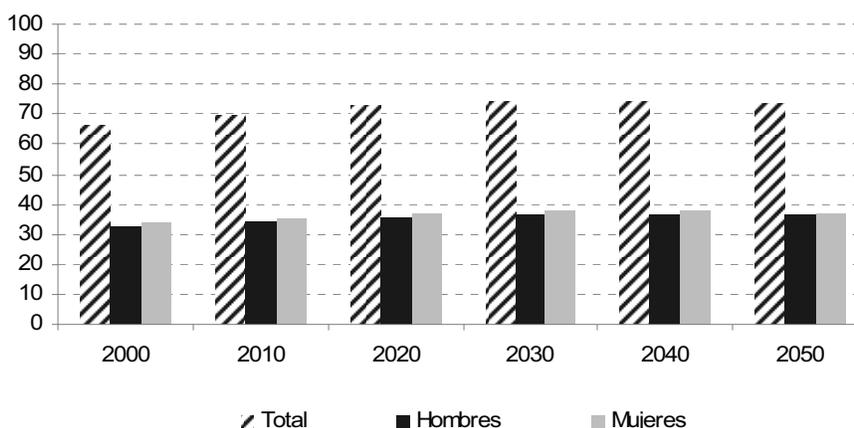
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de World Health Organization (WHO), Current and future long-term care needs, Ginebra, 2002.

En resumen, la necesidad de cuidado es intensiva debido a la existencia de niños de corta edad que necesitan el apoyo intenso de un adulto para satisfacer sus necesidades básicas y para que ejerza la función socializadora y educadora de los menores (Martínez Franzoni y Camacho, 2007); el envejecimiento de la población, que implica el aumento de personas que pueden requerir ayuda temporal o permanente para mantener su autonomía (Huenchuan, 2009), y el incremento de las personas con algún nivel de dependencia por razones de salud, que tienen una necesidad importante de asistencia para la realización de las actividades de la vida diaria (Pérez Menayo, 2004).

C. La expresión demográfica de la posibilidad de brindar cuidados

La posibilidad de una sociedad de ofrecer cuidados a sus miembros también tiene una expresión demográfica, la que por cierto debe vincularse a la capacidad efectiva de los potenciales cuidadores para brindar asistencia. Una mirada regional muestra que la oportunidad demográfica de contar con cuidadores será reducida en el período 2000-2050, puesto que en total no alcanzará a una persona por cada miembro que precisará ayuda (véase el gráfico 20).

GRÁFICO 20
AMÉRICA LATINA: POTENCIALES CUIDADORES SEGÚN SEXO^a, 2000-2050



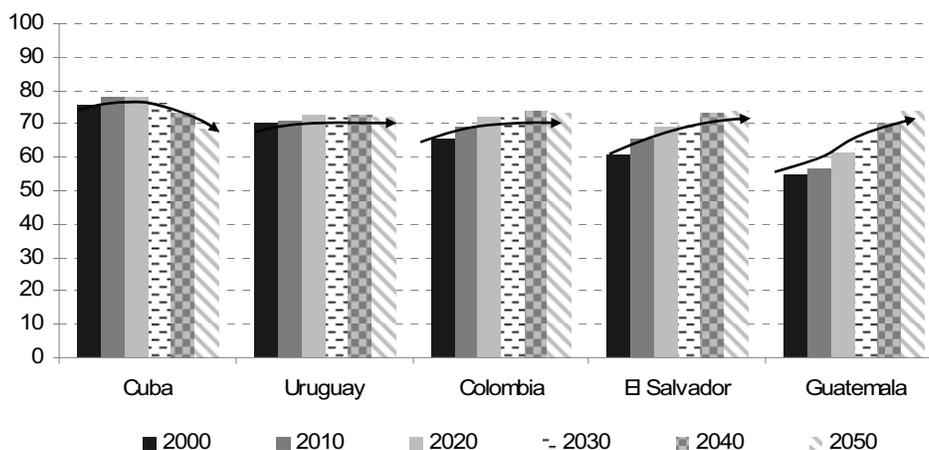
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008.

^a Por cada 100 personas con necesidad de cuidados.

Esta relación permanecería prácticamente constante en el transcurso de las próximas cinco décadas, comenzando con una disponibilidad total de cerca de 67 potenciales cuidadores por cada 100 personas con necesidades de cuidados y concluyendo en 2050 con 77. Las diferencias por sexo serán muy reducidas —aunque, como se verá más tarde esto sólo en términos potenciales, porque en términos reales, el tiempo efectivo dedicado al cuidado por parte de los hombres es menor. Los potenciales cuidadores hombres serían 33 por cada 100 en 2000 y no alcanzarían a 40 al final del período, y en el caso de las mujeres serían 34 por cada 100 al inicio de la presente década y se mantendrían en menos de 40 en 2050.

Un análisis por países muestra que esta situación es muy variada (véase el gráfico 21). En Cuba, por ejemplo, irá disminuyendo a partir de 2020 la disponibilidad de población que potencialmente podría brindar cuidados, siendo el único país con esta tendencia hasta el momento. Otros, como la Argentina, el Brasil, Costa Rica y Panamá, se ubicarán por debajo del promedio regional, y Chile y el Uruguay prácticamente no experimentarán cambios en este aspecto. Por último se encuentran aquellos países donde la disponibilidad actual de cuidadores es reducida pero aumentará constantemente hacia el final del período, destacándose entre ellos el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Honduras y Nicaragua.

GRÁFICO 21
AMÉRICA LATINA (PAISES SELECCIONADOS): EVOLUCIÓN DE
LOS POTENCIALES CUIDADORES^a, 2000-2050



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008.

^a Por cada 100 personas con necesidad de cuidados.

En este escenario, es posible identificar claramente dos grupos de países:

- El primero, compuesto por los más rezagados en la transición demográfica, que inician el período con una elevada carga de cuidado en la niñez y una baja disponibilidad de potenciales cuidadores para satisfacer la demanda a la que se ven enfrentados. En estos países habrá disminuido la necesidad de cuidados al final del período, alcanzando el promedio regional, y recién entonces empezarán a verse afectados por el envejecimiento de la demanda de asistencia (el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Honduras y Nicaragua).
- En el otro extremo se ubican los países más avanzados en la transición demográfica, que inician el período con una carga de cuidado ya en proceso de envejecimiento, pero con una disponibilidad de potenciales cuidadores superior al promedio regional. Los países de este grupo experimentarán en el futuro mediano un relativo estancamiento o reducción de esta disponibilidad por efecto del envejecimiento, y deberán hacer frente a una demanda de asistencia concentrada en las personas de edad (la Argentina, Chile, Cuba y el Uruguay).

No obstante lo anterior, en ninguna de las situaciones identificadas existiría la posibilidad real de responder plenamente a las necesidades de cuidados en la infancia y en la vejez o a la de brindar asistencia a las personas con dependencia. Esto es, si tanto hombres como mujeres en potencial condición de brindar cuidados ejercieran esa tarea se podría satisfacer solo la necesidad de los grupos que presentan una demanda menos intensiva (las personas de 7 a 12 años y las de 75 a 84 años, así como aquellas con dependencia moderada-severa)³, pero no se podría responder de manera efectiva a los grupos de edades extremas y las personas con dependencia severa, quienes requieren cuidados diarios, concentrados y permanentes.

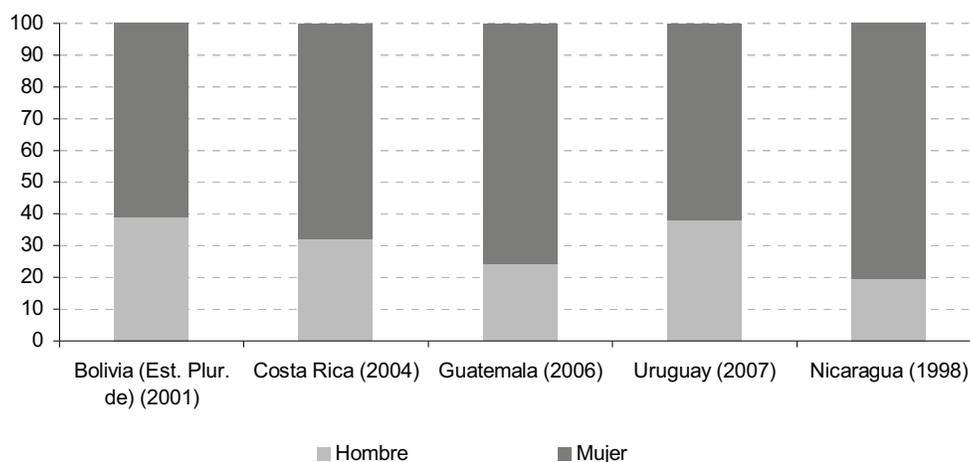
Un segundo elemento a considerar son las diferencias de género, puesto que en la práctica son las mujeres las que se hacen cargo de las labores de reproducción doméstica, y los hombres no participan con la misma intensidad en las tareas de asistencia —sobre todo a personas de edad y con

³ Esto es así debido a que se trata de grupos de edad que, de acuerdo a estudios realizados, requieren en teoría al menos de 0,5 cuidadores por cada persona que necesita de cuidados.

dependencia—. De este modo, el cuidado se puede concebir como una actividad femenina, generalmente no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social (Aguirre, 2007).

En cinco países estudiados (el Estado Plurinacional de Bolivia, Costa Rica, Guatemala, el Uruguay y Nicaragua), los últimos datos disponibles de las encuestas sobre uso del tiempo —no comparables entre sí, pero que orientan respecto del panorama nacional— muestran que los hombres contribuyen menos que las mujeres en las tareas de cuidado. En los países considerados, son las mujeres las que ejercen mayoritariamente esta función, incluyendo dentro de ellas a las niñas y las de edad avanzada. Esto tiene un efecto directo en las posibilidades sociales de brindar cuidados, incluso en aquellos países que experimentarán un aumento de los potenciales cuidadores (véanse Nicaragua y Guatemala en el gráfico 22), toda vez que la disponibilidad demográfica se debe analizar en el marco de las pautas culturales de la sociedad con respecto al ejercicio del cuidado y la asistencia a los más vulnerables.

GRÁFICO 22
AMÉRICA LATINA (PAISES SELECCIONADOS): DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LAS PERSONAS
QUE REALIZAN TAREAS DE CUIDADO, ALREDEDOR DE 2000
(En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de las encuestas de uso del tiempo.

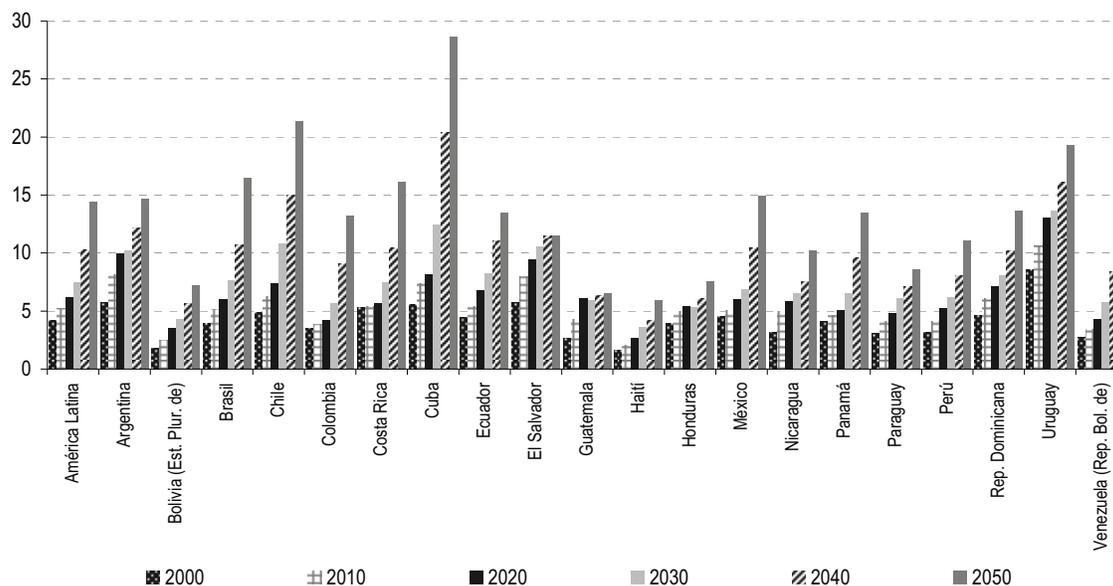
Nota: En el Estado Plurinacional de Bolivia la pregunta se realiza a las personas de 7 años y más y se consulta por el cuidado de niños y/o ancianos; en Costa Rica se aplica a personas de 12 años y más y se indaga por el cuidado de los niños; en Guatemala se pregunta para personas de 7 años y más y son informantes directos las personas de 12 años y más, la consulta interroga por el cuidado o la crianza de los niños; en el Uruguay se considera el cuidado de los niños de hasta 12 años y en Nicaragua se pregunta a las personas de 6 años y más y se indaga por el cuidado de los niños.

A ello se agrega que la posibilidad de las mujeres de brindar cuidados está disminuyendo simultáneamente al aumento de la demanda de asistencia, debido entre otras razones a que están ampliando su participación económica (CEPAL/CELADE, 2006b), lo que tendrá su correlato en la disminución de la cantidad de mujeres que potencialmente podrían destinar tiempo a estas funciones y de las horas dedicadas a esa labor. Por el contrario, mientras se ha ampliado el acceso de ellas al mercado de trabajo remunerado, no se ha producido un cambio equivalente en la redistribución del tiempo que los hombres ocupan en las tareas del hogar (Sunkel, 2006). En este sentido, las transformaciones de los roles han sido asimétricas, con un mayor movimiento de las mujeres hacia las esferas tradicionalmente masculinas que viceversa (Carbonero, 2007).

Un tercer principio fundamental para analizar la disponibilidad de cuidadores y su capacidad efectiva de brindar asistencia son las diferencias generacionales. La evidencia sugiere ciertos patrones de comportamiento demográfico en relación al cuidado entre las distintas cohortes, debido a que dentro de la población adulta mayor el grupo que crece más rápidamente es el de 75 años y más

Este cambio demográfico impactará en la razón de apoyo parental (CEPAL/CELADE, 2006a), que surge de la relación entre la cantidad de personas mayores de 85 años y la correspondiente a los adultos de edad media. De acuerdo a las proyecciones, en 2000 la región tenía 4 personas de 85 años y más por cada 100 de entre 50 a 64 años. En 2050 esta cifra se habrá triplicado en siete países, llegando a su valor más elevado en Cuba (29) y Chile (21). De este modo, el aumento de la esperanza de vida impactará directamente en las familias, que habrán de ocuparse de sus miembros mayores por más tiempo, y en las mujeres —las principales cuidadoras—, que irán envejeciendo mientras cuidan a sus descendientes y ascendientes (véase el gráfico 23).

GRÁFICO 23
AMÉRICA LATINA (PAISES SELECCIONADOS): RAZÓN DE APOYO PARENTAL, 2000-2050



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008.

Sin embargo, la expectativa que las generaciones intermedias presten apoyo social a las personas de edad no siempre se cumple. La solidaridad invertida —hacia los mayores— es un fenómeno nuevo, producto del aumento de la esperanza de vida y del incremento absoluto de personas que viven más allá de los 60 años. Este fenómeno se produce en un contexto de fuerte presión por mantener la independencia de las personas de edad y en el que las formas tradicionales de asegurar el cuidado en la vejez, principalmente a través de arreglos que tienen que ver con la herencia y el patrimonio (Drake, 1994), se han debilitado por distintos procesos, tales como las migraciones, la pobreza o la informalidad del trabajo, los que dificultan la estabilidad para acumular patrimonio y colocan a las personas mayores en una posición diferente a la que tenían algunas décadas atrás (véase el recuadro 9).

RECUADRO 9 LA TRANSNACIONALIZACIÓN DEL CUIDADO

Los procesos migratorios internacionales que se están produciendo en la actualidad impactan tanto en la relación entre la necesidad de cuidados y la posibilidad de recibirlos en el nivel individual y familiar como en su oferta y demanda global.

La crisis del cuidado en los países desarrollados, caracterizada por una amplia demanda de mano de obra y una oferta insuficiente y por las expectativas de un extenso sector de la población de los países de la región de insertarse en el mercado laboral, ha contribuido a generar diversos flujos migratorios. Estos han tenido un importante impacto en los cambios demográficos de los países desarrollados, en los que se estima que continuarán profundizándose la disminución de las personas en la primera edad laboral y, complementariamente, el incremento de la población mayor. Las proyecciones muestran que en la Unión Europea se producirán más muertes que nacimientos a partir de 2015 y que la población económicamente activa disminuirá progresivamente entre 1 y 1,5 millones al año (Aréchaga, 2008). Además, el índice de dependencia por vejez aumentará notablemente, del 25% actual al 54% para 2060 (Bazo, 2008).

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

Aunque el análisis se ha centrado fundamentalmente en los movimientos migratorios desde el sur hacia el norte, estos también se han producido entre los países del sur, y fundamentalmente hacia aquellos con ingresos medios que han actuado como importantes polos de atracción (Koffman y Raghuram, 2009). En ambos casos, gran parte de las personas que emigran se emplean en los países de destino dentro del sector de los servicios, que incluye las actividades domésticas y el cuidado de los niños y las personas mayores dependientes, dando lugar a un proceso de transnacionalización del cuidado. En el año 2000, el 53,9% de los latinoamericanos que residía en España estaba empleado en ese sector. Las mujeres son las que fundamentalmente se trasladan a países dentro y fuera de la región para realizar este tipo de trabajos, como parte de una estrategia familiar orientada a mejorar sus condiciones de vida (CEPAL, 2006c).

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

Aunque quienes migran no pueden brindar apoyo cotidiano a sus familiares, en general mantienen el contacto con ellos y periódicamente les envían remesas que constituyen aportes fundamentales para la economía familiar. En México, el 20% de las parejas de personas mayores que vivían solas en 2003 recibía remesas nacionales o internacionales que representaban el 12,5% de su ingreso mensual, mientras que para las personas de edad que residían en el hogar de sus hijos constituían la sexta parte de sus ingresos (López Ramírez, 2008). Los países de la región concentran la mayor cantidad de remesas en el mundo, habiendo superado los 40.000 millones de dólares en 2004 (CEPAL, 2006c).

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

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

Fuente: Aréchaga, 2008; Bazo, 2008; CEPAL, 2006c; Cortés Castellanos, 2005; Koffman y Raghuram, 2009; López Ramírez, 2008; Rico, 2006.

En el caso de los más jóvenes, las ayudas filiales que pueden recibir se basan en que la responsabilidad de soporte social y económico de los padres se encuentra plenamente instalada en las estructuras de reciprocidad familiar. Sin embargo, las presiones económicas y la especialización a las que se ven sometidas las familias en la actualidad las tornan más vulnerables para ejercer sus funciones de seguridad y protección y menos flexibles para satisfacer la necesidad de asistencia que supone el cambio en la composición del hogar a lo largo de su ciclo (Carbonero Gamundí, 2007).

Más allá de las diferencias de género y generacionales, los cuidados expresan también la desigualdad. En tiempos de crisis, los hogares que cuentan con recursos económicos suficientes pueden pagar por el cuidado de sus miembros dependientes, e incluso hacerlo a un valor inequitativo para las trabajadoras. En cambio, los hogares pobres se pueden ver enfrentados a una doble disyuntiva: dedicar los recursos humanos disponibles al cuidado de los miembros dependientes o movilizar sus activos, principalmente a través de dos estrategias: la migración o la inserción de las mujeres en el mercado laboral, generalmente en condiciones desventajosas o ambas (Sunkel, 2006). Las evidencias muestran que, cualquiera sea la estrategia que implementen estos hogares, el ajuste generalmente supone costos económicos y psicológicos para las mujeres y las niñas, o pone en riesgo la posibilidad efectiva de recibir el cuidado que requieren quienes lo necesitan, o las dos circunstancias (Esplen, 2009).

De este modo, la posibilidad de determinados grupos sociales de recibir cuidados está estrechamente relacionada, por una parte, con una posición que suele estar fuertemente determinada por factores externos, y por otra, con la disponibilidad de una infraestructura de cuidado que resuelva la atención de los que requieren asistencia y facilite el desarrollo de las funciones a quienes la prestan.

Visualizando este escenario, diversos organismos internacionales han llamado la atención respecto a que las implicaciones sociales y económicas de este fenómeno dependerán de los arreglos institucionales específicos de cada país, esto es, de la capacidad que tienen los sistemas institucionales públicos y privados de brindar servicios (OCDE, 2000). Ello afectará no solo la división de la responsabilidad de provisión de bienestar entre el Estado, la familia, el mercado y la comunidad, sino también los contratos de género y generacionales en los que se enmarca en la actualidad la división sexual y etaria de las tareas de cuidado (Aguirre, 2007).

D. La capacidad de los sistemas familiares e institucionales de proporcionar cuidados

Existen tres fuentes de cuidado: la familia, el Estado y el mercado. Ninguna de estas instituciones tiene competencia exclusiva en su provisión y, como resultado de ello, no siempre hay una clara división entre la asistencia que presta cada una, aunque sí se advierten diferencias respecto de la responsabilidad principal que se les atribuye⁴.

Al respecto, es interesante observar que, en la medida en que el Estado es débil como elemento unificador de la vida política y como instancia de protección, las miradas se vuelven hacia la familia como elemento probable de cohesión social, y le demanda también que, en última instancia, actúe frente a los vacíos de protección. Sin embargo, las posibilidades de las familias —y en particular de las mujeres— de ofrecer asistencia están limitadas por factores demográficos, económicos y culturales.

⁴ Los datos de la encuesta de opinión Latinobarómetro 2006 muestran que en la mayoría de los países las personas entrevistadas opinan que la responsabilidad que las personas mayores disfruten de condiciones de vida dignas depende de la familia, en menor medida del Estado y muy lejanamente del propio individuo (Huenchuan, 2009).

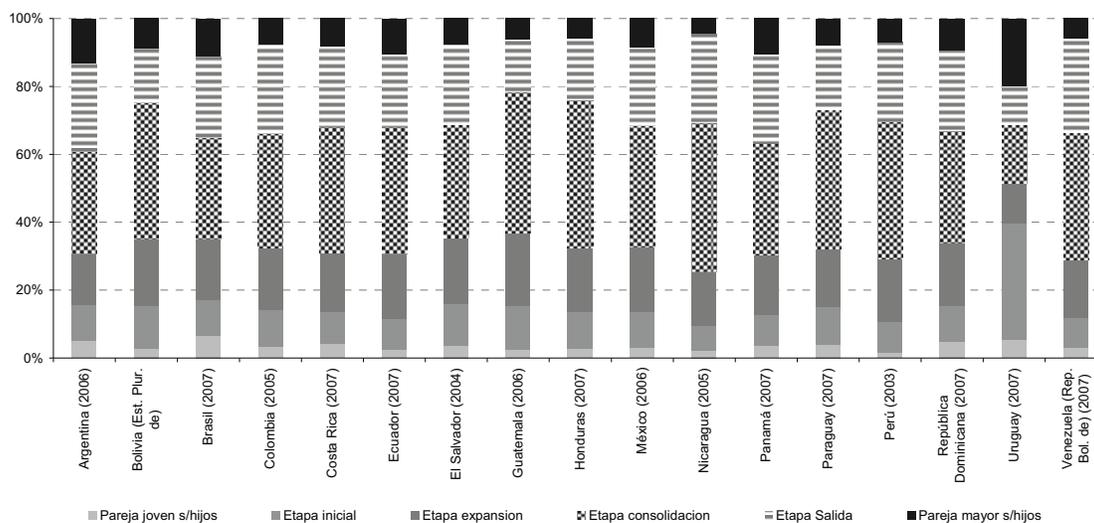
1. La maduración de ciclo de vida familiar y su impacto en la demanda de cuidado

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

En este sentido, la familia no es una estructura homogénea con un comportamiento estable, sino una organización relacional muy compleja en la que hoy dos, tres o más generaciones tienen que adaptarse simultáneamente a los cambios en el ciclo de vida familiar. La continuidad de la familia queda asegurada precisamente por el carácter multigeneracional de este sistema —incluso más allá de su estructura—, lo que implica una diversificación de los niveles y las formas de las demandas y, por cierto, de los roles asignados a sus miembros (Espin, 2009).

Una perspectiva regional construida a partir de las encuestas de hogares disponibles para 17 países alrededor de 2007 muestra que más del 50% de las familias atravesaba las etapas de consolidación y expansión (véase el gráfico 24). Las primeras (18%) correspondían a aquellas cuyos hijos mayores tenían entre 6 y 12 años —con independencia de la edad del menor—, y las segundas (36%) tenían hijos de entre 13 y 18 años, o bien la diferencia de edad entre los mayores y los menores se encontraba entre los 12 y los 15 años.

GRÁFICO 24
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN LAS ETAPAS DE CICLO DE VIDA FAMILIAR, ALREDEDOR DE 2007



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

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

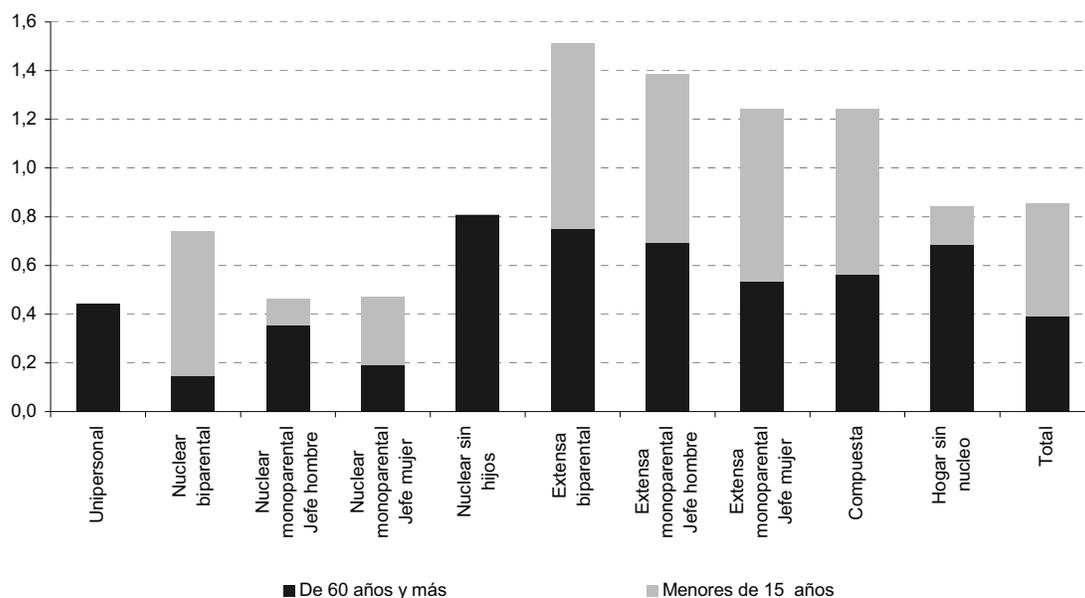
Siguiendo la misma trayectoria, las familias que se ubicaban en la fase de salida eran igualmente numerosas. El 22% del total correspondía a núcleos en los que los hijos menores tenían 19 años o más, y algunos de ellos estaban próximos a formar otras familias. En ellas los progenitores se enfrentan a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

Como se observa, el mayor cambio que se ha producido en la última década es la paulatina maduración del ciclo en que se ubican las familias latinoamericanas. Las etapas de salida y de pareja mayor sin hijos fueron las únicas que aumentaron entre 1997 y 2007, y en todos los países —exceptuando el Uruguay y el Estado Plurinacional de Bolivia— aquellas que se encuentran en la etapa inicial disminuyeron. Ello es un efecto directo del proceso de envejecimiento, que se hace más evidente a escala del hogar, donde se aprecia una importante presencia de personas de edad, con independencia de la etapa de la transición demográfica que atraviese el país (Huenchuan, 2009). Lo anterior significa que, cuando se analiza el cuidado a escala del hogar, la composición de la demanda refleja las transiciones inherentes al ciclo de vida familiar, siendo el fenómeno del envejecimiento el que más afectará en lo inmediato, e incluso más allá de la baja de la fecundidad, a las familias y a quienes brindan apoyo, tanto de manera positiva —la transmisión intergeneracional de los recursos— como negativa —el aumento de la carga de cuidado cuando no existen posibilidades de ayuda institucional. Esto se puede observar también en la evolución de los hogares sin miembros en edades extremas. Durante el período 1997-2007 en 11 países de la región los hogares sin niños se mantuvieron sin variación y no aumentaron su participación en el conjunto de las formas familiares. En cambio, los hogares sin personas de edad disminuyeron, en promedio, en un 6%. Esto significa que, en el transcurso de la última década, las familias con miembros de edad avanzada se incrementaron, y en varios países ese aumento fue más pronunciado que el promedio regional —el Brasil, Costa Rica, el Ecuador, México, la República Dominicana y la República Bolivariana de Venezuela—. El caso más extremo es el del Brasil, donde decrecieron en un 10% los hogares sin personas de edad y, como consecuencia, más de la mitad de las familias tenía miembros de 60 años y más en 2007.

De la misma manera, cuando se analiza el número promedio de miembros del hogar según dos grupos de edades relativamente extremas (menores de 15 y de 60 años y más) se observa que ambos grupos tienen una importante presencia en todos los tipos de familias, y en el caso de las personas de edad ello ocurre sobre todo en los nucleares sin hijos y extensos biparentales (véase el gráfico 25). La primera categoría puede corresponder a familias de personas mayores cuyos hijos han constituido sus propios hogares, y las familias extensas a aquellas en que conviven varias generaciones que incluyen a nietos y abuelos. Por otra parte, como se observa en el gráfico 25, los hogares unipersonales también muestran un cierto envejecimiento en su composición. Parte de ellos pueden estar compuestos por personas de edad que disponen de suficientes recursos económicos para vivir solas: mientras que otros puede tratarse de personas mayores sin familia y que dependen fuertemente de la asistencia externa⁵.

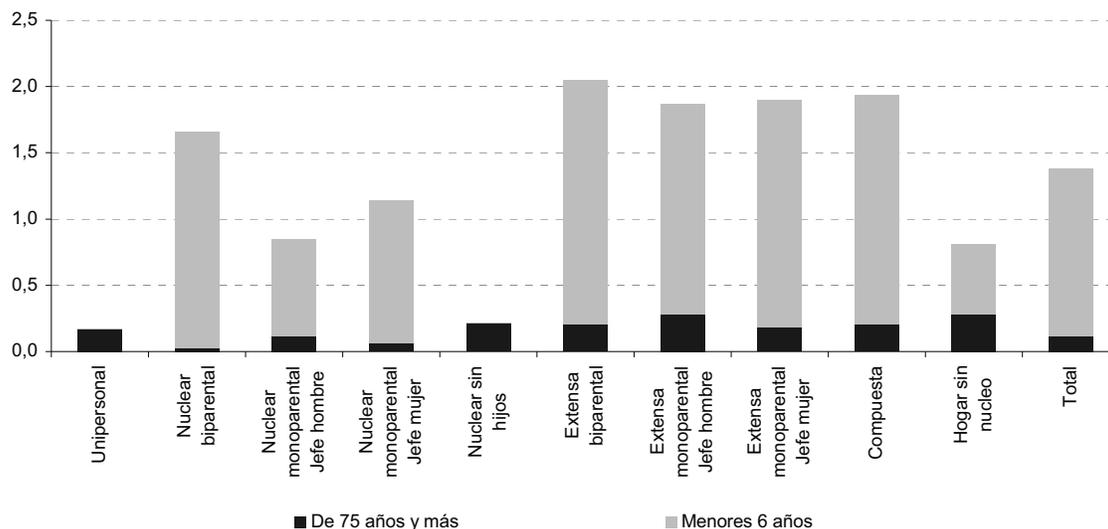
⁵ En la Argentina, el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), organismo dependiente de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social, atiende a personas de edad altamente vulnerables y desprovistas de apoyo. La mitad de la población asistida tiene más de 75 años, principalmente mujeres en condición de viudez que viven solas, no tienen cobertura previsional ni de salud y sufren patologías crónicas o discapacidad, a las que se les prestan servicios tan esenciales como ayuda para acostarse y levantarse, vestirse, preparar y dar alimentos, entre otras (Roqué, 2009).

GRÁFICO 25
AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): NÚMERO PROMEDIO DE MIEMBROS MENORES DE 15 AÑOS Y DE 60 AÑOS Y MÁS, SEGÚN LA ESTRUCTURA FAMILIAR, ALREDEDOR DE 2007



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

GRÁFICO 26
AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): NÚMERO PROMEDIO DE MIEMBROS CON NECESIDADES INTENSIVAS DE CUIDADO, SEGÚN LA ESTRUCTURA FAMILIAR, ALREDEDOR DE 2007^a



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

^a Los miembros con necesidades intensivas de cuidado corresponden a los de 75 años y más y a los menores de 6 años.

No obstante lo anterior, un análisis más pormenorizado de la composición de los hogares revela que las estructuras familiares que hoy en día se enfrentan a presiones más intensas de la demanda de ayuda son las extensas —en todas sus formas— y las compuestas (véase gráfico 26). En todas ellas, el número promedio de miembros que precisaría cuidados intensivos llega a dos personas por núcleo, cifra elevada si se considera la tendencia a la reducción del tamaño de las familias latinoamericanas, sobre todo en aquellos países con una transición demográfica más avanzada (Sunkel, 2006). Algunas de estas estructuras familiares corresponden a aquellas que tradicionalmente han sido las más afectadas por la pobreza. Concretamente, y a modo de ejemplo, es posible citar que en 2007 las extensas monoparentales con jefas concentraban la mayor proporción de hogares en el primer y segundo quintil de ingresos y ello puede ser el resultado del menor número de aportantes y de los menores ingresos que en promedio reciben las mujeres que trabajan (Arriagada, 2007), quienes a su vez deben responder a una elevada carga de cuidado en sus propios hogares.

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

Como contrapartida, los marcos normativos generales y específicos de los países de la región, así como el abanico de programas sociales existentes relacionados con la protección de la infancia, la vejez y la dependencia, muestran una creciente familiarización de los riesgos asociados al cuidado. Esto implica la privatización de la ayuda y la concentración en las familias de la responsabilidad por el bienestar y la satisfacción de las necesidades vitales de sus miembros. Ello amplía la vulnerabilidad de las personas que precisan cuidado y de las que prestan asistencia, dada la distribución desigual de los recursos según el origen familiar o social.

En este escenario, el cuidado y sus consecuencias obligan a replantear la protección social en el marco de una solidaridad integral, toda vez que hay personas que necesitan una protección particular para reforzar o sustituir la capacidad de autocuidado —los niños— o para favorecer una situación normal de independencia —las personas de edad y con dependencia por razones de salud. En tal sentido, y tal como se trata en la próxima sección, para avanzar en las reformas dirigidas a incorporar el cuidado como un nuevo pilar de la protección social, surgen tres principios imprescindibles: la igualdad —de género y socioeconómica—, la universalidad de las políticas y programas y la solidaridad entre las generaciones.

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

En los hechos, una de las fuentes más importantes de cuidado sigue siendo la familia, la que puede afrontar esta necesidad mediante la transferencia de tiempo, es decir, ofreciendo ayuda personal, o financiándola en el mercado por medio de transferencias en efectivo. De este modo, la respuesta frente a los riesgos del cuidado se ha trasladado a las familias, entre otras razones, a causa de que la acción estatal se limita a una reducida oferta de programas que tienen una ubicación marginal en el quehacer público. Así, el cuidado ha pasado a ser responsabilidad de los propios familiares, y de las mujeres en particular, en la medida en que el Estado ha asumido un papel secundario.

En efecto, la división sexual del cuidado implica que las mujeres contribuyan en forma desproporcionada al bienestar social, especialmente de los hogares pobres, a través de la prestación de servicios no remunerados de asistencia (véase el recuadro 10). Basta mencionar como ejemplo que en México el trabajo doméstico no remunerado, que incluye la provisión de cuidado a los miembros de la familia, representó el 22,6% del PIB en 1996, ocupando el primer lugar en la composición de este indicador, seguido de la industria manufacturera (21,5%) (CEPAL, 2007c).

RECUADRO 10 EL CUIDADO NO REMUNERADO Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Existe una estrecha relación entre las tareas de cuidado no remuneradas y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, puesto que sus manifestaciones actuales afectan en diversos modos la posibilidad de alcanzarlos. Sin dudas, el vínculo más estrecho y claro surge respecto del propósito de promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, planteado en el tercer objetivo, y esto porque la mayor parte de la carga que implica esta labor socialmente necesaria y económicamente invisible recae de manera desmedida sobre las mujeres (CEPAL, 2007c).

Aunque la meta ligada específicamente a este objetivo apunta particularmente a eliminar la desigualdad entre los sexos en el acceso a la enseñanza primaria y secundaria, lo cierto es que el espíritu que lo sustenta visualiza una igualdad en todos los niveles de la educación y en todos los ámbitos del trabajo, en el control equitativo de los recursos y en la representación igualitaria en la vida pública y política. De hecho la Declaración del Milenio, el contexto más amplio en el que surgen los objetivos de desarrollo, considera como uno de los principios esenciales para las relaciones internacionales del siglo XXI el de la igualdad, y sostiene que: “Debe garantizarse la igualdad de derechos y oportunidades de hombres y mujeres” (Naciones Unidas, 2000, pág. 2). Pero lo cierto es que mientras no se valore socialmente el trabajo no remunerado y de cuidado que se realiza dentro del hogar, persistirán los obstáculos fundamentales para alcanzar la igualdad entre los sexos y la autonomía de las mujeres (CEPAL, 2007c; Bárcena, 2009).

La responsabilidad que recae sobre las mujeres en el cuidado del hogar y sus miembros, sobre todo los niños, las personas de edad, los discapacitados y los enfermos, limita su tiempo y sus oportunidades de acceder a trabajos remunerados de tiempo completo y al mercado laboral formal —la dificultad de conciliar el trabajo productivo y el reproductivo, cuya resolución depende básicamente de su capacidad de negociación con la pareja y el empleador—, lo que a su vez obstaculiza sus posibilidades de obtener los beneficios de la protección social ligados al empleo. Otra consecuencia de esta circunstancia es la posición de dependencia de la mujer respecto del cónyuge proveedor, lo que la coloca en una situación social y económica de fragilidad.

Las políticas dirigidas a abordar el problema de la desigualdad de género en el mercado laboral y la autonomía económica lo han hecho parcialmente, pues han centrado su atención en el trabajo remunerado que se realiza en el ámbito público y han dejado en un segundo plano el trabajo no remunerado del ámbito privado, que es el “determinante primario de la exclusión del mercado laboral y de la subordinación económica de las mujeres” (CEPAL, 2007c).

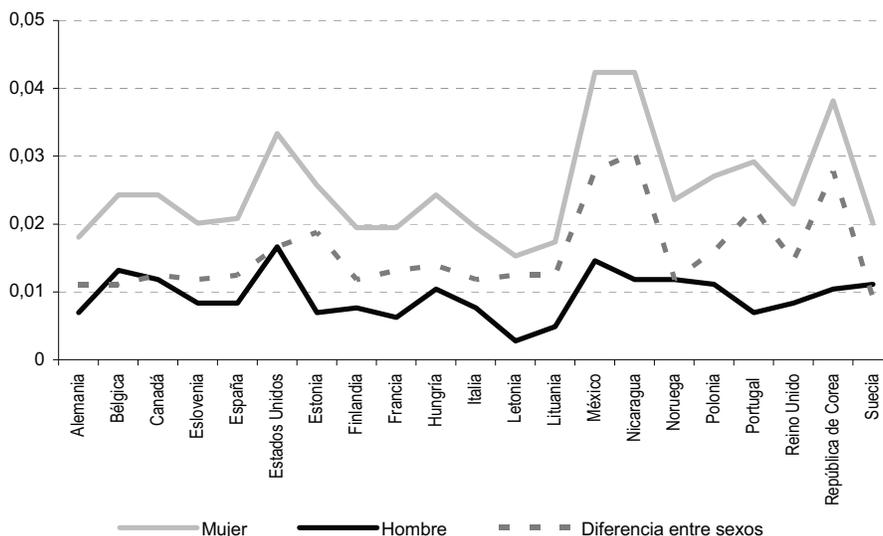
Fuente: Bárcena, 2009; CEPAL, 2007c; Naciones Unidas, 2000.

Como consecuencia, es imprescindible abordar el cuidado que brinda la familia desde una perspectiva de género, lo que supone el análisis de quién y cuánto tiempo invierte, en la práctica, en estas tareas (Carbonero Gamundí, 2007). Al respecto, una mirada comparada muestra que el tiempo que dedican hombres y mujeres al cuidado de los niños difiere notablemente, y ello es un fenómeno que atraviesa las fronteras regionales y que afecta a todas las sociedades, con independencia del nivel del desarrollo de los países.

Como muestra el gráfico 27, en 21 países del mundo las mujeres dedican más tiempo que los hombres a las tareas de cuidado y la brecha entre ambos es ostensiblemente más elevada en los países de la región, la que casi se cuadruplicaba en relación a Suecia y se duplicaba respecto a España e Italia. En México, por ejemplo, el promedio de horas semanales que las mujeres dedicaban en 2002 al cuidado de los niños y al apoyo a los miembros del hogar era de 13, mientras que el de los hombres se reducía prácticamente a la mitad, con 7 horas. Respecto del cuidado de las personas con limitaciones físicas, la brecha era igual de amplia: las mujeres destinaban 10 horas semanales a esta labor y los hombres 5 (CEPAL, 2007c).

A diferencia de otros procesos, una mirada generacional a la distribución de las tareas de cuidado según género no muestra diferencias importantes entre edades (véase el gráfico 28). Las encuestas de uso del tiempo para tres países latinoamericanos —no comparables entre sí— indican que en la juventud la brecha entre hombres y mujeres es más amplia, en algunos países se mantiene hasta los 49 años y suele disminuir en las edades avanzadas. No obstante, como una constante, la dedicación horaria nunca llega a igualarse entre los géneros, y tanto las niñas (menores de 15 años) como las mujeres de edad (mayores de 65 años) siguen invirtiendo una considerable cantidad de tiempo en estas labores. Ello contradice la clásica percepción que, por el hecho que las mujeres tienen a su cargo a los hijos pequeños, la carga de cuidado se concentra únicamente en la juventud.

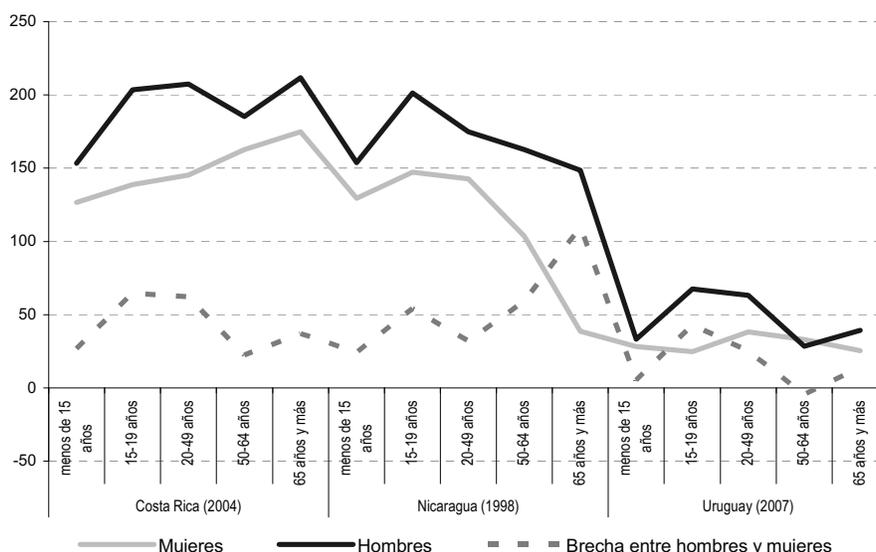
GRÁFICO 27
TIEMPO DEDICADO AL CUIDADO DE LOS NIÑOS^a, SEGÚN GÉNERO, ÚLTIMOS AÑOS DISPONIBLES
(En minutos diarios)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de United Nations Development Programme (UNDP), Human Development Report 2007/2008, New York and Oxford, Oxford University Press, 2007, y de procesamientos especiales de las encuestas de uso del tiempo.

^a El Canadá, Irlanda, los Estados Unidos, Portugal, México: el valor presentado incluye, junto al cuidado de los niños, la asistencia a adultos con necesidades de apoyo o a personas de edad.

GRÁFICO 28
TIEMPO DEDICADO AL CUIDADO DE LOS NIÑOS SEGÚN GÉNERO Y EDAD, ÚLTIMOS AÑOS DISPONIBLES^a
(En minutos semanales)

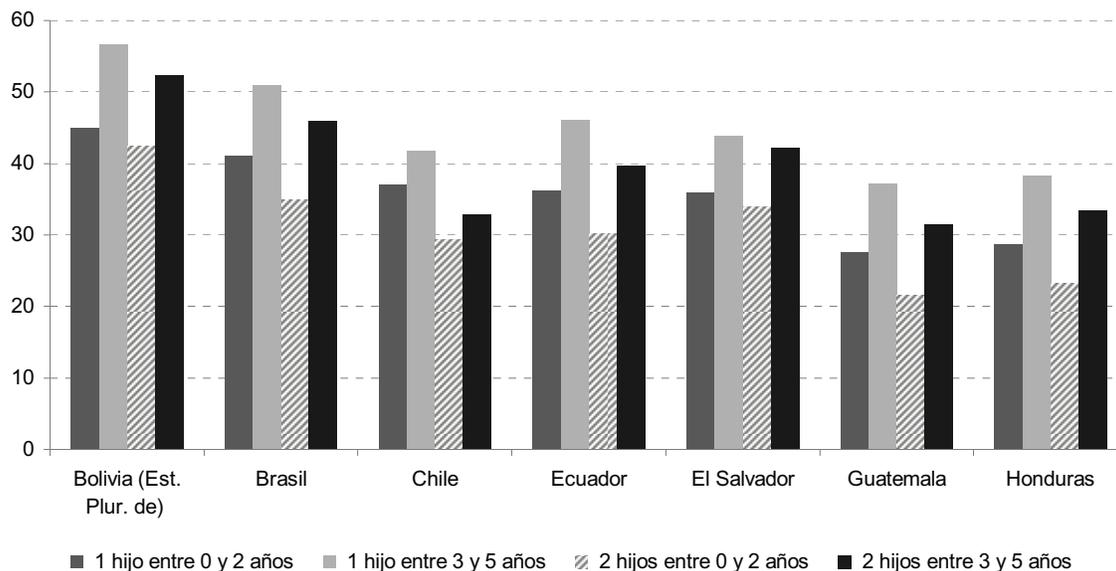


Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de United Nations Development Programme (UNDP), Human Development Report 2007/2008, New York and Oxford, Oxford University Press, 2007, y de procesamientos especiales de las encuestas de uso del tiempo.

^a En Costa Rica y el Uruguay se pregunta a personas de 12 años y más. Nicaragua consulta a personas de 6 años y más.

La evidencia muestra que las mujeres pueden ser cuidadoras también en otras etapas de la vida e incluso terminan prestando ayuda más de una vez en su ciclo vital: empezando por los hijos, para luego seguir con los padres y concluir asistiendo al cónyuge enfermo. Estos tres episodios corresponden, por lo general, a tres momentos demográficos de las mujeres: la juventud, la adultez y la madurez (Kahan y otros, 1994, en Robles, 2003). Congruente con ello, en uno de los momentos vitales más críticos para la conciliación entre el trabajo productivo y reproductivo, cuando hay niños pequeños, la tasa de empleo femenino se ve afectada y ello se relaciona directamente con la edad de los hijos. Como se aprecia en el gráfico 29, las mujeres de entre 20 y 49 años ocupadas con uno o dos hijos de hasta 2 años participan menos en el mercado laboral que aquellas con hijos de entre 3 y 5 años, lo que está directamente relacionado con una débil presencia del Estado (Martínez y Camacho, 2007). En efecto, los servicios y las prestaciones familiares para el cuidado de los hijos en la región, aunque dispares entre los países, se asemejan en su cobertura mínima de los costos de esa ayuda y en la dificultad que experimentan para proteger a las mujeres del mayor riesgo de empobrecerse que implica la maternidad.

GRÁFICO 29
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJE DE MUJERES
ENTRE 20 Y 49 AÑOS OCUPADAS, SEGÚN NÚMERO DE HIJOS, 2000



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de las encuestas de uso del tiempo.

En este escenario, hay que recordar que en un contexto de envejecimiento, la solidaridad familiar sufre presiones excesivas que pueden tener un impacto negativo tanto en quienes brindan cuidado como en quienes lo reciben, incrementando las desigualdades y su vulnerabilidad. Por esta razón, resulta fundamental ayudar a las familias para que presten asistencia a sus miembros. El reto es doble. Por una parte, atender las necesidades de las personas que requieren apoyo para desarrollar actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía (Sempere y Cavas, 2007). Y, por otra, promover soluciones que protejan los derechos de las personas que brindan los cuidados, incluyendo la promoción de la responsabilidad compartida de mujeres y hombres en el ámbito familiar (CEPAL, 2007a).

IV. Síntesis y conclusiones

En este documento se ofrece un panorama detallado de la forma y contenido del derecho a la salud y su vinculación con la protección social. Para ello, se recorre la forma en que el derecho a la salud ha sido plasmado en los tratados internacionales de derechos económicos, sociales y culturales del ámbito internacional e interamericano. También se sistematiza y analiza la forma y contenido del derecho a la salud con el objetivo de entregar los elementos que definen su puesta en práctica. Aquí se revisa la labor que ha realizado el Comité del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, a través de sus Observaciones Generales, así como las contribuciones que el Relator Especial del Derecho a la Salud ha ido aportando desde 2003 en adelante. De particular importancia en este apartado es la distinción entre la garantía y la práctica y cómo la protección de la salud es el elemento clave para ejercer el derecho a la salud en distintos contextos.

Se analiza también la compleja relación que existe entre el derecho a la salud y las necesidades sanitarias en el contexto de la dinámica demográfica regional. Para ello se presentan distintos indicadores — distribución de años de vida saludable perdidos por grupos de causa y etapas de la transición demográfica, indicador de carga de enfermedad por nivel de ingresos, tasa de mortalidad infantil por zona geográfica, nivel de educación de la madre y quintil de ingresos del hogar— con el propósito de relevar las desigualdades existentes y cómo la protección de la salud debe constituirse en un instrumento de equiparación, igualación o compensación de oportunidades para asegurar a todas las personas la satisfacción de sus necesidades de salud. A partir de dicho análisis se identifican tres desafíos que enfrenta la protección de la salud en los

países de la región: las inequidades existentes en materia de salud, el mejoramiento del funcionamiento del sistema y la atención a las nuevas demandas emergentes.

Adicionalmente, se examina el derecho a la salud, los factores demográficos y el financiamiento. Se incluye el abordaje de este tema en este capítulo debido a la estrecha relación que existen entre los derechos económicos, sociales y culturales —y por cierto del derecho a la salud— con las partidas presupuestarias. Esto es así porque este tipo de derechos implican prestaciones, acceso a servicios, condiciones institucionales, entre otras, para lo cual se requiere del financiamiento necesario para su efectiva puesta en práctica. El enfoque se concentra en examinar el comportamiento del gasto en salud de los países de la región, con información disponible, en base a dos principios básicos de los derechos económicos, sociales y culturales: la realización progresiva y la no regresividad.

Junto con lo anterior se realiza un análisis particular del derecho a la salud y algunos grupos específicos de la población: personas con discapacidad, pueblos indígenas, adolescentes y personas mayores. Como se indica en el apartado, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha determinado la obligación de los Estados de eliminar cualquier discriminación *de iure* o *de facto* que afecte el goce de los derechos sociales. Los grupos recién mencionados están en una situación proclive a sufrir discriminación, y a partir de ello distintos órganos de las Naciones Unidas han elaborado directrices para orientar a los Estados en su quehacer para disminuir su vulnerabilidad. En el texto se presentan estas recomendaciones y se discute acerca del papel de los Estados para garantizar el ejercicio del derecho a la salud por parte de estos colectivos.

Como resultado de esta revisión se concluye que en la región el complejo cuadro epidemiológico (viejos y nuevos desafíos) se traduce en un escaso margen para realizar mejoras rápidas en salud, las que implican básicamente tres aspectos: el aumento de cobertura de los sistemas de salud, la superación de la desigualdad en el acceso a la salud, y hacerlo en el marco de las necesidades y oportunidades demográficas que existen en varios países.

En relación a este último aspecto hay un tema central que ocupará la agenda de preocupaciones del presente siglo: el aumento de la demanda de cuidado debido a tres causas principales: la presencia aun importante de niños, el envejecimiento de la población y el incremento de personas con algún nivel de dependencia. Como se documenta en el segundo capítulo, si bien en la actualidad la carga de cuidados regional se concentra sobre todo en los niños —principalmente en aquellos países menos avanzados en la transición demográfica—, en el futuro el grueso de esta demanda de asistencia la constituirán las personas de edad avanzada y aquellas con dependencia por razones de salud.

Como contrapartida, la posibilidad de las sociedades latinoamericanas de ofrecer cuidados a sus miembros también es reducida, y de acuerdo a las estimaciones para la primera mitad del siglo XXI no alcanzaría a una persona por cada miembro que necesita ayuda. (CEPAL, 2009). Ello podría satisfacer eventualmente las necesidades de una parte de la demanda, pero no de aquellos que requieren una asistencia diaria permanente, intensiva y especializada. A esto hay que agregar que la capacidad demográfica de una sociedad para prestar ayuda está condicionada por el contexto sociocultural y económico, donde se aprecia claramente la incidencia de tres factores clave: el primero es la desigualdad de género que caracteriza la división de las tareas de cuidado, el segundo son las diferencias generacionales en el ejercicio de la solidaridad, y el tercero lo constituyen las inequidades por ingreso, que se traducen en la desprotección de segmentos específicos de la población.

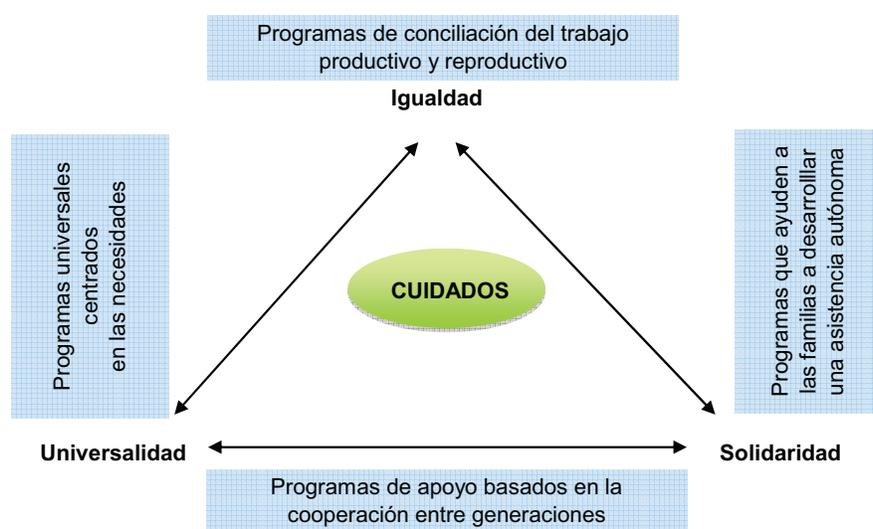
Con respecto a este tema, la heterogeneidad regional es evidente. No solo porque la composición demográfica actual de la carga de cuidados y de la posibilidad de contar con potenciales cuidadores difiere de un país a otro de acuerdo a la etapa de la transición demográfica que están atravesando, sino también porque hoy en día no es lo mismo vivir en un país con sistemas amplios de protección para la infancia, la vejez y la dependencia que en otro donde el desarrollo institucional es más precario.

Con notables excepciones, los cuidados en general no han sido un tema relevante en la agenda de las políticas públicas de los Estados latinoamericanos y del Caribe. Tanto los marcos normativos generales y específicos de los países de la región como el abanico de programas sociales existentes relacionados con la protección de la infancia, la vejez y la dependencia revelan una creciente

concentración en la familia de los riesgos asociados al cuidado. Es decir, las familias tienen ante sí la enorme responsabilidad por el bienestar y la satisfacción de las necesidades vitales de sus miembros. De este modo, se amplía la vulnerabilidad de las personas que precisan cuidado y de las que prestan asistencia, las que hoy en día se ven directamente afectadas por la distribución desigual de los recursos según su origen familiar.

Se requiere entonces replantear la protección social para que, por una parte, responda de manera inmediata a las consecuencias de las transformaciones demográficas y, por otra, pueda anticipar respuestas ante las demandas de una población en constante cambio. Al respecto, es posible distinguir al menos tres principios para guiar las reformas dirigidas a incorporar los cuidados como un nuevo pilar de la protección social (véase esquema 1).

ESQUEMA 1
PRINCIPIOS PARA GUIAR LA INCORPORACIÓN DEL CUIDADO EN LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL



Fuente: Elaboración propia.

En primer lugar, es fundamental favorecer la igualdad entre los ciudadanos y ciudadanas que precisan cuidados, de modo que no sea solo y únicamente el origen familiar o social el que determine la posibilidad de contar con servicios de apoyo en momentos de dependencia. De la misma manera, con el fin de alcanzar la igualdad de oportunidades para las mujeres, las responsabilidades de asistencia deberían repartirse entre los miembros de la familias y habría que desarrollar, de manera enérgica, políticas y programas que contribuyan a fortalecer la igualdad de género en la división sexual de las labores de cuidados, involucrar tanto a los hombres como a las mujeres en las tareas de apoyo y permitir que cada uno concilie la vida familiar con la profesional (CEPAL, 2007a).

En segundo lugar, es necesario incorporar la universalidad como un principio básico de los servicios, las prestaciones y los beneficios dirigidos a las personas que precisan asistencia y a las que prestan cuidados. Tal como lo ha planteado la CEPAL (2000), la universalidad no exime de la necesidad de ejercer determinados grados de selectividad, y no puede extenderse hasta niveles de protección que no sean financiados. Esto significa que hay que ampliar progresivamente el horizonte de acción de los programas que se implementan, centrándose más que en la capacidad de pago, en las demandas de las personas que

requieren asistencia. En este sentido, es responsabilidad del Estado asegurar la calidad y accesibilidad de todos los ciudadanos y ciudadanas a los servicios existentes, y ejercer un rol activo en su prestación.

Por último, los cuidados son un ejercicio práctico de la solidaridad. Aunque en principio están destinados a las personas que los necesitan con urgencia en la vida cotidiana, de manera indirecta ofrecen seguridad a todos (Cotman, 2008). Las políticas y programas de cuidados deben prestar especial atención a todas las generaciones, a sus necesidades y expectativas, asegurándoles una plena implicación en la sociedad. Se requieren acciones integradas que involucren a todos los grupos etarios, toda vez que del éxito de los jóvenes dependerá la habilidad de la sociedad a la hora de apoyar a las personas que dependen de la ayuda de los demás. También hay que prestar atención a la generación intermedia, que se ocupa tanto de los grupos más jóvenes como de las personas mayores (Špidla, 2008). Para ello son necesarias políticas especiales, que ofrezcan a todos los miembros de la familia una mejor protección. Una de las tareas del Estado en este sentido es ayudar a las personas a elegir si desean cuidar a sus familiares dependientes (niños, personas de edad y con dependencia por razones de salud) y ofrecerles protección y apoyo.

Bibliografía

- Abramovich, Víctor (2004), “Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo de América Latina”, documento preparado para la reunión “Derechos y desarrollo en América Latina: una reunión de trabajo” (Santiago de Chile, 9 y 10 de diciembre de 2004).
- Abramovich, Víctor y Christian Curtis (2006), *El umbral de la ciudadanía: el significado de los derechos sociales en el Estado social constitucional*, Buenos Aires, Editores del Puerto.
- Aguirre, Rosario (2007), “Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas”, en Irma Arriagada (comp.), *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros*, Libros de la CEPAL N° 97 (LC/G.2345-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.97.
- Alderete, Ethel (1999), *The Health of the Indigenous People*, World Health Organization (WHO), WHO/SDE/HSD/99.1.
- Aréchaga, I. (2008), “Cómo afrontar el crecimiento de la población: el futuro demográfico en Europa”, *La Gaceta.es*, edición del 21 de diciembre, [en línea], <<http://prensa.palabramayores.net/?p=516>>.
- Arriagada, Irma (comp.) (2007), *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros*, Libros de la CEPAL, N° 96 (LC/G.2345-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.97.
- Balik, M. (1994), *Ethnobotany, drug development and biodiversity conservation: exploring the linkages, Ethnobotany and the Search for New Drugs*, Ciba Foundation Symposium, Estados Unidos.
- Barbosa, Aline R. y otros (2005), “Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from the SABE survey”, *Cadernos de Saúde Pública*, volumen 21, N° 14: 1177-1185.

- Bárcena, Alicia (2009), “Palabras de Alicia Bárcena, Secretaria Ejecutiva de la CEPAL, en la conmemoración del Día Internacional de la Mujer”, 10 de marzo de 2009, [en línea] <www.cepal.org/prensa/noticias/discursossecretaria/3/35433/palabrasdiamujer.pdf>
- Bazo, M. T. (2008), “España: envejecimiento poblacional, economía y bienestar”, [en línea], <http://prensa.palabrasmayores.net/?p=263>.
- Brena, Ingrid (2006), “El derecho a la salud en Latinoamérica”, documento presentado en el octavo congreso mundial de bioética, Beijing, 6 al 9 de agosto.
- Bryant, John y Audrey Sonerson (2006), “Los costos de la tercera edad”, *Finanzas & Desarrollo*, Volumen 43, Número 3, Revista Trimestal del Fondo Monetario Internacional, septiembre.
- Budlender, Debbie (2008), “The Statistical Evidence on Care and Non-Care Work across Six Countries”, Gender and Development Programme Paper Number 4, United Nations Research Institute for Social Development.
- Camargos, Mirela Castro Santos, Ignez Helena Oliva Perpétuo y Carla Jorge Machado (2005) “Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, volumen 17, N° 5/6:379–86.
- Carbonero Gamundí, María Antonia (2007), “Intersecciones de género, clase y poder: políticas y prácticas de cuidado en la Unión Europea”, en María Antonia Carbonero Gamundí y Silvia León (comps.), *Entre familia y trabajo. Relaciones, conflictos y políticas de género en Europa y América Latina*, Rosario (Argentina), Homo Sapiens.
- Cárdenas, Rosario (2008), “Las necesidades de salud y la política de población”, Estudio en homenaje a Marcia Muñoz de Alba Medrano, Protección de la persona y derechos fundamentales. David Cienfuegos y María Carmen Macías (coord.), Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Casado, David y Guillén López (2001), “Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro”, Colección Estudios Sociales N° 6, Barcelona, Fundación La Caixa.
- Castells, Manuel (1999), *La era de la información. Economía, sociedad y cultura. El poder de la identidad*, Volumen II, México, Siglo XXI.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2009), *Panorama Social de América Latina, 2009* (LC/G.2423-P/P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.09.II.G.135.
- _____ (2007a), Consenso de Quito, Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Quito, 6 al 9 de agosto.
- _____ (2007b), Declaración de Brasilia: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos, Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, Brasilia, 4 al 6 de diciembre.
- _____ (2007c), Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2006: una mirada a la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer en América Latina y el Caribe (LC/G.2352), Santiago de Chile.
- _____ (2006a), *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294 (SES.31/3)), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas.
- _____ (2006b), *Panorama social de América Latina, 2006* (LC/G.2326-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.133.
- _____ (2006c), *Migración internacional, derechos humanos y desarrollo en América Latina y el Caribe*, (LC/G 2303 (SES. 31/11)), Santiago de Chile.
- _____ (2000), *Panorama social de América Latina, 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18.
- CEPAL/CELADE/UNFPA (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL/Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2009), “Grado de avance de las metas de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo relacionadas a la salud en América Latina y el Caribe”, Santiago de Chile, inédito.
- CEPAL/CELADE (2008), *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe*, (LC/G.2378(SES.32/14)), Santiago de Chile.
- _____ (2006a), “Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez”, serie *Documentos de proyectos*, N° 113 (LC/W.113), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- _____ (2006b), “Población económicamente activa”, *Observatorio Demográfico N° 2* (LC/G.2337-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta E/S.07.II.G.28.

- _____ (2003), “La situación de las personas mayores”, documento presentado en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre.
- Chesnais, Jean Claude (1990), “El proceso de envejecimiento de la población”, *serie E*, N° 35 (LC/DEM/G.87), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000), *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, Observación General N° 14* (E/C.12/2000/4), Nueva York, Consejo Económico y Social.
- _____ (1995), *Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores, Observación General N° 6* (E/1996/22), Nueva York, Consejo Económico y Social.
- _____ (1994), *Las personas con discapacidad, Observación General N° 5* (E/1995/22), Nueva York, Consejo Económico y Social.
- Comité de los Derechos del Niños (2003), La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño: 21/07/2003, CRC, GC/2003/4, General Comments.
- Comité de Derechos Humanos (1989), *No discriminación, Observación General N° 18* (HRI/GEN/1/Rev.7).
- CE (Comisión Europea) (2009), *International Perspectives on Positive Action Measures: A Comparative Analysis in the European Union, Canada, the United States and South Africa*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Bruselas.
- Cortés Castellanos, Patricia (2005), “Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe: derechos humanos, mitos y duras realidades”, *serie Población y Desarrollo*, N° 61 (LC/L.2426-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.173.
- Cotman, Marjeta (2008), “Message from Marjeta Cotman, Minister of Labour, Family and Social Affairs, Slovenia”, Conference Intergenerational Solidarity for Cohesive and Sustainable Societies, Brdo, Slovenia, 27-29 April.
- De la Torre, Rosa María (2006), “El derecho a la salud”, Estudios en homenaje a Marcia Muñoz de Alba Medrano. Protección de la persona y derechos fundamentales, *Serie Doctrina Jurídica*, N° 324, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Donoso, Enrique (2004), “Desigualdad en mortalidad infantil entre las comunas de la provincia de Santiago”, *Revista Médica de Chile*, 132: 461-466.
- Drake, Michael (1994), *Time, family and community. Perspectives on Family and Community History*, Oxford, Blackwell Publishers.
- Espín, Ana Margarita (2009), “Familia y vejez”, *Infomed*, N° 422, [en línea], <<http://www.mujeres.cubaweb.cu/articulo.asp?a=2009&num=422&art=24>>.
- Esplen, Emily (2009), *Gender and Care. Overview Report*, Institute of Development Studies, University of Sussex, Brighton, Bridge Publications.
- FONADIS/INE (Fondo Nacional de la Discapacidad/ e Instituto Nacional de Estadísticas) (2004), *Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile*, Santiago de Chile.
- Frenk, J. y otros (1991), “La transición epidemiológica en América Latina”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 111, N° 6, Washington, D.C.
- Galyin, D. S. y J. Kates (1997), “Refocusing the lens: epidemiological transition theory, mortality differentials, and the AIDS pandemic”, *Social Science and Medicine*, vol. 44, N° 5, Amsterdam, Elsevier.
- Guendel, Ludwig (2000), *La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los derechos humanos: la búsqueda de una nueva utopía*, San José, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)/Universidad de Costa Rica.
- Guerra, Carlyle (2001), “La extensión de la protección social en salud en el nuevo Estado latinoamericano”, *Reforma y Democracia*, N° 19, Caracas, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD).
- Harwood, Rowan H., Avan Aihie Sayer y Miriam Hirschfeld (2004), “Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios”, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 82, N° 4, Geneva.
- Himes, Christine (2000), “Obesity, Disease and functional limitation in later life”, *Demography*, vol. 37, N° 1, February.
- Huenchuan, Sandra (ed.) (2009), “Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas”, *Libros de la CEPAL*, N° 100 (LC/G.2389-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.08.II.G.94.

- _____ (2002), “Saberes con rostro de mujer. Mujeres indígenas, conocimientos y derechos”, *Revista La Ventana*, N° 15, Centro de Estudios de Género, Universidad de Guadalajara, México.
- Huenchuan, Sandra y Alejandro Morlachetti (2007), “Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina”, *Revista Notas de Población*, N° 85, (LC/G.2346-P) Santiago de Chile, diciembre. Publicación del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL.
- Huenchuan, Sandra y José Miguel Guzmán (2007), “Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de política”, *revista Notas de Población*, N° 83 (LC/G.2340-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.82.
- Hunt, Paul (2006), “Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt” (A/HRC/7/11), Consejo de Derechos Humanos.
- _____ (2005), “Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt”, Consejo de Derechos Humanos.
- _____ (2004), “Los derechos económicos, sociales y culturales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt” (E/CN.4/2006/48), Comisión de Derechos Humanos, Nueva York.
- _____ (2003a), “Los derechos económicos, sociales y culturales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt, presentado de conformidad con la resolución 3003/31” (E/CN.4/2003/58), Comisión de Derechos Humanos, Nueva York.
- _____ (2003b), “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt”, Quincuagésimo octavo período de sesiones, Tema 11 c) del programa Cuestiones relativas a los derechos humanos: situaciones relativas a los derechos humanos e informes de relatores y representantes especiales, Asamblea General de las Naciones Unidas, Nueva York.
- IBGE (Instituto Brasileño de Geografía y Estadística) (2000), “Censo Demográfico 2000”, citado en A. Bercovich, “Armonización de Estadísticas de Discapacidad”, presentación realizada en la Tercera Reunión sobre Estadísticas de Discapacidad en el Cono Sur, Buenos Aires, 10 y 11 de mayo de 2005.
- INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos de la Argentina) (2003), “Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003. Complementaria Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001”, [en línea] <www.indec.gov.ar>
- INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú) (2006), Demanda de atención en servicios de salud [en línea] <http://www1.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0033/PRESEN.htm>
- Koffman, E. y P. Raghuram (2009), “The Implications of Migration for Gender and Care Regimes in the South”, *Social Policy and Development Programme*, Paper 41, Geneva, United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD).
- López Ramírez, A. (2008), “Migración, remesas y arreglos residenciales de los adultos mayores en México”, *revista Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 23, N° 3 (69), México, D.F., El Colegio de México, pp. 513-541.
- Maddaleno, Matilde, Paola Morillo y Francisca Infante-Espínola (2003), “Salud y desarrollo de los adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década”, *Salud Pública de México*, Vol. 45, Suplemento 1.
- Martínez Franzoni, Juliana y Rosalía Camacho (2007), “Equilibristas o malabaristas..., pero ¿con red? La actual infraestructura de cuidados en América Latina”, en María Antonia Carbonero Gamundí y Silvia León (comps.), *Entre familia y trabajo. Relaciones, conflictos y políticas de género en Europa y América Latina*, Rosario, Homo Sapiens.
- Maydana Edgar, Gemma Serral y Carme Borrell (2009), “Desigualdades socioeconómicas y mortalidad infantil en Bolivia”, *Revista Panamericana Salud Pública*, vol. 25, N° 5.
- Menéndez y otros (2005), “Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 17 (5/6): 353-61.
- MIDES (Ministerio de Desarrollo Social de Panamá) (2004), “Diagnóstico nacional de la situación de las personas mayores en Panamá: edificar una sociedad para todos las edades” [en línea] <http://www.portaldoenvelhecimento.net/download/panama.pdf>.

- Ministerio de Salud de Argentina (2008), Análisis de la situación en salud del Noreste Argentino (NOA) [en línea] http://www.msal.gov.ar/htm/Site/sala_situacion/pdf/nea/portada.pdf.
- Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania (2009), “Salud y derechos humanos”, Especial 164, Bonn.
- Naciones Unidas (2007a), “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad” (A/RES/61/106), Nueva York, enero.
- _____ (2007b), *Estudio económico y social mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece* (ST/ESA/314), Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- _____ (2007c), “Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas”, Resolución aprobada por la Asamblea General, 13 de septiembre de 2007.
- _____ (2005a), *World Youth Report 2005. Young people today, and in 2015* (ST/ESA/301), Department of Economic and Social Affairs of the United Nations. United Nations publication, Sales N° E.05IV.6.
- _____ (2005b), *Desarrollo social, incluidas cuestiones relativas a la situación social en el mundo y a los jóvenes, el envejecimiento, las personas con discapacidad y la familia* (A/60/501), Nueva York, Asamblea General.
- _____ (2005c), *Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe*, (LC/G.2331), J. L. Machinea, A. Bárcena y A. León (coords.), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.107.
- _____ (2004), Informe del Tercer Período de sesiones del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, (E/2004/43-E/C.19/2004/23).
- _____ (2000), Declaración del Milenio (A/RES/55/2), Nueva York.
- _____ (1981), Programa de Acción para los Jóvenes (A/RES/50/81).
- _____ (1966), Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado por la resolución 2200A (XXI) de la Asamblea General el 16 de diciembre, entrado en vigor el 23 de marzo de 1976.
- Nicaragua, Ministerio de Salud (2004), *La discapacidad en Nicaragua: situación actual y perspectivas*, Managua.
- OACDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2004), *Los derechos humanos y la reducción de la pobreza. Un marco conceptual* (HR/PUB/04/1), Nueva York, Naciones Unidas.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2009), *Health at a Glance 2009. OECD Indicators*, París.
- _____ (2005), *Health at a Glance 2005. OECD Indicators*, París.
- _____ (2000), *Reforms for an ageing society*, París.
- _____ (1973), *Liste des préoccupations sociales communes à la plupart des pays de l'OCDE*, París.
- OEA (Organización de Estados Americanos) (1988), Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, San Salvador, El Salvador, adoptado por la Asamblea General en su vigésimo octavo período ordinario de sesiones el 17 de noviembre, entrada en vigor el 16 de noviembre de 1999.
- OIT/OPS (Organización Internacional del Trabajo/Organización Panamericana de la Salud) (1999), “El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud”, documento presentado en la Reunión regional tripartita Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe, México, D.F., 29 de noviembre a 1 de diciembre.
- OMPI (2001), *Conocimientos tradicionales: necesidades y expectativas en materia de propiedad intelectual*, Ginebra.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2009), *Estadísticas sanitarias mundiales 2009*, Ginebra.
- _____ (2005), *La mujer, el envejecimiento y la salud*, División de Noticias y Medios de Información del Departamento de Información Pública, Naciones Unidas.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2009a), *Plan de acción sobre la Salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable* (CE144/9), 144.a sesión del Comité Ejecutivo de la OPS.
- _____ (2009b), *Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2009*, Washington, D.C.
- _____ (2008a), *Personas con discapacidad, derechos humanos y salud*, Washington, D.C.
- _____ (2008 b), *Pueblos Indígenas, derechos humanos y salud*, Washington, D.C.
- _____ (2008c), Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes 2008-2018 (CD48/8), 48 Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud.

- _____ (2007), *Salud en las Américas*, Washington, D.C.
- Pacífico, Paola y Edith Alejandra Pantelides, (2001), “Estado socio-funcional de los adultos mayores del Área Metropolitana de Buenos Aires”, documento presentado en las IV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Palloni, Alberto, Susan De Vos y Martha Peláez (2002), “Aging in Latin America and the Caribbean”, *Working Paper*, N° 99-02, Madison, Wisconsin, Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin.
- Parahyba, Maria I., Renato Veras y David Melzer (2005), “Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil”, *Revista de Saúde Pública*, volumen 39, N° 3: 383-391.
- Pérez Menayo, Vicente (2004), “Políticas públicas en material de dependencia: situación comparada en la Unión Europea”, *Relaciones laborales: Revista crítica de teoría y práctica*, N° 2, Madrid, La Ley-Actualidad.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2007), *Informe sobre desarrollo humano 2006. Más allá de la escasez: Poder, pobreza y crisis mundial del agua*, Nueva York.
- Puga, María Dolores (2002), *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España: una previsión a 2010*, Madrid, Fundación Pfizer.
- Rico, M. N. (2006), “Las mujeres latinoamericanas en la migración internacional”, ponencia presentada en el seminario internacional “Las mujeres trabajadoras inmigrantes y sus aportes al desarrollo del país de acogida y de origen”, II Foro Social Mundial de las Migraciones, Madrid, 22 al 24 de junio.
- Robles, Leticia (2003), “Una vida cuidando a los demás. Una carrera de vida en ancianas cuidadoras”, ponencia presentada el 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile, 14 al 18 de julio.
- Rodríguez-Piñero Luis (2010), *Los desafíos de la protección internacional de los derechos de las personas de edad*, en prensa.
- Romero, Dalia, Iúri da Costa Leite y Célia Landmann Szwarcwald (2005), “Expectativa de vida saludable no Brasil: uma aplicação do método de Sullivan”, *Cadernos de saúde pública*, vol. 21, N° 1, Río de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.
- Rose, Angela M. C., Anselm J. Hennis e Ian R. Hambleton (2008), “Sex and the city: Differences in disease - and disability- free life years, and active community participation of elderly men and women in 7 cities in Latin America and the Caribbean”, *BMC Public Health*, número 8: 127.
- Roqué, Mónica (2009), “Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios”, presentación realizada en el lanzamiento del estudio “Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?”, Buenos Aires, 15 de septiembre.
- Salazar, Xirinachs y otros (2006), “Determinantes del gasto privado en salud en Costa Rica 2006”, mimeo.
- Sempere, Antonio y Faustino Cavas (2007), *Ley de dependencia. Estudio de la Ley 39/2006, sobre promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Pamplona, Editorial Aranzadi.
- Špidla, Vladimir (2008), “Message from Vladimir Špidla, EU Commissioner for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities”, Conference Intergenerational Solidarity for Cohesive and Sustainable Societies, Brdo, Slovenia, 27-29 April.
- Sunkel, Guillermo (2006), “El papel de la familia en la protección social en América Latina”, *serie Políticas sociales*, N° 120 (LC/L.2530-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.57.
- Vásquez, Javier (2004), “Discriminación y violencia en la vejez: mecanismos legales e instrumentos internacionales para la protección de los derechos en la edad avanzada”, documento preparado para la Reunión de Expertos sobre Envejecimiento - II Foro Centroamericano y del Caribe sobre Políticas para Adultos Mayores, San Salvador, 10 al 12 de noviembre.
- WHO (World Health Organization) (2007), “Everybody’s business: strengthening health systems to improve outcomes”, [on line] http://who.int/healthsystems/strategy/everybody_business.pdf.
- _____ (2003), Traditional medicine, Resolution of the World Health Assembly, Fifty-Sixth World Health Assembly, WHO 56.31, 28 May 2003.
- _____ (2002a), *Current and future long-term care needs* (WHO/NMH/CCL/02.2), Geneva.
- _____ (2002b), *WHO traditional medicine strategy 2002-2005*, World Health Organization, Geneva.
- _____ (2001), *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: a Worldwide Review*, World Health Organization, Geneva.



NACIONES UNIDAS

Serie

CEPAL

población y desarrollo

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

100. La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos, Sandra Huenchuan, (LC/L.3308-P), N° de venta: S.11.II.G.27 (US\$ 10.00), 2011.
99. Familia y nupcialidad en los censos latinoamericanos recientes: una realidad que desborda los datos, Magda Ruiz Salguero y Jorge Rodríguez Vignoli, (LC/L.3293-P), N° de venta: S.11.II.G.15 (US\$ 10.00), 2011.
98. Viejos y nuevos asuntos en las estimaciones de la migración internacional en América Latina y el Caribe, Laura Calvelo, (LC/L.3290-P), N° de venta: S.11.II.G.12 (US\$ 10.00), 2011.
97. Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva, Maren Andrea Jiménez y Jorge Rodríguez Vignoli, (LC/L.3276-P), N° de venta: S.11.II.G.9 (US\$ 10.00), 2011.
96. Inserción laboral y acceso a mecanismos de seguridad social de los migrantes en Iberoamérica, Alicia Maguid y Viviana Salinas Ulloa, (LC/L.3265-P), N° de venta: S.10.II.G.70 (US\$ 10.00), 2010.
95. Migración y salud en zonas fronterizas: informe comparativo sobre cinco fronteras seleccionadas, Alejandro I. Canales, Jorge Martínez Pizarro, Leandro Reboiras Finardi y Felipe Rivera Polo, (LC/L.3250-P), N° de venta: S.10.II.G.55 (US\$ 10.00), 2010.
94. Migración y salud en zonas fronterizas: Nicaragua y Costa Rica, Abelardo Morales, Guillermo Acuña y Karina Li Wing-Ching (LC/L.3249-P), N° de venta: S.10.II.G.54 (US\$ 10.00), 2010.
93. Migración y salud en zonas fronterizas: el Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina, Corina Courtis, Gabriela Liguori y Marcela Cerrutti (LC/L.3248-P), N° de venta: S.10.II.G.53 (US\$ 10.00), 2010.
92. Migración y salud en zonas fronterizas: Colombia y el Ecuador, Abelardo Morales, Guillermo Acuña y Karina Li Wing-Ching (LC/L.3247-P), N° de venta: S.10.II.G.52 (US\$ 10.00), 2010.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@cepal.org.

Nombre:

Actividad:

Dirección:

Código postal, ciudad, país:

Tel.: Fax: E.mail: