

Departamento de Asuntos Económicos y Sociales

Estudio Económico y Social Mundial, 2007

El desarrollo en un mundo que envejece



Naciones Unidas
Nueva York, 2008

Departamento de Asuntos Económicos y Sociales

El Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas es un punto de contacto fundamental entre las políticas mundiales en las esferas económica, social y ambiental y la acción nacional. El Departamento trabaja en tres esferas relacionadas entre sí: i) compila, produce y analiza una amplia gama de datos e información de tipo económico, social y ambiental que aprovechan los Estados Miembros de las Naciones Unidas para examinar problemas comunes y hacer un balance de las opciones en materia de políticas; ii) facilita las negociaciones de los Estados Miembros en muchos órganos intergubernamentales sobre el curso a seguir en forma conjunta para abordar los desafíos mundiales actuales o en ciernes, y iii) asesora a los gobiernos interesados sobre las formas y los medios de traducir los marcos normativos desarrollados en las conferencias y cumbres de las Naciones Unidas en programas a nivel de países y, mediante la asistencia técnica, ayuda a aumentar la capacidad nacional.

Nota

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen publicados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de las Naciones Unidas, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados, ni de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites.

En la presente publicación, la palabra “país” también se emplea, cuando corresponde, con respecto a territorios o zonas.

Se recurre a los calificativos de países, territorios o regiones “más desarrollados”, “menos desarrollados” y “menos adelantados” únicamente para facilitar la presentación estadística, pero esta denominación no entraña necesariamente un juicio sobre la fase del proceso de desarrollo a que puede haber llegado un país o territorio dado.

Las firmas de los documentos de las Naciones Unidas se componen de letras mayúsculas y cifras.

E/2007/50/Rev.1

ST/ESA/314

ISBN 978-92-1-309067-1

Publicación de las Naciones Unidas

Número de venta: S.07.II.C.1

Copyright © Naciones Unidas, 2007

Reservados todos los derechos

Prefacio

El envejecimiento de la población mundial es uno de los principales éxitos de la sociedad moderna. En la actualidad, la esperanza de vida es muy superior a lo que era hace un siglo, reflejando los avances de la medicina, la nutrición y la tecnología. Sin embargo, el envejecimiento plantea también importantes retos, y constituirá un tema primordial para el desarrollo durante el siglo XXI. En 2050, la población de 60 y más años será de casi 2.000 millones de personas; un 80% de ellas vivirá en los países en desarrollo.

Con motivo de la publicación de su sexagésima edición, el *Estudio Económico y Social Mundial, 2007* analiza las implicancias del envejecimiento para el desarrollo económico y social en todo el mundo. Una vida más larga y saludable ofrece un tremendo potencial para el desarrollo económico y social, así como para la realización personal. Pero, para hacer realidad este potencial, las sociedades deben garantizar que las personas de todas las edades dispongan de los medios y el apoyo necesarios para disfrutar de un nivel de vida decente.

La perspectiva de que una población trabajadora reducida tendrá que sostener a una población de personas de edad cada vez más numerosa plantea un reto crucial. El menor tamaño de las familias y la pobreza persistente afectan a la provisión de servicios de atención y a la seguridad de obtener ingresos por parte de las personas mayores, especialmente en los países en desarrollo, donde la familia es el núcleo que asume en mayor medida el cuidado de estas personas. Debemos, al mismo tiempo, aprender a utilizar mejor las contribuciones económicas, sociales y políticas que las personas de edad avanzada pueden aportar a las sociedades.

Durante la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en 2002, los gobiernos, conscientes de los complejos retos que plantea el envejecimiento de la población, aprobaron el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Es imprescindible, por supuesto, cumplir los compromisos adquiridos para construir una sociedad para todas las edades. Con la presente publicación, las Naciones Unidas celebran esta visión.



Ban Ki-Moon
Secretario General

Sinopsis

El envejecimiento tendrá un efecto profundo en la sociedad y atraerá cada vez más la atención de los encargados de la formulación de políticas en el siglo XXI. En el mundo desarrollado, y también en muchas partes del mundo en desarrollo, la proporción de personas mayores en la población aumenta rápidamente. El envejecimiento no es sino un reflejo del éxito del proceso de desarrollo humano, puesto que es el resultado de una menor mortalidad (combinada con una reducción de la fecundidad) y una mayor longevidad. El envejecimiento ofrece nuevas oportunidades asociadas con la participación activa de las generaciones mayores en la economía y en la sociedad en general. A los países que todavía cuentan con una población de jóvenes creciente —principalmente en el mundo en desarrollo—, se les presenta una oportunidad para el desarrollo económico. El envejecimiento de la población también plantea retos importantes, especialmente en relación con la viabilidad financiera de los sistemas de pensiones, el costo de los sistemas de atención de la salud y la plena integración de las personas mayores como participantes activos en el desarrollo de la sociedad.

En el *Estudio Económico y Social Mundial, 2007* se analizan los retos y las oportunidades asociados con el envejecimiento de las poblaciones y se procura facilitar los debates en el marco del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado por consenso en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento el 12 de abril de 2002 en Madrid. El Plan de Madrid proporciona el marco necesario para incorporar la discusión sobre el envejecimiento de la población al debate internacional en materia de desarrollo y para la aplicación de políticas nacionales que respondan al reto de construir sociedades para todas las edades. Asimismo, el Plan da prioridad a: conseguir que el envejecimiento forme parte integrante del programa internacional de desarrollo, promover la salud y el bienestar para la vejez y velar por un entorno propicio y de apoyo para las personas de edad.

Una población mundial que envejece

La distribución por edades de la población mundial está pasando por una profunda transformación. A medida que la mortalidad y la fecundidad han ido descendiendo, la distribución por edades se ha ido modificando gradualmente en favor de las más avanzadas. Todas las regiones del mundo están experimentando ese cambio.

El aumento de la esperanza de vida y la reducción de la fecundidad son los factores clave que impulsan la “transición demográfica”. A nivel mundial, la esperanza de vida pasó de 47 años en 1950-1955 a 65 años en 2000-2005, y está previsto que llegue a los 75 años en 2045-2050. En el período comprendido entre 1950-1955 y 2000-2005, la fecundidad total se redujo de 5,0 a 2,6 hijos por mujer, y está previsto que continúe descendiendo hasta llegar a 2,0 hijos por mujer en 2045-2050. En varias partes del mundo —no sólo en los países desarrollados, sino también en muchos países en desarrollo—, la cifra de la fecundidad a lo largo de la vida no llega a los 2 hijos por mujer y, por tanto, está por debajo del nivel necesario para la sustitución de la población a largo plazo.

La transición demográfica tiene tres etapas. En la primera, la distribución por edades se rejuvenece a medida que se incrementa la proporción de niños como consecuencia del aumento de la supervivencia en los primeros años. En la segunda, que es resultado de las reducciones de la fecundidad, la proporción de niños empieza a disminuir en tanto que aumenta la de adultos en edad laboral. En la tercera, a la que normalmente se llega después de un largo período de descenso de la fecundidad y la mortalidad, tanto la proporción de niños como la de adultos en edad de trabajar disminuyen, y sólo aumenta la de personas de edad.

El engrosamiento en la zona de la población en edad de trabajar durante la segunda etapa de la transición es temporal (normalmente dura unos 50 años). Incluso así, ese período es lo suficientemente largo como para tener repercusiones importantes en los países afectados. En teoría, esa “prima demográfica” ofrece una oportunidad para conseguir un desarrollo económico acelerado. No obstante, el aprovechamiento de sus posibles ventajas depende de la capacidad para generar empleo productivo y oportunidades de inversión y, en última instancia, de la existencia de condiciones políticas y sociales que puedan ofrecer un clima propicio para el desarrollo y el crecimiento sostenibles.

Durante la tercera etapa, el rápido envejecimiento de la población puede plantear problemas específicos para las políticas públicas, puesto que se necesitan ajustes importantes en diversos sectores para hacer frente a la reducción de la fuerza de trabajo y el aumento de la demanda en las esferas de la atención de la salud y el apoyo a las personas de edad.

Aceleración del envejecimiento de la población en los países en desarrollo

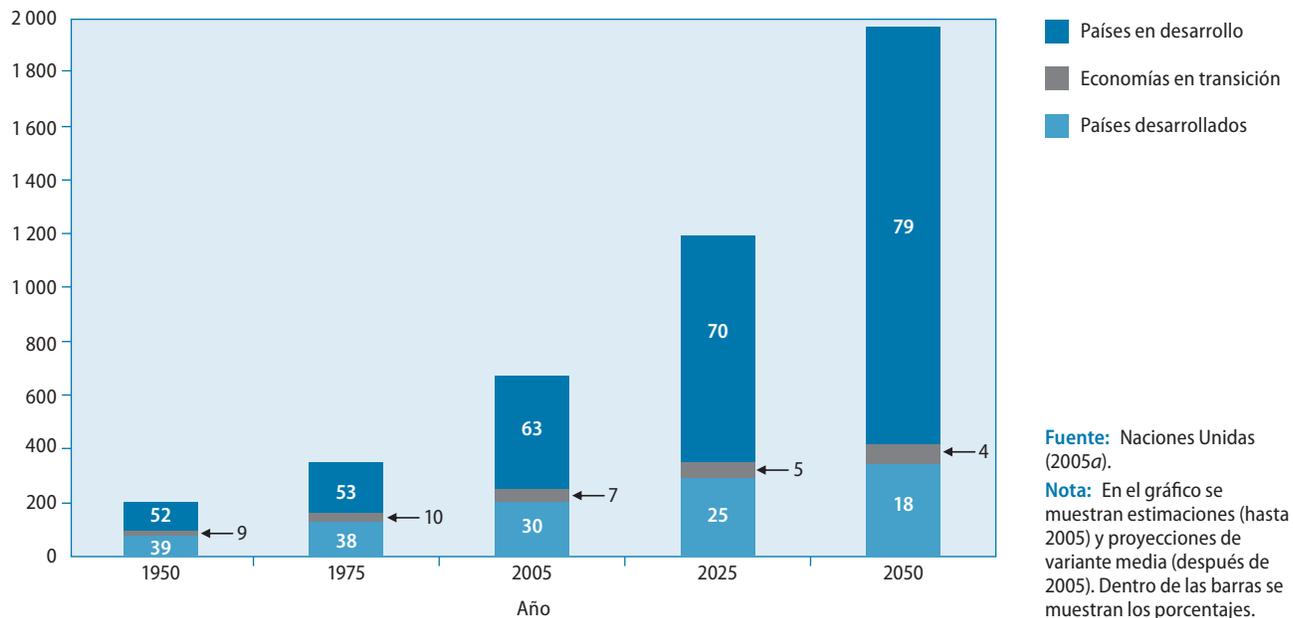
Las economías desarrolladas han llegado, en general, a la tercera etapa de la transición demográfica y sus estructuras por edades se encuentran considerablemente más envejecidas que las de los países en desarrollo. En los países con economías en transición, la estructura por edades es generalmente más joven que la de los países desarrollados, pero significativamente más envejecida que la de los países en desarrollo.

La mayor parte de los países en desarrollo se encuentra en la segunda etapa de la transición demográfica. Con todo, la mayoría de las personas de edad del mundo viven en los países en desarrollo y, para 2050, el 79% de la población mayor de 60 años, cerca de 1.600 millones de personas, vivirá en esos países (gráfico 1). Además, los países que han experimentado una reducción de la fecundidad bastante rápida, especialmente en Asia oriental y el Pacífico y en América Latina y el Caribe, experimentarán un proceso de envejecimiento de la población más rápido que el que experimentaron en el pasado los que hoy son países desarrollados. Por el contrario, la mayoría de los países africanos no ha entrado en la segunda etapa de la transición demográfica sino recientemente, y se prevé que la población de la región se mantendrá relativamente joven hasta bien entrado el siglo XXI.

Diferencias de género en edades avanzadas

Como las mujeres viven normalmente más que los hombres, su número entre las personas de edad es significativamente mayor. En consecuencia, la proporción de mujeres en la población tiende a incrementarse sustancialmente a medida que aumenta la edad. En 2005, para el mundo en conjunto, las mujeres mayores de 65 años superaban a los hombres de esa edad en una proporción de casi 4 a 3, proporción que llega a ser de casi 2 a 1 entre los mayores de 80 años. Sin embargo, debido en parte a una prevista reducción de la ventaja de las mujeres en los países

Gráfico 1
Tamaño y distribución de la población mundial mayor de 60 años, por grupos de países, 1950, 1975, 2005, 2025 y 2050 (millones)



desarrollados, se cree que en esos países la diferencia entre el número de hombres y mujeres de edad avanzada se reducirá en cierta medida para 2050. Por el contrario, el desequilibrio entre el número de hombres y mujeres de edad seguirá aumentando en los países en desarrollo debido a que las diferencias en la esperanza de vida de ambos sexos siguen aumentando.

Aumento de las relaciones de dependencia

Una consecuencia del envejecimiento en la mayoría de las sociedades es que se reduce el número de personas que trabajan y generan ingresos en comparación con el de las que no trabajan y dependen de los ingresos generados por otros. Mediante la relación de dependencia se compara el tamaño de un grupo de población que se considera económicamente dependiente (normalmente los niños menores de 15 años y los mayores de 65) con otro grupo que se considera económicamente activo. Debido a la limitación de los datos, las relaciones de dependencia normalmente se calculan únicamente sobre la base de rangos de edad.

Entre 1975 y 2005, la relación de dependencia total del conjunto del mundo se redujo de 74 a 55 personas dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar debido a una mayor reducción en la dependencia de los niños. Está previsto que la tendencia descendente concluya en el próximo decenio y posteriormente se invierta. Se piensa que la relación de dependencia total será de 53 en 2025 y para 2050 llegará a 57 dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar como consecuencia del aumento de la relación de dependencia en las edades más avanzadas.

Se estima que en los países desarrollados la relación de dependencia total alcanzó un mínimo histórico en 2005, y se prevé que esos países en conjunto experimentarán un incremento constante de la relación de dependencia total debido a un aumento continuo de la relación de dependencia de las personas mayores (véase el gráfico 2a). Las tendencias en la

relación de dependencia en los países con economías en transición son similares a las de los países desarrollados.

Para los países en desarrollo, tanto la experiencia histórica como las perspectivas de futuro son bastante diferentes. Entre 1950 y 1975 su relación de dependencia total era mucho mayor que la de los otros dos grupos de países, debido principalmente a un nivel muy alto de dependencia de los niños (gráfico 2*b*). Desde aproximadamente 1975, sin embargo, las relaciones de dependencia total y de los niños han venido descendiendo en esos países, y está previsto que la dependencia total siga descendiendo hasta 2025; a partir de entonces comenzará a aumentar como consecuencia del rápido aumento que se espera de la dependencia de las personas de edad.

El envejecimiento de la población es inevitable

Se prevé que a lo largo de los próximos decenios se producirá un cierto grado de envejecimiento de la población en todas las regiones del mundo. Es poco probable que las intervenciones políticas tendentes a aumentar el número de hijos en los países de baja fecundidad puedan alterar sustancialmente esa previsión, incluso si demostrasen ser efectivas. Asimismo, aunque un fuerte aumento de la migración internacional podría alterar las tendencias de la población en edad de trabajar en los países industrializados, no hay ningún escenario viable de futuros niveles de migración internacional que pueda tener más que un efecto moderado en el grado de envejecimiento de la población previsto en esos países.

Como los cambios que se avecinan en la estructura por edades de la población se conocen bien, se puede en buena medida actuar con anticipación. Idealmente, deberían adoptarse respuestas de política con antelación para facilitar la adaptación a esos cambios demográficos a largo plazo. Aunque el envejecimiento de la población sea inevitable, sus consecuencias dependerán de las medidas que se adopten para hacer frente a todos los retos que plantea.

No obstante, es probable que resulte problemático conseguir que el creciente número de personas mayores cuenten con un apoyo adecuado durante su vejez, tengan acceso a un empleo digno si necesitan, o desean, seguir siendo económicamente activas y gocen de un nivel apropiado de atención de la salud. A menos que pueda acelerarse el crecimiento económico de una forma sostenida, el envejecimiento impondrá mayores cargas a la población en edad de trabajar (en forma de más impuestos y otras contribuciones) para que pueda mantenerse una transferencia estable de recursos hacia los grupos de edades más avanzadas.

El envejecimiento y la modificación del entorno vital

El entorno social en el que la gente envejece cambia con rapidez. El tamaño de las familias se reduce, el papel de la familia ampliada se desvanece y las percepciones con respecto al apoyo intergeneracional y la atención de las personas mayores cambian rápidamente.

Estilos de vida en evolución

En todo el mundo, una de cada siete personas mayores —90 millones en total— vive sola y esa relación ha aumentado en la mayoría de los países durante el último decenio. Aunque el promedio del ritmo de cambio es bastante modesto, es probable que esa tendencia continúe y tenga importantes repercusiones sociales, especialmente para las mujeres de edad, que tienen más probabilidades de vivir solas (gráfico 3). La vida en soledad, que puede suponer un aumento del aislamiento, hace que sea más difícil organizar la atención por parte de los

Gráfico 2a
Relaciones de dependencia de niños y personas mayores, 1950-2050, países desarrollados

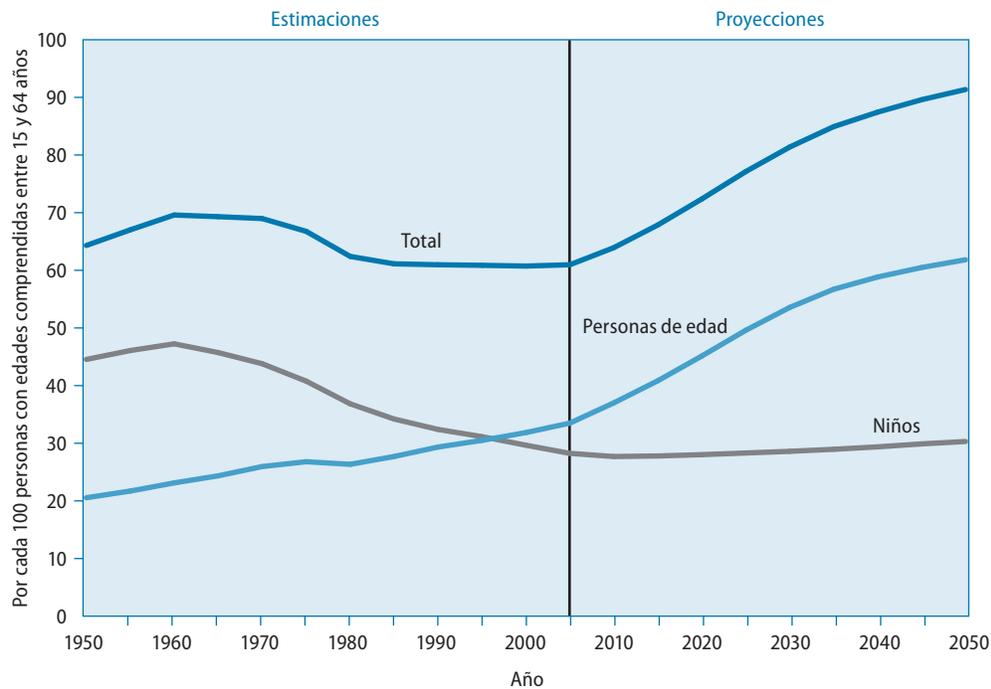
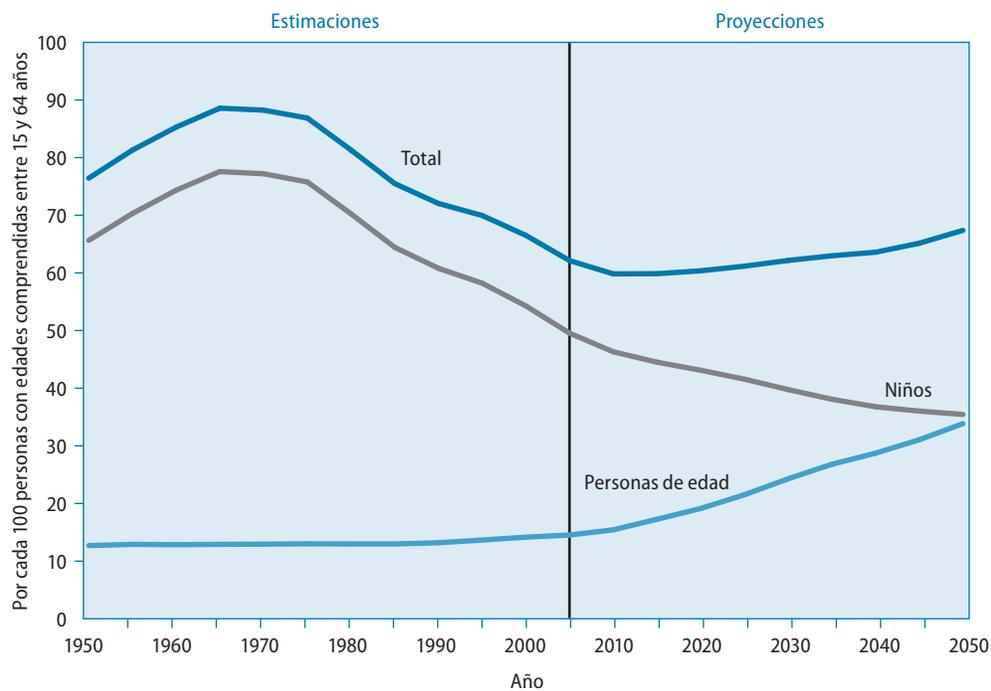


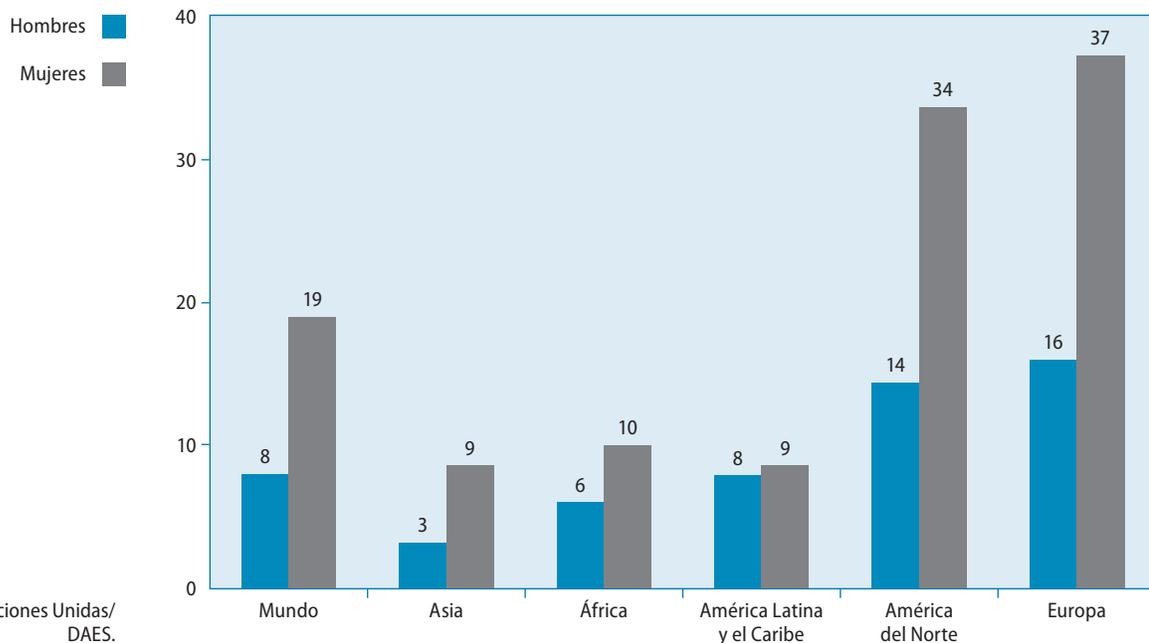
Gráfico 2b
Relaciones de dependencia de niños y personas mayores, 1950-2050, países en desarrollo



Fuente: Naciones Unidas/DAES.

Nota: Las relaciones de dependencia de niños y personas mayores se refieren a las poblaciones de menores de 14 años y mayores de 65 años, respectivamente, en relación con la población en edad de trabajar, entre 15 y 64 años. La relación de dependencia total es la suma de las dos.

Gráfico 3
Proporción de personas mayores de 60 años que viven solas, por región y sexo, 2005 (porcentajes)



Fuente: Naciones Unidas/DAES.

miembros de la familia; también aumenta la necesidad de contar con servicios de apoyo adicionales para que las personas mayores puedan seguir en su casa. Los países en desarrollo pueden encontrar dificultades para prestar esos servicios.

En los países en desarrollo, la gran mayoría de las personas de edad vive con sus hijos adultos. Eso es así para cerca de tres cuartas partes de las personas mayores de 60 años que viven en Asia y África y para dos tercios de las que viven en América Latina. La proporción de personas mayores que viven solas es todavía relativamente baja, menos del 10%, pero está aumentando en la mayor parte de los países en desarrollo (aunque no en todos).

Las consecuencias que esos cambios en la composición de la familia y en la forma de vivir tienen en relación con el apoyo y la atención a las personas mayores dependen del contexto. En los países donde los mayores tienen un acceso limitado a los mecanismos oficiales de protección social, habrán de depender de la familia y de la comunidad local. No obstante, esos mecanismos de protección no oficiales se han visto sometidos recientemente a grandes tensiones, no sólo debido a factores como las tendencias demográficas que se han expuesto y la creciente participación de la mujer en la vida laboral, sino por la modificación de las percepciones acerca del cuidado de los padres y de las personas mayores en general.

Los cambios en la forma de vivir de las personas mayores tienen importantes repercusiones para las políticas de los países desarrollados y en desarrollo. Los países desarrollados tienen que ampliar la prestación de cuidados oficiales a largo plazo para las personas mayores, incluida la vida en centros especializados, y organizar servicios alternativos para que las personas mayores puedan envejecer en su hogar si así lo desean (véase también más adelante). Los países en desarrollo se enfrentan a problemas aun mayores, puesto que todavía tienen que proporcionar infraestructuras básicas (abastecimiento de agua, saneamiento, etc.) y prestar

servicios sociales a las personas de edad, además de proporcionar mayores cuidados a largo plazo de forma oficial y desarrollar nuevas formas de atención no oficial.

Participación y empoderamiento de las personas mayores

A medida que aumenta la proporción de personas mayores en la población total, crece su potencial para influir en la sociedad. El empoderamiento y la participación política de las personas de edad varían en gran medida en los diferentes países: hay algunos en los que las personas de edad tienen un mayor peso social y político, asociado principalmente con la importante concentración de recursos económicos y una tradición de participación política; en muchos otros países, sin embargo, las personas mayores no están organizados y experimentan una gran dificultad para exponer sus preocupaciones e incorporarlas en el debate público y el programa político.

Las organizaciones no gubernamentales de ámbito nacional e internacional han venido promoviendo activamente la organización de las personas mayores como mecanismo para influir en el diseño y la aplicación de las políticas que las afectan. Como la alfabetización y la formación continua, incluida la información acerca de los derechos humanos, constituyen elementos importantes para el empoderamiento de las personas, los esfuerzos por organizar a las personas mayores deben ir acompañados de amplios programas que incluyan esos elementos.

Lucha contra el maltrato y el abandono

Aunque el comportamiento abusivo es difícil de medir, los informes sobre el maltrato y el abandono de las personas mayores deben ser motivo de preocupación. El maltrato de los mayores se ha detectado en el seno de la familia, en el contexto de las comunidades y en centros encargados de la atención institucional de las personas mayores, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Los factores de riesgo a menudo guardan relación con la falta de recursos destinados a la atención, la escasa formación y capacitación de los cuidadores, la tensión relacionada con el trabajo en los centros de atención, la existencia de estereotipos sociales negativos acerca de las personas mayores y las condiciones de pobreza en general.

La garantía y la protección de los derechos consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos (resolución 217 A (III) de la Asamblea General) constituyen un medio importante para reducir el riesgo de maltrato de los mayores y potenciar el empoderamiento de estas personas. En algunos países puede ser necesario promulgar legislación complementaria para mejorar el marco jurídico con el fin de proteger los derechos de las personas mayores, prevenir el maltrato y el abandono y fomentar sus posibilidades de participar en todos los aspectos de la vida social. No obstante, el perfeccionamiento del marco jurídico no será suficiente. Las sociedades tendrán que encontrar, además, mecanismos adecuados para evitar la discriminación por motivos de edad en el mercado de trabajo, asegurar la solidaridad intergeneracional mediante sistemas apropiados para garantizar los ingresos en la vejez y movilizar los recursos necesarios para proporcionar una atención de la salud apropiada a largo plazo.

Las respuestas de política ante los casos de maltrato y abandono deben conseguir que las personas que se encuentran en esas situaciones puedan acceder a información fiable y mecanismos eficaces para denunciarlas. Además, los gobiernos deben tratar de elaborar iniciativas nacionales de formación y capacitación para fomentar una imagen positiva de las personas mayores y transmitir las aptitudes apropiadas a los encargados de cuidar de ellas.

El envejecimiento, la oferta de mano de obra y el crecimiento de la productividad

Con una población en proceso de envejecimiento, el porcentaje de la población en edad de trabajar se irá reduciendo y la propia fuerza de trabajo irá envejeciendo. Eso es especialmente cierto en el caso de los países, principalmente desarrollados, con bajas tasas de fecundidad. Por el contrario, los países con tasas de fecundidad relativamente altas (principalmente las economías de bajos ingresos) seguirán experimentando hasta 2050 un fuerte crecimiento de la fuerza de trabajo, que puede suponer la oportunidad de conseguir un crecimiento económico acelerado.

Repercusiones en el crecimiento de un envejecimiento severo de la población

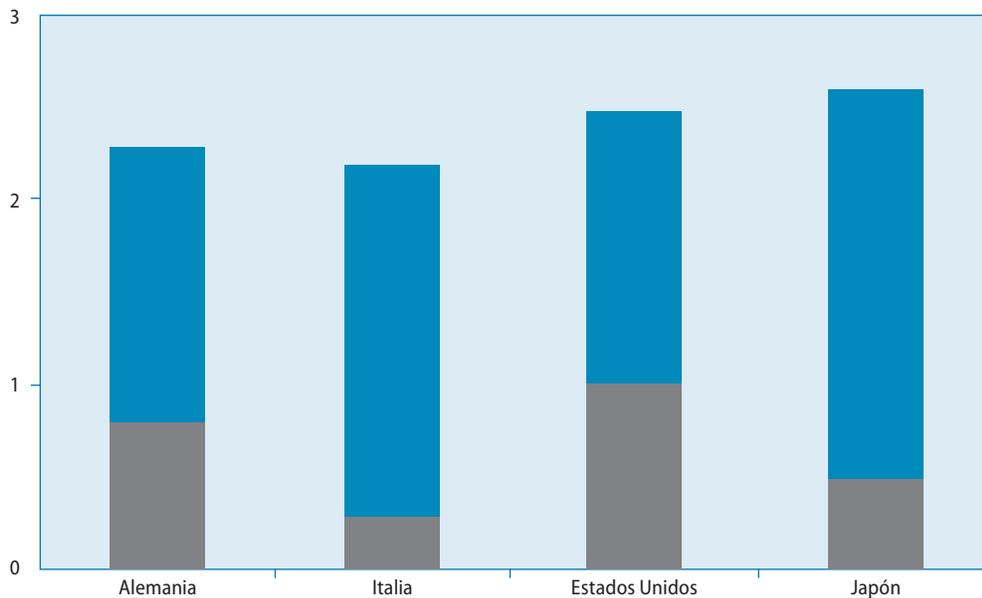
El envejecimiento de la población podría convertirse en un lastre para el crecimiento económico a menos que se pueda controlar la progresión del descenso de la fuerza de trabajo o se hagan mayores esfuerzos por incrementar la productividad laboral. En la mayoría de los contextos, el aumento de la productividad tendrá que ser un complemento de las medidas que se adopten para contener el descenso de la fuerza de trabajo. Por ejemplo, a igualdad del resto de los factores, para compensar el efecto negativo de la reducción de la fuerza de trabajo el Japón tendrá que conseguir un crecimiento de la productividad laboral del 2,6% anual para mantener un crecimiento del ingreso per cápita del 2% anual durante los próximos 50 años. Más del 80% del crecimiento de la productividad necesario será preciso para contrarrestar el efecto del envejecimiento de la población en el crecimiento (véase el gráfico 4). Lo mismo sucede, aunque en menor medida, en el caso de otros países con poblaciones en proceso de envejecimiento, como Italia y Alemania, y también en el caso de los Estados Unidos de América. No obstante, el crecimiento de la productividad necesario en todos esos casos parece ser asequible si se contemplan los datos históricos.

En el *Estudio* se llega a la conclusión de que las medidas tendentes a estimular el crecimiento de la productividad tendrán que llevar el peso para intentar superar las posibles consecuencias negativas del envejecimiento de la población en el crecimiento económico. Se han propuesto otras medidas que podrían influir directamente en el volumen de la fuerza de trabajo, aunque algunas de ellas parecen ser más eficaces que otras.

A menudo se menciona la migración internacional como un posible instrumento para conseguir un abastecimiento suficiente de trabajadores en los países desarrollados, pero no se piensa que ningún país vaya a admitir al enorme número de inmigrantes necesario para detener el envejecimiento de la población. Por ejemplo, para contrarrestar el aumento de la relación de dependencia de las personas mayores, la Unión Europea necesitaría que llegasen 13 millones netos de inmigrantes cada año durante los próximos 50 años, mientras que el Japón y los Estados Unidos tendrían que absorber a 10 millones de inmigrantes cada año. Todos esos casos supondrían multiplicar por un factor muy alto los niveles actuales de inmigración.

Desviar el trabajo hacia otros lugares es otra posibilidad, pero con ello no se resolvería el problema de la creciente relación de dependencia de las personas mayores. Aunque la deslocalización del trabajo aliviaría la escasez de mano de obra al desplazar la producción hacia trabajadores situados en el extranjero, no reduciría la presión sobre los sistemas de pensiones de jubilación porque el empleo, y por tanto la base contributiva de esos sistemas, no aumentaría.

Gráfico 4
Efecto del envejecimiento de la población en el incremento de la productividad necesario en Alemania, Estados Unidos de América, Italia y Japón, 2000-2050 (porcentajes)



■ Efecto del envejecimiento
 ■ Otros factores de la oferta de mano de obra

Fuente: Naciones Unidas/DAES.

Nota: El efecto del envejecimiento se calcula sobre la base de un ejercicio hipotético: el aumento de la productividad necesario para generar un determinado crecimiento del PIB per cápita en vista de los cambios previstos de la estructura por edades de la población se compara con el aumento de la productividad necesario para mantener el mismo crecimiento del PIB per cápita en ausencia de esos cambios. Se parte de la hipótesis de que la relación de dependencia entre las personas de 65 y más años y las de 15 a 64 se mantiene constante al nivel de 2000.

El análisis que se efectúa en el *Estudio* sugiere que el mayor potencial para contrarrestar los cambios previstos en el crecimiento de la fuerza de trabajo reside en el aumento de los índices de participación de las mujeres y de los trabajadores mayores. De hecho, muchos países cuentan todavía con un margen considerable para adoptar medidas encaminadas a incrementar el índice de participación de los trabajadores mayores, normalmente los que tienen una edad comprendida entre los 55 y los 64 años, haciendo que la edad de jubilación real se acerque más a la edad de jubilación obligatoria.

También hay una gama de opciones con respecto a la supresión de los desincentivos de la prolongación del empleo, como la alteración de las prácticas de los centros de trabajo para acomodarse mejor a las necesidades de los trabajadores a medida que envejecen; el mejoramiento de las condiciones de trabajo para mantener la capacidad laboral durante el curso de la vida; la lucha contra la discriminación basada en la edad, y la promoción de una imagen positiva de los trabajadores mayores. Estos trabajadores estarán también en mejores condiciones para prolongar su vida laboral si se les da la oportunidad de recibir un aprendizaje permanente y disponer de iniciativas de formación en el puesto de trabajo.

Está previsto que esas medidas fomenten el crecimiento económico de los países que envejecen, aunque su efecto puede no ser muy importante. El análisis que se hace en el *Estudio* indica que en el caso de Alemania, por ejemplo, la producción per cápita aumentaría del 1,7% al 1,8% anual entre 2000 y 2050 si los índices de participación de las personas de edad comprendida entre los 55 y los 64 años aumentaran al mismo nivel que las de quienes se encuentran en edad de trabajar, es decir, entre los 15 y los 54 años. Los efectos serían similares en otros países con un avanzado envejecimiento de la población.

De forma más general, sin embargo, la preocupación por el hecho de que el envejecimiento de las poblaciones y las fuerzas de trabajo conduzcan a un descenso importante del crecimiento económico parece en gran medida infundada. Según las proyecciones de las

Naciones Unidas, parece que los problemas relacionados con el empleo que plantea el crecimiento de la población serían superables si los incrementos de la productividad se mantienen según lo previsto en el futuro inmediato.

¿Una oportunidad demográfica?

Los países con una fuerza de trabajo creciente y todavía relativamente joven tal vez consigan acelerar el crecimiento. No obstante, para obtener ese dividendo demográfico tendrán que resolver un conjunto diferente de problemas. En lugar de preocuparse por una inminente escasez de mano de obra, tendrán que concentrarse en crear oportunidades de empleo digno, especialmente para el creciente número de jóvenes que habrán de integrarse en la fuerza de trabajo. Incrementar las tasas de empleo en la economía formal ayudará a recaudar impuestos y permitirá ampliar los sistemas de protección social en los lugares donde aún están poco desarrollados, con lo que los trabajadores mayores podrán jubilarse contando con una mayor seguridad financiera.

El crecimiento de la productividad también es importante, por supuesto, en las economías en desarrollo con un excedente de mano de obra y grandes mercados de trabajo informales puesto que no sólo servirá para prestar apoyo a una cada vez más numerosa población de personas mayores, sino que ayudará a mejorar el nivel de vida y a reducir la pobreza.

Envejecimiento, consumo y crecimiento

Hay una opinión generalizada de que el envejecimiento de la población tendrá repercusiones en las pautas de consumo, inversión y ahorro. Saber si el envejecimiento de la población afectará a esas variables y cómo lo hará es esencial para prever la forma en que el desarrollo y el crecimiento económico tendrán lugar en el futuro. Aunque la teoría económica cuenta con algunas nociones claras acerca de esa relación, en realidad es bastante difícil predecir cómo influirá el envejecimiento en las futuras pautas de consumo y crecimiento.

Modificación de las pautas de consumo

Una noción extendida en teoría económica es que las pautas de consumo y ahorro varían durante la vida de las personas. Una explicación es que las necesidades y los gustos cambian a lo largo del ciclo vital. Se ha establecido firmemente que las personas mayores tienden a gastar una mayor proporción de sus ingresos en vivienda y servicios sociales en comparación con los grupos de población más jóvenes. Basándose en las actuales tendencias de consumo entre los mayores de 65 años residentes en países desarrollados, es posible pronosticar un aumento de la demanda de gastos sanitarios y cuidados a largo plazo. Los gastos en vivienda y energía también aumentan porque las personas mayores pasan más tiempo en la casa. Por el contrario, es posible que se reduzcan los gastos en actividades de ocio y transporte, mientras que el porcentaje dedicado al consumo de productos básicos, como los alimentos y el vestido, se mantendrá relativamente constante. Así pues, el envejecimiento de la población podría conducir a cambios importantes en la composición de la demanda de bienes y servicios.

Un análisis más detallado de las tendencias actuales sugiere, sin embargo, que los cambios de las pautas de consumo debidos al envejecimiento de la población varían en los distintos países, y que esos cambios ocurren lentamente a lo largo del tiempo. Además, los niveles de consumo están más estrechamente relacionados con los ingresos que con la estructura

demográfica. Esta compleja realidad hace que sea difícil pronosticar futuras tendencias en el consumo, puesto que el crecimiento de los ingresos de las personas mayores en los próximos decenios se presenta bastante incierto.

Envejecimiento y ahorro

Una segunda noción teórica queda ilustrada por el modelo del ahorro construido en torno al ciclo de vida, que se apoya en la hipótesis de que, durante sus años de trabajo, las personas producen más de lo que pueden consumir, con lo que generan un excedente que se puede utilizar en el cuidado de sus hijos o se puede ahorrar para garantizar unos ingresos después de la jubilación. Según esa hipótesis, las economías con un alto nivel de dependencia de los niños tendrán unas tasas relativamente bajas de ahorro nacional. Por el contrario, las economías con una gran proporción de su población en edad de trabajar pueden crecer más rápidamente porque esa estructura demográfica genera un mayor excedente a lo largo de todo el ciclo de vida y porque las tasas de ahorro tenderán a ser mayores si las personas ahorran en previsión de la jubilación. Asimismo, si las personas perciben que su esperanza de vida está aumentando pueden sentirse inclinadas a aumentar el ahorro durante su vida laboral con el fin de financiar una jubilación más prolongada.

Una vez más, aunque el envejecimiento puede influir, hay otros muchos factores que afectan al comportamiento en relación con el ahorro y el propio nivel de ahorro de la economía. Entre esos factores se encuentran el volumen y la distribución de los ingresos en la economía, el valor de los activos en poder de la población y su distribución, las percepciones acerca del futuro, la presión fiscal, la existencia de sistemas de pensiones y la prestación de cuidados a las personas mayores en caso de enfermedad crónica. Además, la hipótesis del ciclo de vida se aplica al ahorro personal o de las familias, que se verá afectado por el diseño de los sistemas de pensiones, aunque esos efectos serán pequeños en comparación con el efecto que las pautas de ahorro de los gobiernos y las empresas pueden tener en los sistemas de pensiones.

Lo que está claro, en cualquier caso, es que cada vez es mayor la proporción del ahorro de las familias que se canaliza hacia fondos de pensiones y otros planes financieros de inversión para la jubilación. Los inversionistas institucionales, que normalmente se ocupan de gestionar ese ahorro, se han convertido ya en los principales actores en los mercados financieros. Esos inversionistas no sólo gestionan un gran volumen del ahorro de las familias de los países desarrollados, sino también, cada vez en mayor medida, los de los países en desarrollo, en los que ha crecido la importancia de los sistemas de pensiones gestionados por entidades privadas (véase más adelante). Los inversionistas institucionales pueden desempeñar un importante papel en la extensión de los mercados financieros y en la provisión de liquidez adicional a proyectos financieros de largo plazo. Al mismo tiempo, sin embargo, estos inversionistas institucionales operan en buena medida fuera de los mecanismos de supervisión y regulación del mercado que se aplican de una forma más general al sistema bancario. Si no se controlan, las operaciones de los fondos de pensiones en los mercados financieros podrían convertirse en una fuente de inestabilidad. Asimismo, a medida que crece el volumen de inversiones financieras que se gestiona fuera del sistema bancario, las autoridades monetarias pierden cierto grado de control del crecimiento del crédito y, por tanto, se reduce la eficacia de las políticas monetarias. Es necesario perfeccionar las medidas regulatorias (posiblemente de ámbito internacional) para evitar los posibles efectos desestabilizadores que las actividades de grandes fondos de pensiones pueden tener en los mercados financieros e impedir que se ponga en peligro la seguridad económica de los mayores.

Garantizar la seguridad económica en la vejez

Es frecuente que el nivel de vida de las personas se reduzca en las edades más avanzadas. La disminución de las posibilidades económicas y el deterioro de la salud a menudo incrementan la vulnerabilidad ante la pobreza a medida que las personas envejecen. No obstante, esas condiciones varían mucho en los distintos contextos y entre diferentes grupos de personas mayores. Las estrategias tienden a variar en consecuencia. En las economías desarrolladas, las pensiones son la principal fuente de ingresos y protección en la vejez, mientras que en los países en desarrollo son pocos los que tienen acceso a una pensión y, por tanto, se debe recurrir a otras fuentes de ingresos. De hecho, el 80% de la población mundial no está suficientemente protegida en la vejez frente a los riesgos relacionados con la salud, la discapacidad y la reducción de los ingresos. Eso quiere decir que, sólo en los países en desarrollo, unos 342 millones de personas mayores no disfrutan hoy día de una garantía suficiente de sus ingresos. Ese número se incrementará hasta los 1.200 millones para 2050 si no se amplía la cobertura de los mecanismos que actualmente se ocupan de ofrecer una garantía de los ingresos a los mayores. La transición demográfica plantea un enorme reto en lo tocante a garantizar la disponibilidad y sostenibilidad de los sistemas de pensiones y otros sistemas que ofrecen seguridad económica a un número cada vez mayor de personas de edad, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. En el *Estudio* se llega a la conclusión de que, con un enfoque apropiado, ese reto no tiene por qué ser ni mucho menos insuperable.

Pobreza y vejez

De las pruebas empíricas se desprende que las personas mayores que viven en países con sistemas oficiales de pensiones y programas públicos de transferencias generales tienen menos probabilidades de caer en la pobreza que los grupos de edad más jóvenes de la misma población. En las economías con sistemas de pensiones con cobertura limitada, la pobreza en la vejez tiende a ir en paralelo con la media nacional.

Por supuesto, la probabilidad de convertirse en pobre durante la vejez no depende únicamente de la cobertura de los sistemas de pensiones. En general, el grado de pobreza entre las personas mayores varía con el nivel educativo, el género y la organización de la vida. Una mejor educación reduce la probabilidad de caer en la pobreza durante la vejez. Las mujeres mayores caen en la pobreza con mayor frecuencia que los hombres.

En ausencia de una cobertura oficial en forma de pensiones, la mayor parte de las personas de los países en desarrollo se enfrentan durante la vejez a una considerable inseguridad en lo que a los ingresos se refiere. Para las personas que no cuentan con esa protección, a menudo pequeños granjeros, agricultores de las zonas rurales y trabajadores del sector no estructurado, la noción de la jubilación simplemente no existe. Como no han tenido un puesto de trabajo en el sector estructurado, no tienen derecho a una pensión, y si no han podido acumular riqueza suficiente, deberán seguir dependiendo de su propio trabajo. La situación puede ser bastante precaria en el caso de las personas muy ancianas (los mayores de 80 años), que no se encontrarán en tan buenas condiciones para trabajar como otras personas más jóvenes. En particular, los que hayan sido pobres durante sus mejores años de trabajo tienen más probabilidades de seguir siéndolo durante su vejez. Los que se encuentran por encima del umbral de la pobreza pero no han podido acumular ahorro para financiar el consumo durante la vejez también corren el riesgo de caer en la pobreza a medida que envejecen.

A menudo, los ancianos pueden contar con el apoyo de la familia y de la comunidad para sobrevivir o para complementar sus ingresos. A ese respecto, las personas que no han

contraído matrimonio, que han enviudado o que no tienen hijos (especialmente las mujeres) corren un mayor riesgo de caer en la pobreza. La dependencia de las redes familiares puede no ser una garantía de protección de los mayores frente a la pobreza, puesto que esas redes a menudo se encuentran también con unos ingresos limitados. Como es lógico, las dificultades para ofrecer seguridad desde el punto de vista de los ingresos durante la vejez son mucho mayores cuando se dan situaciones de pobreza generalizada.

Ofrecer una mayor garantía de los ingresos mediante enfoques amplios y de varios niveles

Los sistemas de pensiones, tanto los gestionados de forma pública como los gestionados de forma privada, son los principales instrumentos de política utilizados para hacer frente al problema de la pobreza y la vulnerabilidad en la vejez. En condiciones ideales, deberían garantizar unos ingresos para todos durante la vejez y ofrecer unas prestaciones que situasen a sus perceptores por encima del nivel de vida considerado por la sociedad como el mínimo aceptable.

No obstante, en la mayoría de los países en desarrollo la cobertura de las pensiones es limitada. En los países desarrollados, mercados de trabajo bien regulados han hecho posible que los sistemas de pensiones contributivas basados en el empleo lleguen prácticamente a la totalidad de la población. Los que no tienen derecho a recibir una pensión contributiva normalmente reciben apoyo en el marco de otros sistemas de prestaciones asistenciales de vejez de carácter no contributivo.

Con todo, la sostenibilidad de los actuales sistemas de pensiones está siendo cuestionada tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. El aumento de la esperanza de vida, el diseño inadecuado de los programas, la mala gestión, el crecimiento económico insuficiente y la generación de empleo inapropiada han socavado la viabilidad financiera de esos sistemas en algunos contextos. El aumento de las tasas de dependencia de los ancianos supondrá el aumento de la presión sobre los sistemas de apoyo oficiales y no oficiales si no se puede acelerar y mantener el crecimiento económico (y la generación de empleos dignos).

Cuestiones como la accesibilidad, la asequibilidad y la sostenibilidad son la base del diseño y la reforma de los sistemas de pensiones para la vejez. En última instancia, el diseño de los sistemas de garantía de los ingresos durante la vejez corresponde a los países y debe reflejar las opciones y preferencias de la sociedad. Un enfoque de la planificación de los sistemas de pensiones de varios niveles, basado en la práctica que actualmente se aplica en muchos países, parece deseable si se quiere conseguir que los sistemas de garantía de los ingresos en la vejez sean asequibles, viables desde el punto de vista financiero y equitativos.

Garantizar el acceso universal a las pensiones de vejez

Un principio que debe inspirar cualquier sistema de pensiones es que debe ofrecer, como mínimo, un nivel básico de ingresos a todas las personas de edad avanzada. Ese objetivo podría alcanzarse creando, o ampliando donde ya exista, un pilar básico en forma de prestación mínima. Tal mecanismo de seguridad social universal podría ser de carácter contributivo o no contributivo, en función del contexto. En los países donde el empleo en el sector estructurado sea el que domine, puede que un único pilar básico sea suficiente para garantizar los ingresos en la vejez, y su financiación podría provenir de contribuciones determinadas en función de los ingresos, como sucede en la mayoría de los países desarrollados. En los países en los que

domine el sector no estructurado o en los que coexistan los dos sectores, el sistema de pensión social básica podría tener dos componentes: uno esencialmente no contributivo, que ofrezca una prestación mínima que se financiaría con cargo a los impuestos y, cuando sea posible, con las contribuciones solidarias de quienes puedan aportarlas, y un sistema enteramente contributivo.

En la mayoría de los contextos, las pensiones básicas no contributivas parecen asequibles, incluso en los países de bajos ingresos. Un cálculo matemático sencillo, sobre la base de hipótesis razonables, indica que el costo que supondría suprimir la extrema pobreza en la vejez mediante una pensión universal básica de 1 dólar al día para todos los mayores de 60 años no llegaría al 1% del producto interno bruto (PIB) al año en el 66% de los países en desarrollo (véase el gráfico 5). Se estima que en esos países el costo de un sistema de pensiones básicas sería relativamente módico para 2050, a pesar del rápido envejecimiento de las poblaciones.

No obstante, la asequibilidad de esos sistemas de pensiones depende tanto de la prioridad política que se dé a la garantía de un ingreso mínimo durante la vejez como del ritmo del crecimiento económico. Además, en particular en los países de bajos ingresos, puede haber demandas que compitan por unos recursos escasos: por ejemplo, en el Camerún, Guatemala, la India, Nepal y el Pakistán el costo de un sistema de pensión básica universal como el que se ha esbozado más arriba podría representar hasta el 10% del total de los ingresos fiscales. En Bangladesh, Burundi, Côte d'Ivoire o Myanmar sería equivalente al presupuesto que hoy se destina a la atención de la salud. Así pues, la forma de financiar un sistema de pensiones básicas habrá de determinarse en estrecha coordinación con el proceso de asignación de recursos (incluido el uso de la asistencia para el desarrollo) para otros programas sociales.

Mantener los sistemas de pensiones

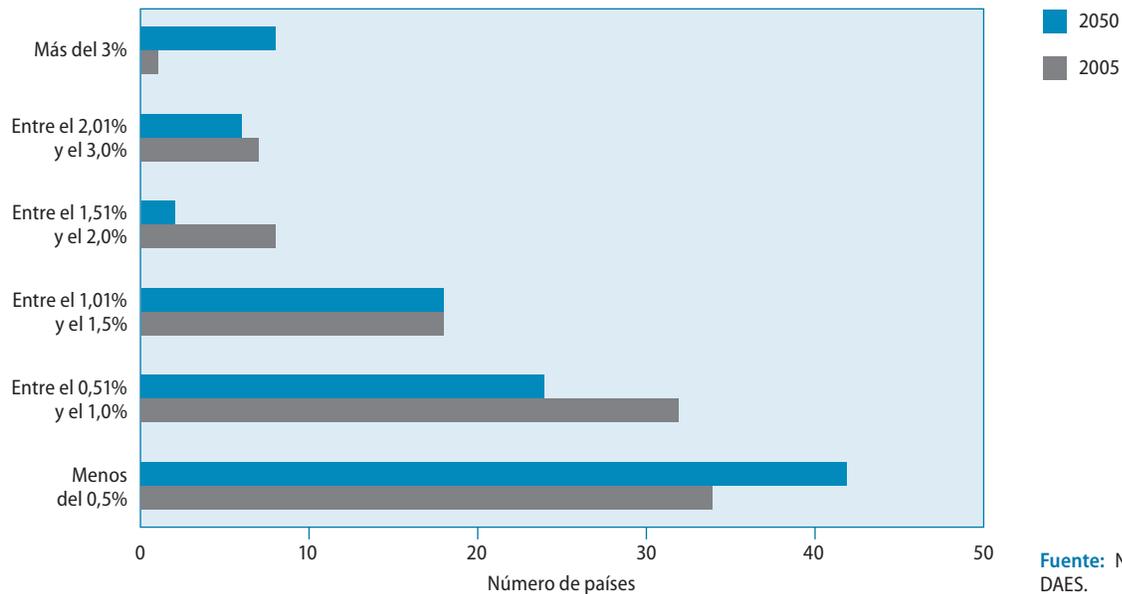
Buena parte del debate sobre los sistemas de pensiones se concentra en la sostenibilidad financiera de los distintos sistemas, en particular, los dos tipos de mecanismos de financiación. Uno es el sistema de “pago sobre la marcha”, en el que las contribuciones de la actual generación de trabajadores se entregan a los jubilados en forma de prestaciones. El otro es un sistema plenamente capitalizado, en el que las prestaciones están financiadas por el capital y los rendimientos obtenidos de la inversión de las contribuciones. En los debates sobre la reforma de las pensiones, a menudo se ha cuestionado la sostenibilidad de los sistemas de pago sobre la marcha, puesto que unas mayores tasas de dependencia de las personas de edad llevan a que el número de trabajadores que hacen aportaciones se reduzca en relación con el número de beneficiarios.

Las reformas de los sistemas de pensiones de carácter contributivo han tomado dos direcciones: el fortalecimiento de los sistemas existentes mediante la modificación de los parámetros básicos (reformas *paramétricas*) o mediante el cambio radical del diseño del sistema (reformas *estructurales*).

En prácticamente todos los sistemas de pago sobre la marcha se han introducido reformas paramétricas, que están mucho más difundidas que las estructurales. Los países han introducido medidas tanto del lado de los ingresos como del de los gastos para garantizar la asequibilidad y la sostenibilidad de esos sistemas. En particular, cada vez son más las medidas que se adoptan para incrementar la edad de jubilación. En los Estados Unidos se fijará en 67 años para 2027, y en Francia el número de años de contribución aumentará en consonancia con el aumento de la esperanza de vida a partir de 2009. Además, los países están estudiando la posibilidad de suprimir los incentivos fiscales a la jubilación anticipada incorporados en

Gráfico 5

Simulación del costo para los países en desarrollo de un sistema universal de pensiones sociales para mantener a las personas mayores a salvo de la pobreza extrema, 2005 y 2050 (porcentaje del PIB)



Fuente: Naciones Unidas/DAES.

sus sistemas de pensiones. Esas medidas tienen por objeto abordar el problema que supone un mayor número de años de jubilación que se deriva del aumento de la longevidad y del acortamiento de la vida laboral. En la mayoría de los países, el retraso de la jubilación y el aumento de la permanencia en la fuerza de trabajo pueden ser de gran utilidad para mantener la viabilidad de los sistemas de pago sobre la marcha.

Otros países se han centrado en la reforma estructural de sus sistemas de pensiones. En los decenios de 1980 y 1990, varios países introdujeron reformas estructurales en sus sistemas ofreciendo una pensión básica y pasando de un sistema de pago sobre la marcha con prestaciones definidas a un sistema de contribuciones definidas plenamente capitalizado. El Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, por ejemplo, lo hizo parcialmente en 1980. Chile adoptó un enfoque más radical y sustituyó su sistema de pago sobre la marcha con prestaciones definidas de gestión pública por un sistema obligatorio de gestión privada plenamente capitalizado, y varios países de América Latina han seguido su ejemplo. En un sistema plenamente capitalizado, el pago durante la jubilación depende de la cantidad invertida y del rendimiento obtenido de esa inversión. Se creía que, debido a la capitalización de las contribuciones, el sistema estimularía el ahorro nacional y, por tanto, el crecimiento económico general.

Aunque los sistemas plenamente capitalizados se han presentado como más viables y pueden haber dado lugar a unos mercados financieros más profundos, no hay pruebas de que su introducción haya generado unos mayores niveles de ahorro y crecimiento. A pesar de que los sistemas plenamente capitalizados que utilizan la capitalización individual pueden, en principio, ser viables desde un punto de vista financiero, la transformación de un sistema de pago sobre la marcha en otro totalmente capitalizado tiene consecuencias negativas para las finanzas públicas, puesto que sigue siendo necesario hacer frente a las aportaciones a pensiones

contratadas en el marco del sistema antiguo mientras las cotizaciones se canalizan al nuevo sistema. Aunque la importante proporción de bonos del Tesoro en la cartera de los fondos de pensiones tiene capacidad para financiar con creces estos costos fiscales, el efecto no es neutro en términos macroeconómicos, dado que el incremento de la deuda del sector público puede afectar a los tipos de interés y aumentar los costos fiscales de la transición, pudiendo tener también consecuencias para la inversión privada. Además, en un sistema plenamente capitalizado utilizado como sistema de pensiones de un único pilar, los riesgos económicos se transmiten por entero a los pensionistas y, en la medida en que dependen de las tasas de retorno de la inversión de las pensiones, los ingresos durante la vejez no quedan plenamente garantizados. Lo que es también importante, esos sistemas no son inmunes a la presión que ejerce un aumento de la proporción de la población no trabajadora.

De hecho, en muchas reformas se ha pasado por alto el hecho de que, cualquiera que sea el tipo de mecanismo de financiación, todos los sistemas se enfrentan a un problema de sostenibilidad parecido. Cualquier “activo” relacionado con la pensión que adquiera la población trabajadora de hoy, ya se trate de un activo financiero en el caso de un sistema plenamente capitalizado, o de una promesa del sector público en un sistema de pago sobre la marcha, constituye un derecho futuro. Así pues, en ambos tipos de sistemas, tiene que producirse una redistribución de ingresos entre las poblaciones jubilada y activa. Con el aumento de las relaciones de dependencia de las personas mayores, eso supone que para ofrecer el mismo nivel de seguridad de los ingresos durante la vejez tendrán que obtenerse mayores contribuciones de la población trabajadora o tendrá que aumentar el crecimiento de la producción.

En general, la dinámica demográfica no plantea un problema insoluble para los sistemas de pensiones de jubilación. Los sistemas de pensiones deben ajustarse a los contextos específicos de los países, pero deben concebirse o reformarse sobre la base de principios generales, de los que la sostenibilidad financiera no es más que uno. La solidaridad intergeneracional y el volumen de las prestaciones para proporcionar una garantía suficiente de ingresos para todos deben considerarse también como principios rectores. De hecho, más recientemente, los procesos de reforma de las pensiones han venido apartándose de la dedicación única a los sistemas plenamente capitalizados como centro de los sistemas nacionales de seguridad social. En las últimas reformas se reconoce la necesidad de adoptar un enfoque de múltiples niveles que tiene como base un sistema de pensiones sociales para garantizar la cobertura universal y abordar directamente los problemas que supone la pobreza durante la vejez.

Mantener la atención de la salud y los cuidados a largo plazo durante la vejez

El envejecimiento y la transición epidemiológica

El envejecimiento de la población va acompañado de una transición epidemiológica, es decir, un cambio de la predominancia de las enfermedades infecciosas y la alta mortalidad maternal e infantil hacia las enfermedades no transmisibles, especialmente las de tipo crónico. Los cambios demográficos y la transición epidemiológica están estrechamente relacionados. A medida que se reduce la fecundidad y la prevalencia de las enfermedades infecciosas como causa de muerte, el promedio de edad de la población aumenta. Al mismo tiempo, la duración de la vida de los que han superado las enfermedades de la infancia sigue creciendo con el tiempo. Así pues, en última instancia hay más personas mayores en la población que son más susceptibles a las enfermedades crónicas que los jóvenes. Con el aumento del número de

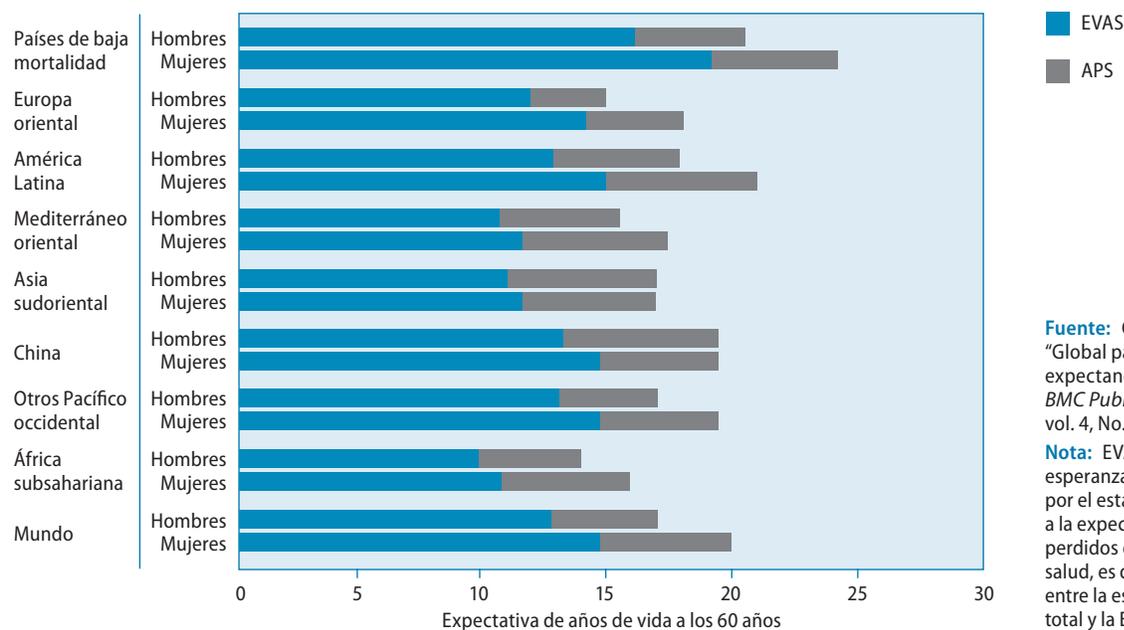
personas mayores también es probable que aumente la prevalencia de las enfermedades no transmisibles. Por consiguiente, el envejecimiento acelera la transición epidemiológica.

Ambas transiciones se encuentran en una etapa bastante avanzada en los países desarrollados y comienzan a dejarse sentir también en los países en desarrollo. El aumento de la longevidad es consecuencia de una mejor nutrición, un mejor saneamiento ambiental y una mayor higiene, un conocimiento más profundo de las alteraciones de la salud y la rápida difusión de los conocimientos médicos y su aplicación en las prácticas sanitarias. En los países desarrollados, el aumento de la longevidad ha ido acompañado de una “compresión de la morbilidad”, es decir, aunque las personas viven más tiempo, no pasan más años padeciendo un mal estado de salud. En los países en desarrollo, las transiciones demográfica y epidemiológica están teniendo lugar a un ritmo mucho más rápido de lo que sucedió en el caso de los países desarrollados y con niveles comparativamente más bajos de ingresos y sistemas de bienestar social mucho menos extendidos. Ello explica por qué la compresión de la morbilidad no se ha detectado todavía en esos países. En consecuencia, la población de los países en desarrollo, que tiene una menor esperanza de vida que la de los países desarrollados, tiene más probabilidades de pasar una proporción mayor de su vida padeciendo un mal estado de salud (véase el gráfico 6).

En la mayoría de los casos, el envejecimiento no es el principal factor en el aumento de los gastos sanitarios

El envejecimiento de la población plantea un reto para los sistemas nacionales de atención de la salud. En los países desarrollados hay preocupación por el aumento de los gastos sanitarios y el mantenimiento de niveles y calidad apropiados del cuidado de la salud y la atención a largo plazo de una población que envejece. El reto es mayor para muchos países en desarro-

Gráfico 6
Esperanza de vida a los 60: años en buen y mal estado de salud, por región y sexo, 2002



Fuente: C. D. Mathers y otros. “Global patterns of healthy life expectancy in the year 2002”, *BMC Public Health*, vol. 4, No. 66.

Nota: EVAS se refiere a la esperanza de vida ajustada por el estado de salud y APS a la expectativa de años perdidos en buen estado de salud, es decir, la diferencia entre la esperanza de vida total y la EVAS.

llo, puesto que se enfrentan a una doble carga relacionada con los gastos sanitarios. Por una parte, esos países todavía tienen que resolver muchos problemas de salud básicos que afectan a sectores importantes de su población, entre los que se encuentran la falta de acceso al agua potable y el saneamiento, la malnutrición, el acceso limitado a los servicios de salud reproductiva y educación en materia de salud y la falta de cobertura de los programas de vacunación. Por otra parte, el rápido envejecimiento de la población y el aumento que ello supone de la demanda de servicios de atención de la salud ejercen una presión adicional sobre los recursos sanitarios disponibles.

El reto que supone la adaptación de los sistemas de cuidado de la salud y atención a largo plazo a los cambios demográficos y epidemiológicos que están teniendo lugar es importante, pero desde luego no es insuperable. El análisis que se hace en el presente *Estudio* muestra que el envejecimiento de la población contribuye al aumento de los gastos sanitarios pero, en la mayoría de los casos, no parece ser el principal factor “impulsor de los gastos”.

Es difícil predecir los gastos sanitarios durante largos períodos de tiempo. Un enfoque habitual (el método actuarial) mide el efecto del cambio demográfico sobre la base de las tendencias de los gastos sanitarios. Por el contrario, el método epidemiológico también tiene en cuenta los cambios previstos en las pautas de morbilidad, aunque se aplica con menos frecuencia debido a la limitación de los datos. Resulta interesante que las conclusiones a las que llegan ambos métodos son similares, es decir, que en la mayoría de los casos el envejecimiento por sí mismo no parece ser el principal impulsor del aumento de los gastos sanitarios. El impacto demográfico en los gastos sanitarios durante los últimos 50 años no supondría más que un pequeño porcentaje del PIB.

Dicho esto, los mismos estudios demuestran invariablemente que es probable que el gasto sanitario como proporción del PIB siga aumentando. Hay otros factores que resultan ser más importantes en el aumento del gasto sanitario, como los cambios en el comportamiento de las personas en relación con la salud, el incremento de los costos salariales del personal médico, la ineficiencia en la prestación de los servicios sanitarios, la introducción de nuevas tecnologías médicas y el aumento del precio de los medicamentos y las pólizas de seguros de salud.

Retos para los sistemas de atención de la salud y prestación de cuidados a largo plazo

Es más probable que el envejecimiento de la población afecte a los sistemas sanitarios de otras dos maneras. En primer lugar, el aumento del número total de casos de enfermedades crónicas y del número de personas con discapacidades exigirán nuevas aptitudes de los profesionales y trabajadores del sector de la salud. Esto supone un enorme reto para los países en desarrollo con una población en rápido proceso de envejecimiento. Actualmente, el gasto sanitario per cápita en las personas mayores tiende a ser relativamente bajo en los países en desarrollo (y lo es, desde luego, si se lo compara con el de los países desarrollados) y normalmente no es muy distinto del promedio del gasto en otros grupos de edad de sus sociedades (cosa que no sucede en los países desarrollados). Esa situación refleja en parte la escasez de atención, cuidados paliativos y tratamientos médicos más intensivos, de los que normalmente disponen las personas mayores en los países desarrollados.

En segundo lugar, surge la preocupación acerca de cómo ofrecer cuidados a largo plazo para quienes padezcan problemas de salud irreversibles. El reto consiste en encontrar soluciones que mantengan la dignidad e independencia de quienes necesitan esos cuidados

permitiéndoles permanecer en su entorno familiar. La estructura tradicional de la familia y la función de las mujeres, que son las que normalmente se ocupan de atender a las personas mayores, están cambiando y el número de hijos por familia se reduce en la mayor parte del mundo. Así pues, cada vez será más difícil para muchos países en desarrollo mantener los sistemas de carácter no oficial actuales de prestación de cuidados a largo plazo.

Adaptar las políticas sanitarias

El envejecimiento de la población influirá, por supuesto, en el gasto sanitario, pero no tiene por qué consumir una proporción insostenible de la renta nacional en el futuro. Es posible que la composición del gasto sanitario tenga que sufrir cambios sustanciales a medida que se vaya dando más importancia a los servicios médicos y los cuidados a largo plazo. No obstante, los encargados de la formulación de políticas en los países desarrollados y en desarrollo deben igualmente considerar la posibilidad de adoptar medidas focalizadas en la prevención y la educación en materia de salud, como reducir el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol y promover el ejercicio físico para reducir la obesidad. Esas medidas podrían ayudar a reducir el riesgo de padecer enfermedades crónicas como el cáncer, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares durante la edad avanzada. Otra prioridad debería ser el tratamiento de rehabilitación de las enfermedades crónicas. El aumento del gasto sanitario asociado con el envejecimiento de la población puede contenerse mediante esas intervenciones en la medida en que ayudan a retrasar la progresión hacia la enfermedad y la discapacidad.

Suficiente personal sanitario

Una de las cuestiones más acuciantes en los países desarrollados y en desarrollo por igual es la disponibilidad de personal médico cualificado. En los países en desarrollo, especialmente los de bajos ingresos, la escasez de personal sanitario cualificado ya se deja sentir y empeorará a medida que la doble carga de la enfermedad aumente; esos países también necesitarán más trabajadores sanitarios para atender a los enfermos crónicos. En los países desarrollados hay también una creciente demanda de personal especializado en los hospitales y los centros de atención a largo plazo asociada con un aumento de la población de edad avanzada.

Esa situación ya ha provocado un éxodo importante de personal sanitario cualificado de los países en desarrollo. Muchas enfermeras del Caribe, por ejemplo, han emigrado al Canadá, los Estados Unidos de América y el Reino Unido y, como resultado, en ocho de los países del Caribe de los que se tienen datos se ha observado una tasa de vacantes promedio del 42,4%. Para atender las necesidades de los países con una doble carga sanitaria se requerirán políticas diseñadas para aumentar los recursos disponibles para la formación de personal médico e incentivos destinados a atraer a más personas hacia las profesiones relacionadas con la atención de la salud y los cuidados a largo plazo, en consonancia con las demandas suscitadas por el envejecimiento de la población.

Aumento de la necesidad de prestar cuidados a largo plazo en el hogar

En los países desarrollados, las necesidades de cuidados a largo plazo se derivan principalmente del envejecimiento de la población. Actualmente se está haciendo mayor hincapié en la prestación de esos cuidados en el hogar como parte de un mecanismo continuo de diferentes

tipos de niveles de atención, como se pide en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. La atención de la salud en el hogar se fomenta mediante varios incentivos financieros y diversos servicios sanitarios y de bienestar social.

En los países en desarrollo, por el contrario, el envejecimiento de la población no es más que uno de los factores que hacen aumentar la necesidad de la prestación de servicios a largo plazo. El descenso de la importancia de la familia ampliada en muchos países en desarrollo está haciendo que cada vez sea más difícil depender exclusivamente de esa forma de atención no oficial. El ritmo de ese cambio varía de un país a otro, pero muchos gobiernos tendrán que tener en cuenta la posibilidad de adoptar políticas para facilitar la creación de mecanismos de un carácter más oficial para la prestación de cuidados a largo plazo a las personas mayores como extensión de los que actualmente prestan las familias o las comunidades.

Perspectivas de futuro

En el *Estudio* se examinan los retos que plantean el rápido envejecimiento de la población y los cambios en las formas de vida con respecto a la promoción del crecimiento económico, la garantía de unos ingresos para todos durante la vejez y la ampliación de la salud y el bienestar hasta la edad avanzada. Asimismo, se hace hincapié en que esos retos son importantes, pero pueden superarse mediante políticas bien concebidas y sin una excesiva presión sobre los recursos disponibles. Un principio básico de esas políticas es el reconocimiento pleno de la contribución que las personas mayores pueden aportar a la sociedad.

Aunque en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento se ofrece un marco para incorporar el análisis del envejecimiento de la población en el debate internacional sobre la elaboración y la aplicación de políticas nacionales para promover el desarrollo de las sociedades para todas las edades, todavía es necesario que los gobiernos y la comunidad internacional redoblen sus esfuerzos para incorporar las cuestiones relacionadas con el envejecimiento en el programa internacional de desarrollo.

En los países que carecen de sistemas de pensiones básicas, la pobreza tiende a ser mayor entre los ancianos que entre el resto de los grupos de edad y, por tanto, en las políticas encaminadas a mejorar la seguridad de los ingresos durante la vejez deben contemplarse estrategias de reducción de la pobreza. En las políticas de empleo también debería prestarse más atención al mejoramiento de las condiciones de trabajo y las oportunidades de empleo de los trabajadores mayores, no sólo para mejorar las posibilidades de que esas personas puedan participar plenamente en la sociedad, sino también para promover la sostenibilidad de los sistemas de pensiones. Las políticas sanitarias tendrán que abordar de forma más explícita la doble carga que muchos países en desarrollo tienen que soportar: esos países se enfrentan todavía con el problema de alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad maternal e infantil al tiempo que tienen que reajustar sus sistemas sanitarios para hacer frente a las necesidades de una creciente población de avanzada edad.

El maltrato de los ancianos y la discriminación basada en la edad son problemas que se están experimentando en muchos países. Es preciso actuar para poner fin a esas tendencias negativas y potenciar el valor de las personas mayores, que es esencial para garantizar su plena participación en la sociedad como se afirma en el Plan de Acción de Madrid.

La incorporación de las cuestiones relacionadas con el envejecimiento en el programa mundial de desarrollo es esencial para alcanzar los objetivos establecidos en el Plan de Acción de Madrid. La prevista creación de una “sociedad para todas las edades” no sólo requiere una firme alianza mundial para promover los compromisos contraídos en ese programa, sino

también una alianza más estrecha en el plano nacional entre todos los niveles del gobierno, la sociedad civil, el sector privado y las organizaciones dedicadas a las personas mayores para que el Plan de Acción de Madrid pueda traducirse en medidas prácticas.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'José Antonio Ocampo', written in a cursive style. The signature is positioned above a horizontal line.

José Antonio OCAMPO
*Secretario General Adjunto
de Asuntos Económicos y Sociales*
Mayo de 2007

Índice

	<i>Página</i>
Notas explicativas	xxxiii
I. Introducción	
¿Qué se entiende por personas de edad?	1
El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento	2
El desarrollo en un mundo que envejece	3
Perspectivas de futuro	6
II. Una población mundial que envejece	
Cambios en la distribución de la población por edades	7
Causas que subyacen a la modificación de la distribución por edades.	7
Evolución histórica de la distribución por edades.	9
Diferencias regionales en el envejecimiento de la población	10
El envejecimiento en la población de personas de edad	15
¿Es inevitable el envejecimiento de la población?	16
Reducciones históricas de la fecundidad y la mortalidad	16
Tendencias futuras según diferentes hipótesis de proyección	16
Posible efecto de las políticas de fecundidad.	18
Posible efecto del fenómeno migratorio	18
Tendencias en los grupos de edades de las personas en edad de trabajar y de las personas dependientes	21
Relaciones de dependencia: definición e interpretación	21
Tendencias mundiales de la dependencia relacionada con la edad	22
Diferencias regionales en la dependencia relacionada con la edad.	24
El envejecimiento de la población en edad de trabajar	26
Diferencias entre los géneros en las edades avanzadas	27
Cifras de hombres y mujeres	27
Diferencias de esperanza de vida entre los géneros al nacer y en edades avanzadas	29
Conclusiones	30
III. Las personas de edad en una sociedad cambiante	
Introducción	33
Cambios en las modalidades de convivencia y en las necesidades de vivienda.	34
Modalidades de convivencia y necesidades de vivienda	35
Implicancias para los servicios de atención y el apoyo intergeneracional.	42
Contribuciones sociales, culturales y familiares de las personas de edad	43
El papel de los abuelos y su contribución a la cohesión intergeneracional en la familia.	44

	<i>Página</i>
La participación de las personas de edad en la sociedad	45
Participación política	46
Empoderamiento de los miembros de más edad de la sociedad	50
La lucha contra el abandono, el maltrato y la violencia ejercida contra las personas de edad.	50
Factores de riesgo del maltrato de las personas de edad y mecanismos de respuesta.	52
Promoción de los derechos humanos de las personas de edad.	54
Fomento de una imagen positiva de las personas de edad.	55
Conclusiones	56
IV. Repercusiones económicas del envejecimiento de la población	
Introducción	59
El envejecimiento, la oferta de mano de obra y el crecimiento de la productividad. .	60
Asimetrías en el crecimiento de la oferta de mano de obra.	60
Contrarrestar el lento crecimiento de la mano de obra.	62
¿El envejecimiento de la fuerza de trabajo conlleva un descenso de la productividad?.	75
Envejecimiento y pautas de consumo.	78
Pautas de ingresos y consumo durante el ciclo de vida	79
¿Varían con la edad las pautas de consumo?	80
El envejecimiento y la dinámica del ahorro	83
El envejecimiento y la estructura y estabilidad de los mercados financieros	88
Inversionistas institucionales: la transformación de los mercados financieros .	89
Conclusiones	94
<i>Apéndice:</i> Grupos de países y zonas ordenados por tasas de fecundidad, inmigración e índices de participación en la fuerza de trabajo	97
V. La seguridad de los ingresos en la vejez	
Introducción	99
Vejez y pobreza económica	100
Fuentes de apoyo económico e ingresos para las personas de edad	107
Sistemas oficiales de pensiones: garantizar la seguridad de los ingresos en la vejez. . .	109
Mantener y ampliar los sistemas de pensiones	114
Reforma de los sistemas de pensiones I: perfeccionamiento del diseño de los sistemas	117
Reforma de los sistemas de pensiones II: introducción de cuentas hipotéticas	119
Reforma de los sistemas de pensiones III: paso a los sistemas plenamente capitalizados	120
Solidaridad, accesibilidad y asequibilidad: avanzar hacia una cobertura universal	124
Conclusiones	126

	<i>Página</i>
VI. Sistemas de atención de la salud y prestación de cuidados a largo plazo para las sociedades en proceso de envejecimiento	
Introducción	129
Transición epidemiológica y envejecimiento de la población	131
El descenso de la mortalidad y la transición epidemiológica.	131
Salud y discapacidad entre la población de edad	133
Diferenciales de salud y sus consecuencias para las tendencias futuras	137
¿Están preparados los sistemas de atención de la salud para el envejecimiento de la población?	138
Recursos de salud y gastos sanitarios	138
El envejecimiento y la necesidad de reformar los sistemas de atención de la salud . .	141
El reto al que se enfrentan las políticas sanitarias	147
La prestación de cuidados a largo plazo	150
Consecuencias para los gastos sanitarios en el futuro	155
Proyecciones del efecto del envejecimiento sobre el gasto sanitario.	155
El enfoque epidemiológico aplicado a Australia	160
Proyecciones del efecto del envejecimiento sobre el gasto futuro en prestación de cuidados a largo plazo	162
Conclusiones	163
 Anexo estadístico	
A. Gráficos	169
B. Cuadros	172
 Bibliografía	183
 Recuadros	
IV. 1. La transición demográfica: ¿primer y segundo dividendos para la tercera edad?	64
IV. 2. Fondos de pensiones: corrientes internacionales de capital y sesgo nacional	91
V. 1. Sistemas de pensiones: múltiples modalidades	101
V. 2. Una breve historia de la seguridad de los ingresos en la vejez	110
V. 3. La ampliación de la seguridad social en la India	112
V. 4. El paso de los sistemas de pago sobre la marcha a los sistemas plenamente capitalizados: una transición lenta y costosa.	123
VI. 1. El movimiento del “envejecimiento en el propio medio”: la importancia creciente de la asistencia domiciliaria	151
VI. 2. Proyección del gasto sanitario en el futuro	156
 Gráficos	
II. 1. Pirámides de población, en el mundo en conjunto y por grupos de países, 1950, 2005 y 2050	12
II. 2. Tiempo necesario para que el porcentaje de la población de 65 y más años aumente del 7% al 14% y del 14% al 21%, para una selección de países	14
II. 3. Tamaño y distribución de la población mundial de 60 y más años, por grupos de países, 1950, 1975, 2005, 2025 y 2050.	14

	<i>Página</i>
II. 4. Tendencias en tres tipos de relaciones de dependencia, en el mundo en conjunto y por grupos de países, 1950-2050.	23
II. 5. Distribución de la población en edad de trabajar, por grupo de edad, en el mundo en conjunto y por grupos de países, 1950-2050.	27
III. 1. Cambios en las tasas de divorcio, para una selección de países, 1960, 1980 y 2003 .	34
III. 2. Modalidades de convivencia de las personas de edad, en las regiones desarrolladas y en desarrollo	35
III. 3. Proporción de personas de edad que viven solas en dos puntos temporales, por sexo, promedios de las principales regiones	36
III. 4. Modalidades de convivencia de las personas de edad en África, Asia y América Latina y el Caribe	37
IV. 1. Crecimiento de la fuerza de trabajo, 1998-2000 y 2000-2020	63
IV. 2. Índices de participación en la fuerza de trabajo, por región, sexo y grupo de edad, 2005	67
IV. 3. Relación entre índices de participación de las personas de 65 y más años en la fuerza de trabajo, 2005, y PIB per cápita	73
IV. 4. Aumento de la participación de los trabajadores de edad en el mercado de trabajo: impacto sobre la tasa media de crecimiento anual del PIB per cápita, 2000-2050, para una selección de países con ajuste de la productividad	75
IV. 5. Efecto del envejecimiento de la población sobre la tasa media de crecimiento anual de la productividad laboral, 2000-2050, Alemania, Estados Unidos de América, Italia y Japón	77
IV. 6. Perfil del ciclo de vida económico del mundo en desarrollo	79
IV. 7. Estructura del gasto en consumo, por grupo de edad, Estados Unidos de América (2006) y Unión Europea (1999)	81
IV. 8. Estructura del consumo de los hogares, para una selección de países, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990 y 1995	82
IV. 9. Ahorro e inversión per cápita en el mundo, por grupos principales de países y regiones, 1985, 1990, 1995 y 2002.	85
IV.10. Ahorro bruto de los hogares como proporción del ahorro bruto nacional, Estados Unidos de América y Japón, 1960-2005	86
V.1a. Índices de recuento de la pobreza nacional de las personas de edad, para una selección de economías desarrolladas, en torno a 2000	103
V.1b. Índices de recuento de la pobreza nacional de las personas de edad, para una selección de economías en desarrollo, 1997-2005	103
V. 2. Aportantes a los sistemas de pensiones públicas como proporción de la fuerza de trabajo, por ingresos per cápita	111
V. 3. Simulación del costo para los países en desarrollo de un sistema universal de pensiones sociales para mantener a las personas de edad a salvo de la pobreza extrema, 2005 y 2050.	125
VI. 1. Distribución de las muertes por grupos de causas principales, regiones de la OMS, 2005	132
VI. 2. Esperanza de vida sana y total al nacer y a la edad de 60 años, por región y sexo, 2002	136
VI.3a. Proporción de personas de edad sobre la población total con respecto a la proporción del PIB en gasto sanitario, para una selección de países de la OCDE, 2003.	143

	<i>Página</i>
VI.3b. Tasa media de crecimiento anual de la población de personas de edad con respecto a la tasa media de crecimiento anual del gasto sanitario per cápita, para una selección de países desarrollados, 1970-2002.	143
VI.3c. Variación de la proporción de población de personas de edad sobre la población total con respecto a la tasa media de crecimiento anual del gasto sanitario per cápita, para una selección de países desarrollados, 1970-2002	144
VI. 4. Tendencias de las normas y expectativas en relación con el cuidado de los ancianos entre mujeres casadas menores de 50 años, Japón, 1950-2004	149
VI. 5. Alcance de los efectos impulsores del gasto sanitario nacional, según tres hipótesis diferentes, en Sri Lanka en 2025 y 2101	159
VI. 6. Australia: desglose del cambio previsto en el gasto sanitario para todas las pautas de enfermedades proyectadas entre 2002-2003 (año de referencia) y los años 2012-2013, 2022-2023 y 2032-2033	163

Cuadros

II. 1. Esperanza de vida al nacer y tasa de fecundidad total, para una selección de países y grupos de países, 1950-1955, 2000-2005 y 2045-2050.	8
II. 2. Distribución de la población por grupos de edades, en el mundo en conjunto y por grupos de países, 1950, 1975, 2005, 2025 y 2050	11
II. 3. Distribución de la población de 80 y más años, para una selección de países y grupos de países, 1950, 2005 y 2050	15
II. 4. Distribución por edades estimada para 2005 y según diferentes variantes de proyección para 2050, en el mundo en conjunto y por grupos de países	17
II. 5. Estructura por edades de la población prevista para los países desarrollados en 2050 según las variantes de migración cero y media	19
II. 6. Número neto de inmigrantes necesarios entre 1995 y 2050 para lograr diferentes resultados demográficos hipotéticos, para una selección de países y regiones	21
II. 7. Relación de sexos de la población para una selección de grupos de edad, en el mundo en conjunto y por grupos de países, 1950, 2005 y 2050	28
II. 8. Esperanza de vida al nacer y a las edades de 60, 65 y 80 años por sexo, en el mundo en conjunto y por grupos de países, 1950-2050.	30
III. 1. Situación de la vivienda en América Latina, por grupo de edad	40
III. 2. Acceso a servicios básicos de vivienda en América Latina, por grupo de edad.	41
IV. 1. Variaciones de la fuerza de trabajo, por región y sexo, 1980-2000 y 2000-2020.	61
IV. 2. Índices de participación en la fuerza de trabajo, por región, sexo y grupo de edad, 2005.	68
IV. 3. Tasa de ahorro de los hogares y relación de dependencia de las personas de edad, para una selección de países de la OCDE, 1989, 1995, 2000, 2003 y 2007.	84
IV. 4. Activos gestionados por inversionistas institucionales, economías desarrolladas, 1990-2004.	89
V. 1. Proporción de personas que perciben pensiones e índice de recuento de la pobreza y proporción de personas de 60 y más años, a escala nacional y por zonas urbanas o rurales, para una selección de países de América Latina, 2001-2005	105
V. 2. Incidencia de la pobreza entre las personas de 65 y más años y entre las personas de 65 y más años que viven solas, por sexo, para una selección de países desarrollados, 1996	106

	<i>Página</i>
V. 3. Principales fuentes de ingresos durante la vejez como proporción de los ingresos totales, para una selección de países y en la Provincia china de Taiwán, para una selección de años	108
VI. 1. Número de médicos y camas de hospital, por región, 1997-2004	139
VI. 2. Gasto sanitario total por región, 2000-2003	141
VI. 3. Proporción de gasto público con respecto al gasto sanitario total, por región, 2000-2003.	141
VI. 4. Distribución del gasto sanitario total, por grupo de edad, para una selección de países	145

Notas explicativas

En los cuadros del presente *Estudio* se han empleado los siguientes signos:

- .. Dos puntos seguidos indican que no se dispone de datos o que éstos no se facilitan por separado.
- El guión largo indica que el elemento es nulo o insignificante.
- El guión indica que el elemento no se aplica.
- El signo menos indica déficit o disminución, salvo que se indique otra cosa.
- ,
- / La barra entre años indica un año agrícola o un ejercicio económico; por ejemplo: 1990/1991.
- El guión entre años, por ejemplo, 1990-1991, indica la totalidad del período considerado, incluidos el año de inicio y el de finalización.

La palabra “dólares” (\$) indica dólares de los EE.UU., salvo que se indique otra cosa.

La palabra “toneladas” indica toneladas métricas, salvo que se indique otra cosa.

Salvo que se indique otra cosa, las tasas anuales de crecimiento o variación son tasas anuales compuestas.

Dado que se han redondeado las cifras, la suma de los datos parciales y de los porcentajes presentados en los cuadros no siempre equivale al total correspondiente.

Se han utilizado las siguientes abreviaturas:

AARP	Antiguamente, Asociación de Jubilados de los Estados Unidos
BPI	Banco de Pagos Internacionales
CASMU	Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay
CCRC	Comunidad para Jubilados con Cuidado Continuo
CEI	Comunidad de Estados Independientes
CESPAO	Comisión Económica y Social para Asia Occidental
CESPAP	Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico
DAES	Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas
EBRI	Instituto de Investigación sobre Beneficios del Empleado
EURAG	Federación Europea para los Ancianos
EVAS	esperanza de vida ajustada en función del estado de salud

FIAPA	Federación Internacional de Asociaciones de Personas de Edad
FIV	Federación Internacional sobre el Envejecimiento
FMI	Fondo Monetario Internacional
IAGG	International Association of Gerontology and Geriatrics (Asociación Internacional de Gerontología y Geriátrica)
I+D	investigación y desarrollo
NBER	National Bureau of Economic Research (Cambridge, Massachusetts)
NORC	comunidad jubilada de incidencia natural
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
PBGC	Pension Benefit Guaranty Corporation
PIB	producto interno bruto
PNB	producto nacional bruto
PPA	paridad de poder adquisitivo
PRED	Población, recursos, medio ambiente y desarrollo (PRED Bank)
REIT	fondos de inversión inmobiliaria
TIC	tecnologías de la información y las comunicaciones
UE	Unión Europea

Con fines analíticos, y a menos que se indique otra cosa, se ha utilizado la siguiente clasificación de países en grupos y subgrupos.

Economías desarrolladas (países desarrollados con economía de mercado)

Australia, Canadá, Estados Unidos de América, Islandia, Japón, Noruega, Nueva Zelandia, Suiza y Unión Europea.

Subgrupos de Europa

- *Unión Europea (UE)*: Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Checa, Rumania y Suecia.
 - *UE-25*: La UE excepto Bulgaria y Rumania.
 - *UE-15*: La UE-12 más Dinamarca, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Suecia.
 - *UE-12 (zona del euro)*: Alemania, Austria, Bélgica, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos y Portugal.
 - *UE-10*: La UE-25 menos la UE-15.
- *Otros países europeos*: Islandia, Noruega y Suiza.

Economías en transición

- *Europa sudoriental*: Albania, Bosnia y Herzegovina, Croacia, ex República Yugoslava de Macedonia, Montenegro, Rumania y Serbia.
- *Comunidad de Estados Independientes*: Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Federación de Rusia, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Moldova, Tayikistán, Turkmenistán, Ucrania y Uzbekistán.

Economías en desarrollo

- América Latina y el Caribe, África, Asia y el Pacífico (excepto Australia, Japón y Nueva Zelandia y los Estados Miembros de la CEI en Asia).

Subgrupos de América Latina y el Caribe

- *América del Sur y México*: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de Venezuela).
- *América Central y el Caribe*: El resto de países de América Latina y el Caribe.

Subgrupos de África

- *África del Norte*: Argelia, Egipto, la Jamahiriya Árabe Libia, Marruecos y Túnez.
- *África subsahariana*: El resto de países africanos.

Subgrupos de Asia y el Pacífico

- *Asia occidental*: Arabia Saudita, Bahrein, los Emiratos Árabes Unidos, Iraq, Israel, Jordania, Kuwait, Líbano, Omán, Qatar, República Árabe Siria, el territorio palestino ocupado, Turquía y Yemen.
- *Asia sudoriental*: El resto de economías en desarrollo de Asia y el Pacífico (incluida China, a menos que se indique otra cosa). A su vez, este grupo se subdivide en los siguientes subgrupos:
 - *Asia meridional*: Bangladesh, Bhután, India, Irán (República Islámica del), Maldivas, Nepal, Pakistán y Sri Lanka.
 - *Asia oriental y el Pacífico*:
 - *Asia oriental*:
China.
Economías de reciente industrialización: Provincia china de Taiwán, Región Administrativa Especial de Hong Kong (China), República de Corea y Singapur.
Otros países del Asia oriental: República Popular Democrática de Corea y Mongolia.
 - *Asia sudoriental*: Brunei Darussalam, Camboya, Filipinas, Indonesia, Malasia, Myanmar, República Democrática Popular Lao, Singapur, Tailandia, Timor-Leste y Viet Nam.
- *Oceanía*: Fiji, Islas Marshall, Islas Salomón, Kiribati, Micronesia (Estados Federados de), Papua Nueva Guinea, Samoa, Tonga, Tuvalu y Vanuatu.

Economías menos desarrolladas

Afganistán, Angola, Bangladesh, Benin, Bhután, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camboya, Chad, Comoras, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Haití, Islas Salomón, Kiribati, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Maldivas, Malí, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Nepal, Níger, República Centroafricana, la República Democrática del Congo, República Democrática Popular Lao, República Unida de Tanzania, Rwanda, Samoa, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, Vanuatu, Yemen y Zambia.

Clasificaciones de países y regiones de la Organización Mundial de la Salud

- *África*: Todos los países africanos excepto Egipto, la Jamahiriya Árabe Libia, Marruecos, Somalia, Sudán y Túnez.
- *Américas*: Todos los países de América Central, América del Norte, América del Sur y el Caribe.
- *Mediterráneo oriental*: Afganistán, Arabia Saudita, Bahrein, Djibouti, Egipto, los Emiratos Árabes Unidos, Irán (República Islámica del), Iraq, la Jamahiriya Árabe Libia, Jordania, Kuwait, Líbano, Marruecos, Omán, Pakistán, Qatar, República Árabe Siria, Somalia, Sudán, Túnez y Yemen.
- *Europa*: Todos los países de la Comunidad de Estados Independientes (CEI), Europa (incluida Turquía) e Israel.
- *Asia sudoriental*: Bangladesh, Bhután, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, República Popular Democrática de Corea, Sri Lanka, Tailandia y Timor-Leste.
- *Pacífico occidental*: Australia, Brunei Darussalam, Camboya, China, Filipinas, Japón, Malasia, Mongolia, Nueva Zelandia, Papua Nueva Guinea, Región Administrativa Especial de Hong Kong (China), Región Administrativa Especial de Macao (China), República de Corea, República Democrática Popular Lao, Singapur, Viet Nam, y las islas del Pacífico.

Capítulo I

Introducción

Durante el siglo XXI el envejecimiento va a ser un tema predominante. El envejecimiento de la población representa probablemente uno de los mayores logros de las sociedades modernas. Las importantes mejoras conseguidas en los ámbitos de la nutrición, el saneamiento, la medicina, la atención de la salud, la educación, el conocimiento y el bienestar económico en general han hecho posible que las personas vivan más tiempo. A su vez, las tasas de fecundidad y mortalidad han experimentado un descenso, lo que está produciendo un aumento de la proporción de personas de edad en la población total en el mundo desarrollado y, de forma todavía más rápida, en muchos de los países en desarrollo.

En 2005, alrededor del 21% de la población de los países desarrollados tenía 60 y más años. Se estima que este porcentaje aumentará hasta el 32% en 2050. En los países en desarrollo, sólo un 8% de la población superaba los 60 años de edad en 2005, aunque se calcula que este porcentaje aumentará hasta alcanzar una cota cercana al 20% en 2050, lo que significa que el número de personas de edad en estos países casi se cuadruplicará entre 2005 y 2050. Este aumento será muy superior al de los países desarrollados y al de las economías en transición, y se espera que, para 2050, en torno al 80% de las personas mayores (cerca de 1.600 millones de personas) vivirá en lo que actualmente son países en desarrollo.

El envejecimiento de la población plantea retos importantes, especialmente en relación con la viabilidad financiera de los sistemas de pensiones, la provisión de sistemas de atención de la salud adecuados a largo plazo y la plena integración de las personas de edad como participantes activos en el desarrollo de la sociedad. El envejecimiento proporcionará asimismo nuevas oportunidades asociadas con la participación activa de las generaciones de más edad en la economía, así como en la sociedad en su conjunto. En los países que todavía disponen de una mano de obra joven y cada vez más numerosa, en particular los que forman parte del mundo en desarrollo, puede que exista una oportunidad para acelerar el desarrollo económico. En el *Estudio Económico y Social Mundial, 2007* se analizan estos retos y oportunidades.

El envejecimiento de la población proporciona oportunidades y plantea retos a las sociedades que envejecen

¿Qué se entiende por personas de edad?

En el análisis demográfico, suele tomarse la edad de 60 años como la línea divisoria entre los grupos de edad jóvenes y mayores de la población. Por otro lado, hay mucha gente, principalmente en los países desarrollados, que toma la edad de 65 años como punto de corte, puesto que se trata de la edad en la que buena parte de la población tiene derecho a percibir las pensiones y prestaciones sociales destinadas a las personas de edad; no obstante, este punto de corte no se aplica en todas partes. No es posible, por tanto, definir la vejez con exactitud, ya que el significado de este concepto no es idéntico en todas las sociedades ni, debido al constante aumento de la esperanza de vida, corresponde a un período de tiempo específico.

Con frecuencia, se considera que una persona es mayor no sólo porque se supone que está llegando al final de su período vital, sino porque, además, experimenta determinados

cambios en sus roles y actividades sociales. Las personas de edad se convierten en abuelos, pueden trabajar menos que antes o incluso dejar de hacerlo por completo; pueden realizar actividades diferentes y tienden a ser más propensos que otros adultos a contraer enfermedades o a sufrir discapacidades. Todos estos cambios, sin embargo, evolucionan con el tiempo y se perciben de manera diferente en las distintas sociedades.

El concepto de vejez varía a medida que aumenta la esperanza de vida

Por ejemplo, la duración media de la vida de los seres humanos sigue aumentando. Hacia 1900, la esperanza de vida oscilaba entre 45 y 50 años en los países industrializados de la época y comenzaba a aumentar también en otras zonas. Un siglo después, la esperanza de vida se sitúa en torno a los 65 años para el mundo en su conjunto y se espera que aumente hasta los 75 años en 2050. En los países desarrollados, la esperanza de vida media es de 78 años y aumentará hasta cerca de los 85 para 2050; en los países en desarrollo, se espera que esta variable pase de los 63 a los 74 años entre 2005 y 2050. Asimismo, se ha observado, al menos en los países desarrollados, que, aunque la gente viva más tiempo, aparentemente no vive más años con mala salud una vez superados los 60 años.

Algunos países industrializados, teniendo en cuenta la prolongación de la esperanza de vida de su población, han modificado la edad de jubilación en un esfuerzo por reducir la presión demográfica que sufren sus sistemas de pensiones y seguridad social. En los Estados Unidos de América, por ejemplo, la edad a la que una persona tiene derecho a percibir todas las prestaciones sociales previstas en su sistema aumentará gradualmente hasta alcanzar los 67 años en 2027. Francia ha establecido un mecanismo por el que el número de años durante los cuales una persona debe cotizar al sistema de pensiones depende de las variaciones de la esperanza de vida. Pero, aparte de las consideraciones relativas al efecto de la esperanza de vida sobre la viabilidad de los sistemas de pensiones, está el hecho de que una vida más larga y saludable ofrece a las personas de edad la oportunidad de “rejuvenecer” y aumentar sus contribuciones a la sociedad.

No obstante, otros países no han alcanzado todavía esta fase. Por ejemplo, en África la esperanza de vida media es de 49 años, y en algunos países de la zona esta cifra es aún menor. Además, buena parte de los países en desarrollo no disponen todavía de sistemas de pensiones con un grado satisfactorio de desarrollo. Así pues, el supuesto de que las personas puedan retirarse a cierta edad y disfrutar de una pensión razonable no es válido para una gran proporción de personas de edad, que siguen trabajando la mayor parte de sus vidas. Asimismo, el hecho de que el número de años que las personas viven con mala salud una vez superada la edad de 60 años tienda a ser mayor en muchos países en desarrollo que en los países desarrollados limita las posibilidades que tienen las personas de edad de contribuir a la sociedad.

Las respuestas políticas deben adecuarse específicamente a cada contexto

De las observaciones anteriores se desprende que es preciso elaborar un concepto más fluido de “personas de edad”, capaz de evolucionar con el tiempo, por ejemplo, en función de la esperanza de vida, y según los diferentes contextos sociales. Comprender las condiciones de vida específicas de las personas de edad en cada país y su contribución a la sociedad es imprescindible para poder definir respuestas adecuadas al fenómeno del envejecimiento como una tendencia inevitable.

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento

El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado por consenso en la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento el 12 de abril de 2002, reconoce plenamente los complejos retos que plantea el envejecimiento de la población (Naciones Unidas, 2002*a*).

El objetivo del Plan de Acción de Madrid consiste en “garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos” (párrafo 10). Al mismo tiempo, reconoce claramente que las contribuciones y los problemas específicos de las personas de edad deben situarse en el contexto de los avances hacia la consecución de los objetivos del programa internacional de desarrollo, incluidos los objetivos de desarrollo del Milenio.

El envejecimiento, como proceso de deterioro fisiológico que menoscaba gradualmente la capacidad de las personas para realizar sus funciones sociales, constituye un proceso continuo que requiere diversas respuestas desde el punto de vista del desarrollo. En el Plan de Acción de Madrid se ofrece un marco para incorporar el análisis del envejecimiento de la población en el debate internacional sobre la elaboración y la aplicación de políticas nacionales para promover el desarrollo de las sociedades para todas las edades. Los objetivos específicos de proteger los derechos de las personas de edad y fomentar su participación activa en la sociedad, tal como se define en el Plan de Acción de Madrid, se basan en el principio de equidad en la distribución de los beneficios del crecimiento y el desarrollo. Los tres grupos de orientaciones prioritarias definidas en el Plan de Acción de Madrid —las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable para las personas mayores— abarcan en detalle las cuestiones específicas que afectan al bienestar de estas personas y las acciones concretas que sería preciso poner en marcha para satisfacer sus necesidades en materia de desarrollo, salud y participación plena en la sociedad.

En el Plan de Acción de Madrid se ofrece un marco para responder a los retos que plantea el envejecimiento de la población

El desarrollo en un mundo que envejece

En el *Estudio Económico y Social Mundial, 2007* se analizan los retos y las oportunidades asociados con el envejecimiento de las poblaciones y se procura facilitar los debates en el marco del Plan de Acción de Madrid. En el capítulo II se examinan las principales tendencias y los factores subyacentes a la transición demográfica en las principales regiones del mundo y se analizan el aumento de la esperanza de vida y el descenso de las tasas de fecundidad como factores clave en el rápido proceso de envejecimiento de la población registrado durante el siglo XX y que continúa en la actualidad. En la mayoría de los países en desarrollo, este proceso se está produciendo a un ritmo acelerado.

El envejecimiento de la población se percibe en general como un proceso inevitable. Es poco probable que las intervenciones políticas tendentes a aumentar el número de hijos en los países de baja fecundidad puedan alterar sustancialmente este proceso. Un fuerte aumento de la migración internacional podría alterar las tendencias de la población de edad con respecto a la población en edad de trabajar en los países desarrollados. No obstante, tal y como se demuestra en el citado capítulo, sólo unos niveles muy altos —imposibles de alcanzar— de migración podrían frenar el aumento de las relaciones de dependencia de las personas de edad. Así pues, es posible que los cambios en la estructura de la población sean inevitables, pero también son bien conocidos y, por tanto, sus efectos pueden anticiparse.

El envejecimiento de la población es inevitable

En el capítulo III se ilustra la forma en la que, al mismo tiempo que envejece la población y se modernizan las sociedades (incluido el fenómeno de la urbanización), cambia igualmente el entorno social en el que envejecen las personas. El tamaño de la familia se reduce y la percepción del apoyo y la atención intergeneracional también están cambiando. El hecho de que cada vez haya más personas de edad que viven solas representa una creciente presión

Los cambios en la estructura familiar plantean nuevos retos en relación con la garantía del bienestar de las personas mayores

no sólo sobre los sistemas oficiales de atención de la salud y de ayuda económica a estas personas, sino también sobre los mecanismos no oficiales, basados en gran medida, en el apoyo familiar. Además, existen muchos estereotipos negativos acerca de las personas de edad, que las describen, por ejemplo, como causantes de la imposición de fuertes cargas relacionadas con los costos de los sistemas sanitarios y de pensiones o como personas “inevitablemente improductivas”. Tales factores incrementan el riesgo de que se produzcan situaciones de maltrato y abandono. En el capítulo se analizan estos retos en diferentes contextos y se proponen distintas formas de afrontarlos y de empoderar a las personas mayores con objeto de fomentar su participación en la sociedad.

Se necesita una mayor productividad laboral para compensar el efecto del envejecimiento sobre el crecimiento económico

Tal como se expone en el capítulo IV, el envejecimiento de la población podría convertirse en un lastre para el crecimiento económico a menos que se pueda controlar la progresión del descenso de la fuerza de trabajo o se hagan mayores esfuerzos por incrementar la productividad laboral. Como se ha expuesto anteriormente, la migración internacional no se considera la principal solución, puesto que se piensa que ningún país admitiría al enorme número de inmigrantes necesario para detener el aumento de las relaciones de dependencia de las personas de edad en los países de baja fecundidad. En esos países, es posible que las medidas que incentiven una mayor participación en el mercado de trabajo de las mujeres y los trabajadores de edad resulten más eficaces. Esto, a su vez, plantea otras cuestiones como, por ejemplo, cómo mejorar las condiciones del mercado de trabajo de forma que tanto las mujeres como los trabajadores de edad tengan más oportunidades y, a este respecto, cómo luchar contra la discriminación en razón del sexo o la edad de los candidatos en las prácticas de contratación y cómo adaptar los programas de capacitación a las necesidades de los trabajadores de edad. Tal vez lo más urgente sea incrementar la productividad laboral si se desea mantener los actuales niveles de bienestar y evitar los efectos negativos de la fuerza de trabajo sobre el crecimiento.

Los países con una fuerza de trabajo creciente y todavía relativamente joven tal vez consigan acelerar el crecimiento. No obstante, como puso de manifiesto el *Estudio Económico y Social Mundial, 2006* (Naciones Unidas, 2006a), tal vez no sea fácil obtener ese dividendo demográfico, en particular si en los países en desarrollo existen otros obstáculos estructurales para el crecimiento económico.

Los hábitos de consumo y ahorro pueden verse afectados por el envejecimiento

El envejecimiento de la población podría afectar también al crecimiento económico debido a los cambios en las pautas de consumo y ahorro. Cabe esperar que las economías con altos niveles de dependencia de los niños o de las personas de edad registren una tasa de ahorro nacional relativamente baja, mientras que dicha tasa será elevada en aquellas economías en las que haya una importante proporción de población en edad de trabajar. Esta situación podría reducir la disponibilidad mundial de fondos para financiar las inversiones, ya que los países en los que se registra un mayor envejecimiento de la población generan la mayor parte de los ahorros a escala mundial. No obstante, tal como se explica en el capítulo IV, es muy difícil predecir estos cambios debido a la existencia de numerosos factores no demográficos que influyen más en los hábitos de consumo y ahorro.

Un sistema de pensiones básicas de vejez puede ser asequible incluso en países de bajos ingresos

Puede decirse con bastante seguridad que el envejecimiento de la población ejercerá una gran presión sobre los sistemas destinados a garantizar los ingresos de las personas de edad. Tal como se analiza en el capítulo V, la reducción de la participación en el mercado de trabajo y el deterioro de las condiciones de salud aumentan el riesgo de pobreza en este grupo de edad. Esto es especialmente cierto en el caso de los países en desarrollo, en los que la mayor parte de las personas mayores no disponen de un seguro que las proteja de los riesgos para la salud ni tienen acceso a los sistemas oficiales de protección económica en la vejez. Un mecanismo universal de seguros sociales que proporcione una pensión mínima

podría evitar el riesgo de pobreza en la vejez. Esta propuesta puede parecer un objetivo muy ambicioso para muchos países en desarrollo en los que todavía la cobertura de la seguridad social es muy escasa; sin embargo, el análisis que se presenta en este capítulo sugiere que los sistemas de pensiones sociales básicas resultan bastante asequibles, incluso para la mayoría de los países de bajos ingresos y teniendo en cuenta el envejecimiento de la población durante el próximo medio siglo.

Los sistemas que garantizan los ingresos en la vejez deben incluir varios niveles y la importancia de cada uno dependerá de las necesidades de los diferentes segmentos de la sociedad. El principal objetivo de las recientes reformas de los sistemas de pensiones, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, ha sido lograr o mantener la sostenibilidad financiera de dichos sistemas. En muchos casos, este enfoque ha dejado de lado otros importantes objetivos, como la mejora de la cobertura o la garantía de un nivel mínimo de protección económica para todos en la vejez.

El envejecimiento de la población producirá un incremento de la demanda de atención de la salud a largo plazo. Los cambios en las pautas de morbilidad requieren la adaptación de los sistemas de atención de la salud. Como se analiza en el capítulo VI, el aumento de la esperanza de vida en todo el mundo va acompañada de una transición epidemiológica, es decir, un cambio de la predominancia de las enfermedades infecciosas y la alta mortalidad maternal e infantil hacia las enfermedades no transmisibles, especialmente las de tipo crónico. Este hecho representa un reto importante para los sistemas de atención de la salud. En los países desarrollados, la principal preocupación es el mantenimiento de unos niveles adecuados de calidad en la atención que se presta a una población que envejece en un contexto en el que los gastos de dicha atención no hacen sino aumentar. En los países en desarrollo, el problema es mucho mayor puesto que muchos de ellos se enfrentan ya a una doble carga relacionada con los costos de la salud, ya que se observa todavía una elevada prevalencia de enfermedades infecciosas en una parte importante de la población, al tiempo que el rápido proceso de envejecimiento está empezando a ejercer una mayor presión sobre los escasos recursos que se destinan a la atención de la salud.

Se prevé un incremento de los gastos sanitarios tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. No obstante, en este capítulo se cuestiona que el envejecimiento de la población sea el principal factor del aumento de los gastos sanitarios. En casi todos los países, independientemente de la fase de transición demográfica en la que se encuentren, el porcentaje de la producción que representan los gastos sanitarios ha ido creciendo con el tiempo; sin embargo, es posible que haya otros factores más importantes, como los precios de los medicamentos, el aumento de los costos de un personal sanitario cada vez más cualificado, los nuevos métodos de tratamiento y, en general, la presión del público para que mejore la calidad de la atención de la salud. Si se logra contener estos factores que impulsan el crecimiento del gasto total, cubrir el aumento de la demanda de servicios sanitarios generada por el envejecimiento de la población debería ser asequible en países en los que, en cualquier caso, cabe esperar que los niveles de ingresos aumenten con el tiempo.

La provisión de servicios de atención de la salud a largo plazo plantea una serie de problemas de diferente naturaleza. En algunos países desarrollados, este tipo de atención suele prestarse en el marco de un sistema universal de salud financiado mediante una mayor presión fiscal. En otros países, la provisión de dicha atención depende en mayor medida de la proporción de los ingresos que las familias y las personas decidan destinar a ella. Se observa, incluso, que los rápidos cambios en las normas sociales, la migración interna, la mayor participación de la mujer en el mercado de trabajo y la ruptura del modelo tradicional de familia ampliada representan importantes obstáculos para la provisión de este tipo de atención en

El envejecimiento de la población producirá un aumento de la demanda de atención de la salud a largo plazo

Sin embargo, el envejecimiento no es el principal factor del aumento previsto de los gastos sanitarios

muchos países. Este hecho ha estimulado la formulación de políticas encaminadas a facilitar la organización de sistemas de atención a largo plazo que ofrezcan a las personas de edad un entorno similar al del hogar como extensión del apoyo de base familiar o comunitaria que existe actualmente.

Perspectivas de futuro

La aplicación del Plan de Acción de Madrid requiere alianzas más estrechas a nivel nacional e internacional

Aunque en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento se ofrece un marco para responder a todos estos retos y oportunidades que plantea el envejecimiento de la población, la consecución de los objetivos globales de desarrollo definidos en dicho Plan exigirá un mayor grado de cooperación. Es necesario que los gobiernos y la comunidad internacional redoblen sus esfuerzos para incorporar las cuestiones relacionadas con el envejecimiento en el programa internacional de desarrollo. Se necesita una alianza internacional más fuerte para hacer frente a los compromisos adquiridos en el programa global de desarrollo en relación con la consecución de los objetivos de crecimiento económico, erradicación de la pobreza y desarrollo sostenible. A nivel nacional, la construcción de sociedades para todas las edades requiere una alianza más estrecha entre todos los niveles del gobierno, la sociedad civil, el sector privado y las organizaciones dedicadas a las personas de edad para que el Plan de Acción de Madrid pueda traducirse en medidas prácticas.

Capítulo II

Una población mundial que envejece

Cambio en la distribución de la población por edades

La distribución por edades de la población mundial está pasando por una profunda transformación sin precedentes. A medida que la mortalidad y la fecundidad han ido descendiendo, alcanzando en muchas partes del mundo niveles nunca vistos en la historia de la humanidad, la distribución por edades se ha ido modificando gradualmente en favor de las más avanzadas en un proceso que se conoce con el nombre de “envejecimiento de la población”. Ese cambio en favor de las edades más avanzadas se refleja en el aumento de la edad media de la población, en la mayor proporción de personas de edad y en la menor proporción de población infantil. Todas las regiones del mundo están experimentando este cambio, y aquellas en las que el proceso está más avanzado se enfrentan ya actualmente al reto de responder adecuadamente a las necesidades de una población creciente de personas de edad.

Las sociedades que envejecen pueden beneficiarse del descenso de la proporción de niños y jóvenes en la población, lo que implica que el peso relativo de personas jóvenes en edades no productivas disminuye. No obstante, y habida cuenta de que la distribución por edades se va modificando gradualmente en favor de las más avanzadas, las sociedades están experimentando un cambio de orientación a fin de garantizar a las personas de todas las edades, incluido el creciente número de personas de edad, los medios o la ayuda necesarios para mantener un nivel de vida digno. En el presente capítulo se describen los fundamentos demográficos del envejecimiento de la población y se establece un marco para el debate de sus consecuencias socioeconómicas¹.

Causas que subyacen a la modificación de la distribución por edades

El crecimiento histórico de la esperanza de vida es uno de los mayores logros de la humanidad. En los inicios de la historia de la humanidad, la duración media de la vida oscilaba probablemente entre los 20 y los 35 años, reflejando una elevada tasa de mortalidad durante el

La distribución de la población por edades ha ido modificándose en favor de las edades avanzadas en todas las regiones del mundo

¹ El análisis que aquí se presenta se basa en la revisión llevada a cabo en 2004 de la evaluación oficial que realizaron las Naciones Unidas de las tendencias y perspectivas demográficas (Naciones Unidas, 2005*a*). Aunque se ha publicado un conjunto más reciente de estimaciones y proyecciones (la Revisión de 2006), no fue posible utilizar las nuevas cifras revisadas en la preparación del presente informe debido a los plazos de publicación. Al igual que en el caso de la evaluación anterior, la Revisión de 2006 confirma que la población mundial está en camino de superar los 9.000 millones de personas en 2050, y que cabe esperar un envejecimiento sustancial de la población en todas las principales regiones del planeta. Ninguna de las tendencias ni los argumentos presentados en este informe variarían sustancialmente en caso de que el análisis se hubiera basado en el nuevo conjunto de cifras revisadas.

El siglo XX se ha caracterizado por una drástica reducción de los niveles de fecundidad y mortalidad en casi todos los países del mundo

curso de la vida y, en particular, entre los lactantes y los niños. En 1900, la esperanza de vida se situaba entre los 45 y los 50 años en los países industrializados de la época y empezaba a aumentar también en otras regiones. Un siglo después, la esperanza de vida era aproximadamente de 65 años para el mundo en conjunto y superaba los 80 años en unos cuantos países avanzados. Así pues, el aumento de la esperanza de vida entre los seres humanos se produjo fundamentalmente en el siglo XX.

El aumento de la esperanza de vida, y la reducción del riesgo de muerte que dicho aumento refleja, constituye uno de los elementos esenciales de la “transición demográfica”. El otro elemento importante de este proceso de cambio demográfico es el descenso histórico de la tasa de natalidad o de fecundidad total, es decir, el número medio de hijos nacidos por mujer. De los niveles históricos de seis y hasta ocho hijos por mujer, la fecundidad se redujo drásticamente durante los siglos XIX y XX hasta la cifra estimada de 2,6 hijos por mujer a escala mundial en el período 2000-2005. Para entonces, el nivel de fecundidad total había caído por debajo de los dos hijos por mujer en numerosas regiones del mundo, incluidos muchos países en desarrollo. Aunque en muchas zonas estos cambios no han sido tan drásticos, los niveles de fecundidad son ahora inferiores en todas las regiones del mundo a lo que lo eran hace medio siglo.

En el cuadro II.1 se presenta un amplio resumen de las tendencias históricas de dos medidas globales de la mortalidad y la fecundidad (la esperanza de vida al nacer y la fecundidad total), que incluyen asimismo los valores estimados para 2005 y las proyecciones hasta 2050. A nivel mundial, la esperanza de vida pasó de 47 años en 1950-1955 a 65 años en 2000-2005, y está previsto que llegue a los 75 años en 2045-2050. Durante estos mismos intervalos temporales, la fecundidad total se redujo de 5,0 a 2,6 hijos por mujer, y está previsto que continúe descendiendo hasta llegar a 2,0 hijos por mujer en 2045-2050.

Una consecuencia importante de esta transición de una tasa elevada a una tasa baja de fecundidad y mortalidad ha sido el enorme crecimiento de la población mundial durante

Cuadro II.1
Esperanza de vida al nacer y tasa de fecundidad total, para una selección de países y grupos de países, 1950-1955, 2000-2005 y 2045-2050

Fuente: Naciones Unidas (2005a).

Nota: La esperanza de vida al nacer es el número de años que vivirá un niño nacido en un período dado si las tasas de mortalidad específicas de la edad en ese período permanecieran constantes durante toda su vida; la tasa de fecundidad total es el número de hijos que nacerían por cada mujer suponiendo una mortalidad femenina nula durante la edad fértil y las tasas de fecundidad específicas para la edad en la región y en el período de referencia de que se trate. En el cuadro se muestran estimaciones (hasta 2005) y proyecciones de variante media (después de 2005).

a Mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años.

	Esperanza de vida (años)			Tasa de fecundidad total (número de hijos por mujer) ^a		
	1950-1955	2000-2005	2045-2050	1950-1955	2000-2005	2045-2050
Mundo	47	65	75	5,0	2,6	2,0
Países desarrollados	67	78	84	2,8	1,6	1,8
Europa	66	78	83	2,5	1,4	1,8
Japón	64	82	88	2,8	1,3	1,9
Estados Unidos	69	77	82	3,4	2,0	1,9
Canadá, Australia, Nueva Zelandia	69	80	85	3,5	1,6	1,9
Economías en transición	63	65	74	3,1	1,6	1,8
Comunidad de Estados Independientes	63	65	74	3,1	1,6	1,8
Europa sudoriental	57	74	80	3,7	1,6	1,8
Países en desarrollo	41	63	74	6,2	2,9	2,1
América Latina y el Caribe	51	72	79	5,9	2,5	1,9
Asia oriental y el Pacífico	41	70	78	6,1	1,9	1,9
Asia meridional	39	63	75	6,1	3,2	1,9
Asia occidental	43	68	78	7,0	3,5	2,0
África	38	49	65	6,7	5,0	2,5

los últimos siglos, ya que, en la mayoría de los países, la reducción de la tasa de mortalidad precedió en varios decenios a la de natalidad, lo que dio lugar a un período sostenido en el que la cifra anual de nacimientos superaba con creces a la de muertes. Otra consecuencia fundamental de la transición demográfica ha sido la modificación gradual de la distribución de la población mundial por edades en favor de las edades avanzadas.

Evolución histórica de la distribución por edades

A largo plazo, la reducción sostenida de la mortalidad y la fecundidad en el tiempo modifica la distribución de la población por edades en favor de los grupos de más edad, mientras que, a corto plazo, incrementa la proporción de niños y jóvenes. Como se ha señalado anteriormente, la transición demográfica suele comenzar con un descenso de la mortalidad, que produce una prolongación de la supervivencia, en particular en el caso de los niños. Como consecuencia de ello, el crecimiento de la población se acelera y aumenta la proporción de niños sobre la población total, lo que da lugar inicialmente a un rejuvenecimiento de la estructura por edades de la población.

En respuesta, en parte, a dichas variaciones de la mortalidad, comienza a disminuir la fecundidad, pues los padres se dan cuenta de que pueden tener un menor número de hijos sin poner en peligro la supervivencia del número de ellos que desean. Existen otros factores que también contribuyen a la reducción del número de hijos, como los cambios que se producen en las actividades productivas a medida que las economías adquieren un mayor grado de industrialización, las mayores oportunidades de las que disfrutaban las mujeres fuera del hogar y la mayor disponibilidad de métodos eficaces de control de la natalidad. Las reducciones sostenidas de la fecundidad frenan el crecimiento de la población y pueden producir una disminución de la proporción de niños en ella. Así pues, aunque la reducción inicial de la mortalidad produce un rejuvenecimiento de la población (debido al aumento de la tasa de supervivencia infantil), el posterior descenso de la fecundidad provoca a largo plazo un proceso de envejecimiento de la población.

A medida que pasa el tiempo, el descenso sostenido de la fecundidad da lugar no sólo a una reducción de la proporción de niños sino también de jóvenes, e incluso, en ocasiones, de adultos en edad de trabajar. Este proceso se ve reforzado por los continuos aumentos de la longevidad, que suelen acelerar el crecimiento de la población de personas de edad.

Por tanto, desde el punto de vista de sus efectos en la estructura por edades de la población, la transición demográfica tiene tres etapas. En la primera, la distribución por edades se rejuvenece a medida que aumenta la proporción de niños como consecuencia del aumento de la supervivencia en los primeros años. En la segunda, que es el resultado de las reducciones de la fecundidad, la proporción de niños empieza a disminuir en tanto que aumenta la de adultos en edad de trabajar. En la tercera, a la que normalmente se llega después de un largo período de descenso de la fecundidad y la mortalidad, tanto la proporción de niños como la de adultos en edad de trabajar disminuyen, y sólo aumenta la de personas de edad.

El engrosamiento en la zona de la población en edad de trabajar durante la segunda etapa de la transición es temporal (normalmente dura unos 50 años). Incluso así, ese período es lo suficientemente largo como para tener repercusiones importantes en el crecimiento económico y en otras muchas dimensiones de las sociedades. Esta característica común de la transición demográfica suele conocerse con diversos nombres como, por ejemplo, “dividendo demográfico”, “prima demográfica” u “oportunidad demográfica”; cada uno de estos términos alude a las posibilidades de elevar la tasa de crecimiento económico per cápita con la consiguiente mejora del nivel de vida de la población afectada (véase el capítulo IV).

La reducción inicial de la mortalidad de niños y jóvenes produce un rejuvenecimiento de la población, aunque la posterior caída de la fecundidad provoca a largo plazo un proceso de envejecimiento de la población

El aprovechamiento de los posibles beneficios de la prima demográfica depende de la disponibilidad de empleo productivo y de la existencia de oportunidades de inversión

Durante esta fase de la transición demográfica, la disminución de la proporción (y, a menudo, de la cifra absoluta) de niños dependientes con respecto al total de la población reduce los costos de educación y otras necesidades vinculadas a este grupo de edad, lo que deja una mayor cantidad de recursos disponibles para inversiones económicamente productivas que, potencialmente, contribuirán al crecimiento de la economía nacional. En teoría, esta prima demográfica ofrece una oportunidad para conseguir un desarrollo económico acelerado. No obstante, el aprovechamiento de sus posibles ventajas depende de la capacidad para generar empleo productivo y oportunidades de inversión y, en última instancia, de la existencia de condiciones políticas y sociales que puedan ofrecer un clima propicio para el desarrollo y el crecimiento sostenibles. La experiencia de muchos países en desarrollo, al tratar de beneficiarse de esta prima demográfica ha sido menos afortunada, como pone de manifiesto el gran número de derrumbes del crecimiento registrados en los dos últimos decenios del siglo XX (véase Naciones Unidas, 2006a).

Durante la tercera etapa de transición, el rápido envejecimiento de la población puede plantear problemas específicos para las políticas públicas, puesto que se necesitan ajustes importantes en diversos terrenos, en particular en las esferas de la atención de la salud y el apoyo en la vejez (véanse los capítulos V y VI). Como consecuencia de tales ajustes, surgen inevitablemente las cuestiones relacionadas con la equidad intergeneracional —a fin de dar respuesta a las necesidades de las personas en las diferentes etapas de la vida— o el papel del Estado, de la inversión privada y de la familia a la hora de prestar apoyo a las poblaciones dependientes. Los diferentes enfoques que se adopten para resolver estos problemas afectarán probablemente la distribución de la riqueza, así como la distribución y la naturaleza de las oportunidades y las cargas relacionadas con la edad, el género y otras categorías sociales.

Diferencias regionales en el envejecimiento de la población

Actualmente, la proporción de personas de edad es generalmente mucho más elevada en los países desarrollados...

Actualmente, la estructura por edades de los países desarrollados aparece, en general, más envejecida que la de los países en desarrollo. En los países con economías en transición, la estructura por edades es generalmente más joven que la de los países desarrollados, pero significativamente mayor que la de los países en desarrollo. Se prevé un envejecimiento sustancial de las poblaciones en todos los grupos de países en los próximos decenios (cuadro II.2).

...aunque la población mundial de personas de edad se concentrará cada vez más en los países en desarrollo

De acuerdo con las estimaciones de las Naciones Unidas, el 21% de la población de los países desarrollados tenía 60 y más años en 2005. Se prevé que este porcentaje aumentará hasta alcanzar el 28% en 2025 y el 32% en 2050. En los países con economías en transición, se prevé que el porcentaje medio de población de 60 y más años aumente del 16% en 2005 al 22% en 2025 y al 29% en 2050. En los países en desarrollo, el porcentaje estimado de población de 60 y más años era de sólo un 8% en 2005, pero se espera que alcance un 13% en 2025 y alrededor de un 20% en 2050. Así pues, es probable que la cifra de personas de edad en los países en desarrollo se duplique con creces entre 2005 y 2025. Este aumento es mucho mayor que el previsto tanto para los países desarrollados como para las economías en transición, donde el número de personas de edad se situará, respectivamente, en torno a un 44% y un 32% en el mismo período.

El gráfico II.1 ilustra la variación en el proceso de envejecimiento de los diferentes grupos de países mediante pirámides de población, que muestran la distribución de la población de cada sexo por edades. El gráfico muestra la distribución estimada de la población para 1950 y 2005 y las proyecciones para 2050 para el mundo en su conjunto, así como para los países desarrollados, las economías en transición y los países en desarrollo.

Cuadro II.2
Distribución de la población por grupos de edades, en el mundo en conjunto
y por grupos de países, 1950, 1975, 2005, 2025 y 2050

Grupo de edad	Población (millones)					Porcentajes				
	1950	1975	2005	2025	2050	1950	1975	2005	2025	2050
Mundo										
de 0 a 14	864	1 498	1 821	1 909	1 833	34,3	36,8	28,2	24,2	20,2
de 15 a 24	459	757	1 159	1 211	1 225	18,2	18,6	17,9	15,3	13,5
de 25 a 59	991	1 469	2 812	3 593	4 051	39,3	36,1	43,5	45,4	44,6
60 y más	205	350	672	1 193	1 968	8,2	8,6	10,4	15,1	21,7
Total	2 519	4 074	6 465	7 905	9 076	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
65 y más	131	232	476	832	1 465	5,2	5,7	7,4	10,5	16,1
80 y más	14	31	87	160	394	0,5	0,8	1,3	2,0	4,3
Países desarrollados										
de 0 a 14	175	202	170	165	167	27,0	24,3	17,3	15,8	15,6
de 15 a 24	105	137	128	118	116	16,2	16,5	13,0	11,2	10,8
de 25 a 59	289	360	483	472	440	44,6	43,3	49,1	45,1	41,2
60 y más	79	131	203	293	345	12,2	15,8	20,6	28,0	32,3
Total	647	830	984	1 047	1 067	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
65 y más	53	93	153	224	280	8,2	11,2	15,5	21,4	26,2
80 y más	7	16	39	61	105	1,1	1,9	4,0	5,8	9,8
Economías en transición										
de 0 a 14	56	71	57	51	43	29,0	26,6	19,0	17,7	16,5
de 15 a 24	39	49	53	36	29	20,4	18,4	17,6	12,3	11,0
de 25 a 59	78	113	144	141	113	40,6	42,2	47,8	48,6	43,2
60 y más	19	34	47	62	76	10,0	12,8	15,7	21,5	29,3
Total	191	268	302	289	261	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
65 y más	13	23	37	44	56	6,7	8,5	12,4	15,3	21,4
80 y más	2	3	6	8	14	1,0	1,2	1,9	2,7	5,4
Países en desarrollo										
de 0 a 14	634	1 224	1 593	1 693	1 623	37,7	41,1	30,8	25,8	20,9
de 15 a 24	316	571	978	1 058	1 080	18,8	19,2	18,9	16,1	13,9
de 25 a 59	624	996	2 186	2 980	3 498	37,1	33,5	42,2	45,4	45,1
60 y más	107	184	422	838	1 547	6,4	6,2	8,1	12,8	20,0
Total	1 681	2 975	5 179	6 569	7 748	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
65 y más	65	116	286	564	1 129	3,9	3,9	5,5	8,6	14,6
80 y más	5	13	41	91	275	0,3	0,4	0,8	1,4	3,5

Fuente: Naciones Unidas (2005a).

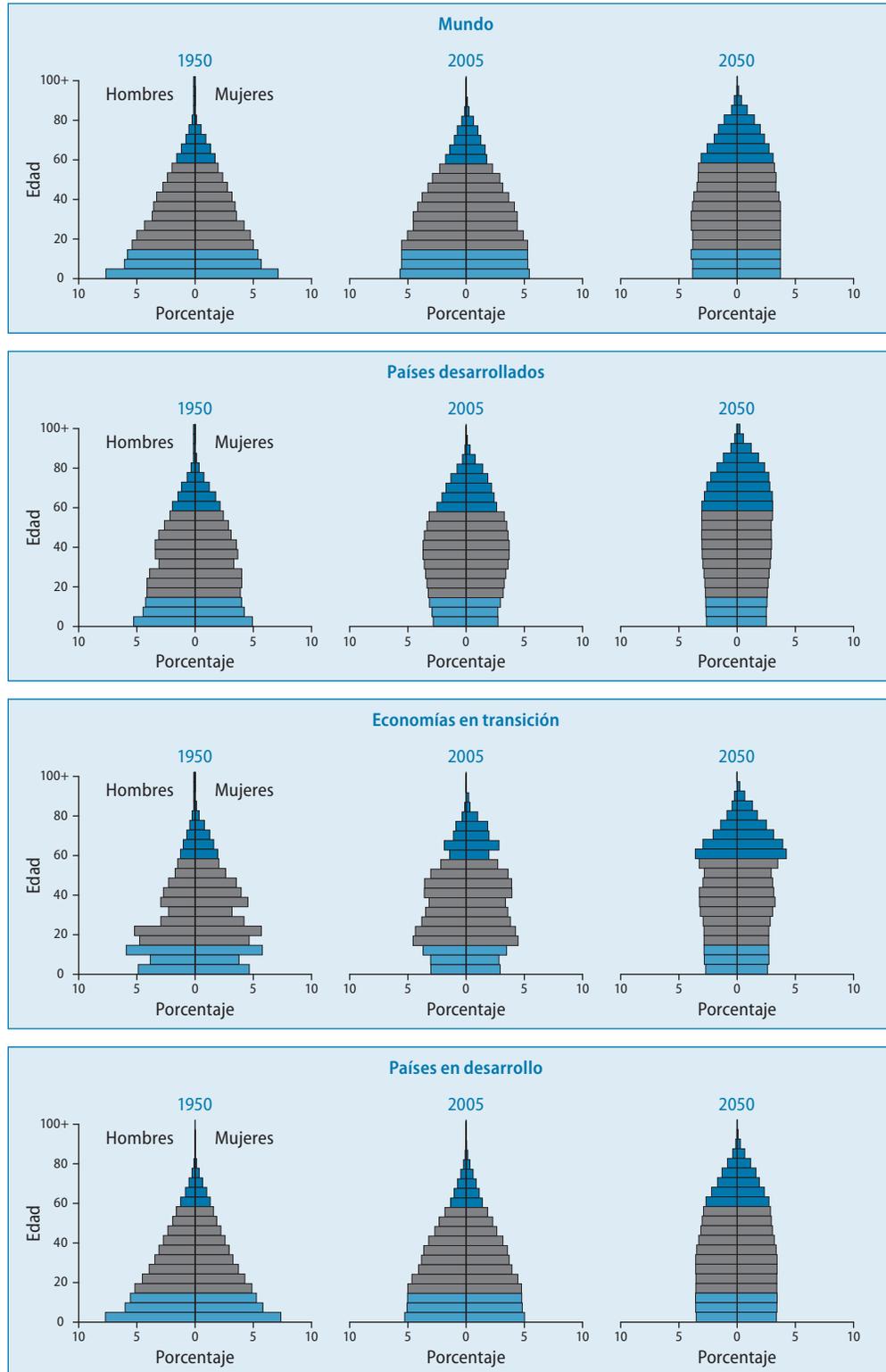
Nota: en el cuadro se muestran estimaciones (hasta 2005) y proyecciones de variante media (después de 2005).

Estos tres grandes grupos de países se encuentran en diferentes etapas de la transición demográfica, y las diferencias cronológicas del cambio demográfico se reflejan en la variabilidad de la actual distribución por edades de su población. Por regla general, las economías desarrolladas se encuentran inmersas en la tercera etapa de la transición y se prevé que sus poblaciones, cuyas edades son considerablemente más avanzadas, envejecerán rápidamente en un futuro próximo. En 2005, por ejemplo, sólo el 16% de la población europea tenía menos de 15 años, mientras que el 22% tenía 60 y más años (véase el cuadro A.1 del anexo). Según las proyecciones, en 2050 el porcentaje de personas de 60 y más años en Europa será de un 35%.

El proceso de envejecimiento es particularmente intenso en el Japón, donde se prevé que la edad de la población sea, con diferencia, la más avanzada del mundo a mediados de siglo. En este país, el porcentaje de personas de 60 y más años era del 26% en 2005 y se

Gráfico II.1
Pirámides de población, en el mundo en conjunto y por grupos de países, 1950, 2005 y 2050

- Más de 60 años
- Entre 15 y 59 años
- Entre 0 y 14 años



Fuente: Naciones Unidas (2005a).

prevé que alcanzará el 42% en 2050. Australia, el Canadá, los Estados Unidos de América y Nueva Zelandia experimentarán previsiblemente un envejecimiento algo más lento, ya que sus niveles de fecundidad no han descendido a unos niveles tan bajos como lo han hecho en Europa o en el Japón. En los Estados Unidos, se prevé que el porcentaje de la población de 60 y más años aumente de un 17% en 2005 a un 26% en 2050; en Australia, el Canadá y Nueva Zelandia, considerados en conjunto, se calcula que este porcentaje pasará de un 18% a un 31% en el mismo período.

Los países con economías en transición se encuentran inmersos también en la tercera etapa de la transición demográfica con niveles más bajos de fecundidad y mortalidad y estructuras por edades más envejecidas. En 2005, el 16% de la población de la Comunidad de Estados Independientes (CEI) y el 18% de la de Europa sudoriental tenían 60 y más años. Se prevé que, en 2050, estas proporciones habrán aumentado hasta el 29% y el 32%, respectivamente.

La mayor parte de los países en desarrollo se encuentran en la segunda etapa de la transición demográfica. No obstante, dado que el ritmo medio de reducción de la fecundidad en los mismos ha sido relativamente rápido (en particular en las regiones de Asia oriental y el Pacífico, así como en América Latina y el Caribe), se prevé un envejecimiento de la población más rápido que el que se produjo en el pasado en Europa y en otros países desarrollados. En Asia oriental y el Pacífico, el porcentaje de población de 60 y más años pasará del 10% en 2005 al 28% en 2050, mientras que en América Latina y el Caribe, este porcentaje pasará del 9% al 24% en el mismo período.

En Asia occidental y meridional, es probable que el proceso de envejecimiento sea más lento. En el primer caso, el porcentaje de población de 60 y más años aumentará de un 6% en 2005 a un 17% en 2050; en el segundo, se prevé que este porcentaje pasará de un 7% a un 19% durante el mismo período. África, por el contrario, ha entrado recientemente en la segunda etapa de la transición demográfica y su población sigue siendo muy joven. En 2005, el 42% de la población de este continente tenía menos de 15 años, y sólo un 5% era mayor de 60 años. Sin embargo, su transición a la etapa de baja mortalidad se ha visto interrumpida por el fuerte impacto que ha tenido en África la epidemia del VIH/SIDA. Además, no está claro que el incipiente descenso de la fecundidad experimentado por los países de esta región vaya a continuar a corto plazo. Aun suponiendo que la fecundidad decaiga a un ritmo moderado, la población africana seguirá siendo relativamente joven hasta bien entrado el siglo XXI.

En general, el proceso de envejecimiento en los países en desarrollo será más rápido de lo que fue en los países desarrollados. Un indicador empleado frecuentemente para medir el ritmo de envejecimiento de la población es el tiempo necesario para que la población de 65 y más años aumente del 7% al 14% y, luego, del 14 al 21%. En el gráfico II.2 se utiliza este indicador para ilustrar el ritmo de crecimiento de una selección de países de las regiones desarrolladas y en desarrollo del mundo. En muchos países desarrollados, el envejecimiento ha seguido un ritmo moderado. En Francia, por ejemplo, costó más de un siglo que el porcentaje de población mayor de 65 años creciese del 7% al 14%, y se estima que pasarán otros 40 años hasta que este porcentaje llegue al 21%. En el Japón, por el contrario, se cree que este cambio (aumento del porcentaje de la población de 65 y más años de un 7% a un 21%) se producirá en tan sólo 40 años. El ritmo estimado de envejecimiento será aún más rápido en algunos países en desarrollo como China, la República de Corea o Túnez; en todos ellos la fecundidad se ha reducido a un ritmo muy rápido.

Aunque, por regla general, la edad de la población es más avanzada en las regiones desarrolladas, la mayoría de las personas de edad viven en países en desarrollo (gráfico II.3).

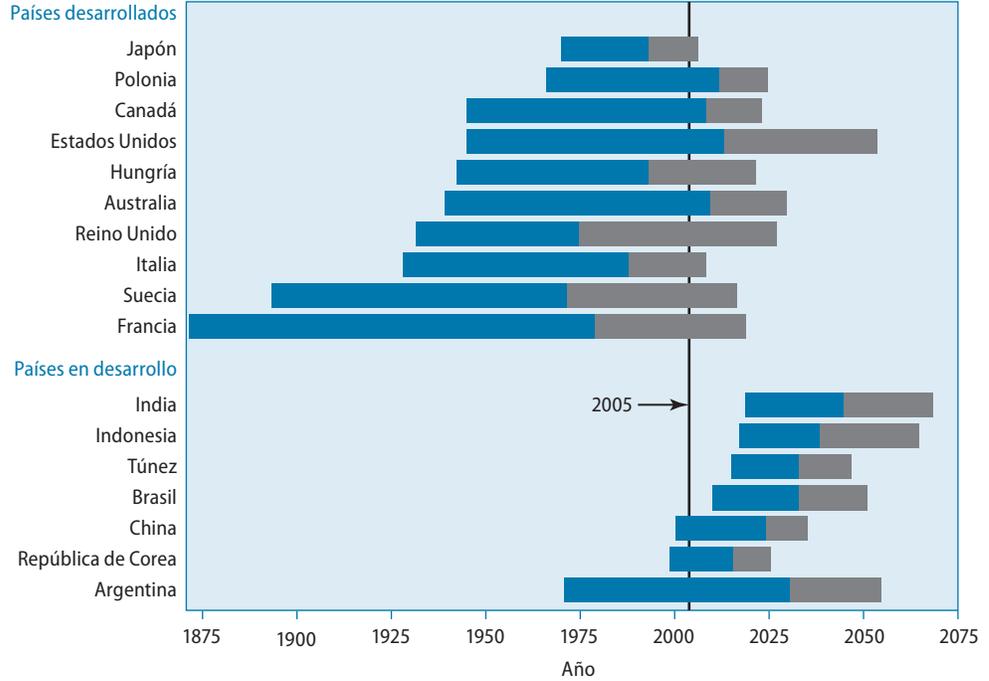
A diferencia de la situación que se observa en otras regiones en desarrollo, se prevé que la población africana seguirá siendo relativamente joven bien entrado el siglo XXI

En las próximas décadas, el proceso de envejecimiento en los países en desarrollo será más rápido de lo que fue en los países desarrollados

Gráfico II.2

Tiempo necesario para que el porcentaje de la población de 65 y más años aumente del 7% al 14% y del 14% al 21%, para una selección de países

Tiempo necesario para pasar del 7% al 14% ■
 Tiempo necesario para pasar del 14% al 21% ■

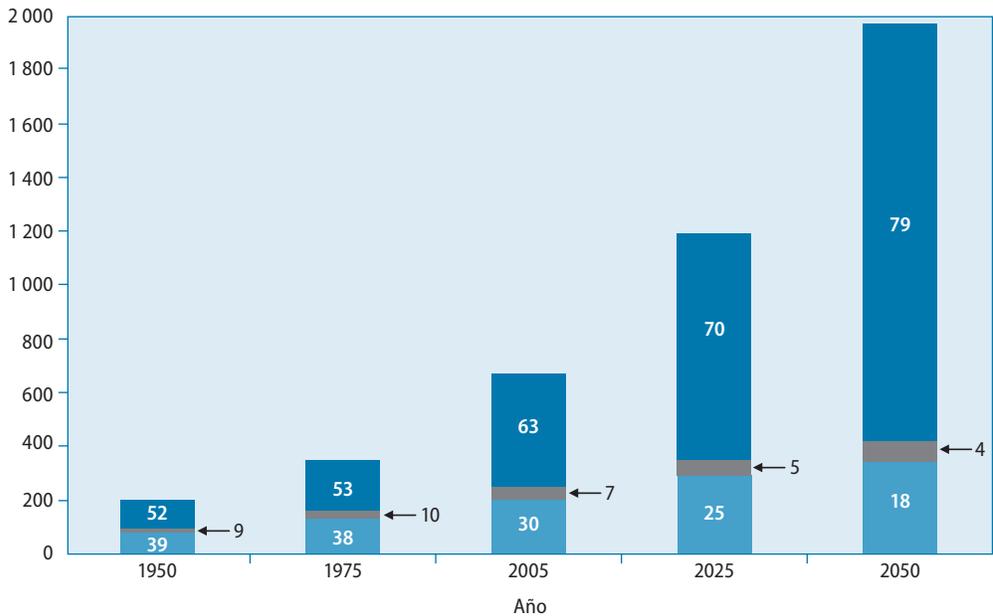


Fuente: Naciones Unidas (2005a); tabulaciones no publicadas para las Naciones Unidas (2004a); Oficina del Censo de los Estados Unidos (1992).

Gráfico II.3

Tamaño y distribución de la población mundial de 60 y más años, por grupos de países, 1950, 1975, 2005, 2025 y 2050 (millones)

Países en desarrollo ■
 Economías en transición ■
 Países desarrollados ■



Fuente: Naciones Unidas (2005a).

Nota: En el gráfico se muestran estimaciones (hasta 2005) y proyecciones de variante media (después de 2005). Las barras indican los porcentajes.

En 2005, el 63% de la población mundial mayor de 60 años vivía en países en desarrollo y se estima que esta cifra aumentará hasta el 79% en 2050, lo que significa que en ese año cerca de 1.600 millones de personas de edad residirán en estos países.

El envejecimiento en la población de personas de edad

Un aspecto destacado del proceso de envejecimiento en el mundo es el progresivo envejecimiento demográfico que está experimentando la propia población de personas de edad. En la mayoría de los países se observa que el aumento de la población mayor de 80 años es más rápido que el que se produce en otros segmentos de la población de personas de edad. Se calcula que la población mundial de 60 y más años casi se triplicará entre 2005 y 2050, mientras que el grupo de 80 y más años se multiplicará por un factor de 4,5 en el mismo período (cuadro II.3). En ambas categorías, el aumento proporcional será todavía más elevado en las regiones en desarrollo, en las que se espera que casi se cuadruplique la población de 60 y más años, al tiempo que la de 80 y más años se multiplicará por un factor de 6,7.

Se prevé que el porcentaje de la población mundial mayor de 80 años pasará del 1,3% en 2005 al 4,3% en 2050. En ese mismo período, este porcentaje pasará del 4% al 9,8% en los países desarrollados, del 1,9% al 5,4% en las economías en transición y del 0,8% al 3,5% en los países en desarrollo. Hacia la mitad del siglo seguirán existiendo importantes diferencias entre países y regiones en cuanto a la proporción que representan los grupos de población de edades más avanzadas con respecto a la población total. Mientras que en el Japón, por ejemplo,

El aumento más rápido de la población está teniendo lugar entre los grupos de edades más avanzadas

Cuadro II.3

Distribución de la población de 80 y más años, para una selección de países y grupos de países, 1950, 2005 y 2050

	Número de personas de 80 y más años (miles)			Número de personas de 80 años con respecto a la población total (porcentajes)			Número de personas de 80 y más años con respecto a la población de 60 y más años (porcentajes)		
	1950	2005	2050	1950	2005	2050	1950	2005	2050
Mundo	13 780	86 648	394 224	0,5	1,3	4,3	6,7	12,9	20,0
Países desarrollados	6 815	39 309	105 082	1,1	4,0	9,8	8,6	19,3	30,5
Europa	4 374	20 568	52 059	1,1	4,1	10,7	8,7	18,7	30,6
Japón	376	6 187	17 159	0,4	4,8	15,3	5,8	18,3	36,7
Estados Unidos	1 801	10 605	28 725	1,1	3,6	7,3	9,1	21,3	27,5
Australia, Canadá y Nueva Zelanda	264	1 949	7 138	1,1	3,5	9,4	9,3	19,6	30,5
Economías en transición	1 914	5 852	14 113	1,0	1,9	5,4	10,0	12,4	18,5
Comunidad de Estados Independientes	1 745	5 365	12 631	1,0	1,9	5,3	10,0	12,5	18,2
Europa sudoriental	169	487	1 481	1,1	2,0	6,9	10,4	11,1	21,5
Países en desarrollo	5 051	41 487	275 030	0,3	0,8	3,5	4,7	9,8	17,8
América Latina y el Caribe	656	6 700	40 348	0,4	1,2	5,2	6,6	13,6	21,4
Asia oriental y el Pacífico	2 269	19 659	136 814	0,3	1,0	6,1	4,2	9,9	21,5
Asia meridional	1 403	10 602	68 994	0,3	0,7	2,9	4,9	9,3	14,8
Asia occidental	126	994	8 804	0,3	0,5	2,4	4,8	8,3	13,9
África	597	3 532	20 069	0,3	0,4	1,0	5,0	7,4	10,4

Fuente: Naciones Unidas (2005a).

Nota: En el cuadro se muestran estimaciones (hasta 2005) y proyecciones de variante media (después de 2005).

se calcula que en el año 2050 las personas de 80 y más años representarán más de un 15% de la población, en África no se espera que este grupo de edad supere el 1% de la población total.

¿Es inevitable el envejecimiento de la población?

La preocupación por el rápido envejecimiento de la población ha provocado un intenso debate político, principalmente en los países desarrollados, en los que la transición histórica hacia una población más envejecida se encuentra en un estadio más avanzado. Una cuestión relevante es si este cambio demográfico puede alterarse mediante intervenciones políticas o si el envejecimiento de la población es un fenómeno esencialmente inevitable (lo que sugeriría que las respuestas políticas deberían centrarse en la adaptación a este fenómeno en lugar de centrarse en la mitigación de sus efectos). Para responder a esta cuestión, resulta útil examinar con mayor detalle las consecuencias de las pautas demográficas pasadas y futuras a fin de detectar los cambios históricos que se han producido en la distribución de la población por edades, así como analizar el posible efecto de las intervenciones políticas en los ámbitos de la natalidad y la migración internacional.

Reducciones históricas de la fecundidad y la mortalidad

La distribución de una población por edades se debe principalmente a sus tasas de fecundidad y mortalidad en el pasado y, en menor medida, a su historial migratorio. Si bien el aumento de la esperanza de vida influye también en dicha distribución, la reducción histórica de los niveles de fecundidad ha sido el principal factor que ha contribuido a la gradual modificación al alza de la distribución de la población por edades, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

Buena parte del envejecimiento de la población de las próximas décadas se producirá como consecuencia de los cambios registrados en el pasado en la fecundidad, la mortalidad y las migraciones

Buena parte del envejecimiento de la población previsto para el futuro se producirá como consecuencia del perfil demográfico actual de los diversos países, que refleja unas variaciones más tempranas de la fecundidad y la mortalidad, además de los efectos acumulativos de los movimientos migratorios del pasado. Aunque las tendencias futuras de estos tres componentes del cambio demográfico contribuirán a determinar la distribución por edades de la población a mediados de siglo, las pautas demográficas pasadas han supuesto ya un potente impulso para el envejecimiento de la población. Esto significa que la mayoría de las poblaciones continuarán experimentando una sustancial inclinación al alza en su distribución por edades, incluso si las tasas de fecundidad, mortalidad y migración específicas de la edad permanecen constantes.

Tendencias futuras según diferentes hipótesis de proyección

Los efectos futuros de las diferentes pautas que puedan seguir los cambios en la fecundidad sobre el tamaño y la distribución por edades de la población mundial pueden analizarse comparando las variantes de fecundidad alta, media y baja de las proyecciones demográficas de las Naciones Unidas, que se consideran una estimación fiable de los cambios probables en la tasa de fecundidad desde el momento actual hasta el año 2050. Las variantes de fecundidad baja y alta para cada país o región se basan en el supuesto de que, entre 2005 y 2050, la tasa de fecundidad media será de 0,5 hijos por debajo o por encima, respectivamente, del nivel supuesto para la variante media.

Estas variaciones en los supuestos, aparentemente pequeñas, implican grandes diferencias en el tamaño previsto de la población mundial para el año 2050, que oscilaría entre los 7.700 millones según la variante de baja fecundidad y los 10.600 millones según la variante de fecundidad alta (cuadro II.4). Los supuestos relativos a los niveles de fecundidad tienen, asimismo, importantes consecuencias para el ritmo de crecimiento previsto de la población mundial. Según la variante de fecundidad elevada, la población mundial en 2050 estaría aumentando a un ritmo de más de 90 millones de personas al año, lo que representa un incremento anual sustancialmente superior al actual; en cambio, según la variante de baja fecundidad, cabría esperar para dicho año un lento descenso de la población mundial.

Por el contrario, la incertidumbre sobre los niveles de fecundidad en el futuro tiene una importancia relativamente menor sobre los cambios esperados en la distribución de la población por edades. La variante de baja fecundidad implica que, en 2050, la población de 60 y más años representará un 26% del total de la población mundial; según la variante de alta fecundidad, dicho porcentaje será del 18% en el mismo año. Aunque los resultados son muy diferentes, ambos supuestos representan un aumento significativo si se compara con la situación existente en 2005, cuando sólo un 10% de la población mundial superaba los 60 años. Así pues, aunque se registren en el mundo unos niveles de fecundidad relativamente elevados

Cuadro II.4

Distribución por edades estimada para 2005 y según diferentes variantes de proyección para 2050, en el mundo en conjunto y por grupos de países (porcentajes)

Grupo de edad	Estimación para 2005	Proyección para 2050		
		Baja	Media	Alta
Mundo				
de 0 a 14	28	15	20	25
de 15 a 59	61	59	58	57
60 y más	10	26	22	18
Total	100	100	100	100
Número (millones)	6 465	7 680	9 076	10 646
Países desarrollados				
de 0 a 14	17	11	16	20
de 15 a 59	62	51	52	52
60 y más	21	38	32	28
Total	100	100	100	100
Número (millones)	984	918	1 067	1 236
Economías en transición				
de 0 a 14	19	11	16	22
de 15 a 59	65	53	54	54
60 y más	16	35	29	24
Total	100	100	100	100
Número (millones)	302	215	261	314
Países en desarrollo				
de 0 a 14	31	16	21	26
de 15 a 59	61	60	59	57
60 y más	8	24	20	17
Total	100	100	100	100
Número (millones)	5 179	6 546	7 748	9 096

Fuente: Naciones Unidas (2005a).

y la población siga creciendo a fuerte ritmo, un sustancial envejecimiento de la población durante la primera mitad del siglo XXI se antoja inevitable (véase el cuadro A.2 del anexo).

Este mismo resultado es válido para los diferentes grupos de países: incluso aunque se registren unos niveles de fecundidad relativamente altos durante las próximas décadas, el porcentaje de población de 60 y más años en 2050 será del 28% en los países desarrollados y del 24% en las economías en transición; tales valores son considerablemente más elevados que las estimaciones realizadas para el año 2005 (21% y 16%, respectivamente). En el caso de los países en desarrollo, la variante de alta fecundidad implica que el porcentaje de personas de edad en 2050 (17%) superará en más del doble a la estimación de 2005 (8%); según la variante de baja fecundidad, la proporción prevista (24%) triplicaría la estimada para 2005.

Posible efecto de las políticas de fecundidad

Debido a la estrecha relación existente entre las tendencias en las pautas de fecundidad y los cambios en la distribución de la población por edades, merece la pena analizar si las políticas tendentes a aumentar el número de hijos serán capaces de ralentizar de manera eficaz el proceso de envejecimiento de la población. Aunque parece que, en determinadas circunstancias, tales políticas pueden frenar realmente el descenso de la fecundidad, se ha demostrado que a los gobiernos les resulta muy difícil modificar las pautas de comportamiento de las personas en favor de un aumento de la fecundidad (Naciones Unidas, 2004*b*). No existen, sin embargo, suficientes elementos concluyentes sobre el efecto de las intervenciones pasadas tendentes a aumentar los niveles de fecundidad, pues ha resultado muy difícil diferenciar los efectos de las iniciativas políticas específicas de los efectos derivados de las condiciones sociales, políticas y económicas generales (Demeny, 2000; RAND, 2005).

Por motivos similares, la elaboración de intervenciones que produzcan resultados satisfactorios ha resultado ser extremadamente problemática, debido al hecho de que las políticas tendentes a aumentar la fecundidad pueden tener efectos diferentes en función de los contextos políticos, económicos y sociales en los que se apliquen. Otro factor que ha dificultado la aplicación de políticas tendentes a contrarrestar los descensos de la fecundidad está vinculado a la naturaleza de los resultados de estas políticas a largo plazo. El tiempo que necesitan estas políticas para que aumente el número de personas que se incorporan al mercado de trabajo suele ser de, al menos, una generación. Como consecuencia de este horizonte de largo plazo, los encargados de la formulación de políticas tienen, por lo general, escasos incentivos para apostar por este tipo de modelos, que suelen carecer de atractivo para la población y, por tanto, no suelen ser útiles en cuanto a rentabilidad electoral (RAND, 2005).

Ninguna intervención política parece haber sido capaz por sí sola de invertir la tendencia decreciente de la fecundidad. En lugar de ello los gobiernos han utilizado una combinación de políticas y programas tendentes a aumentar directa o indirectamente la fecundidad y sólo han logrando modestos éxitos. En Francia, por ejemplo, se han establecido generosos subsidios para guarderías, a fin de permitir la conciliación de la vida familiar y laboral, y se recompensa a aquellas familias que tengan al menos tres hijos. En Suecia se han puesto en marcha diversas políticas parentales —como, por ejemplo, flexibilización de los horarios de trabajo, guarderías de calidad o ampliación de los permisos de paternidad en condiciones económicas razonables— que han permitido que muchas mujeres puedan criar a sus hijos sin verse obligadas a abandonar la fuerza de trabajo (RAND, 2005). Parece que este tipo de medidas pueden tener un efecto ligeramente positivo sobre los niveles de fecundidad en los países en los que se aplicaron de una forma más enérgica. Es importante recordar, no obstante, que incluso un acusado incremento de la fecundidad no afectaría significativamente a la

Ninguna intervención política parece haber sido capaz por sí sola de invertir la tendencia decreciente de la fecundidad

estructura por edades de la población hasta que no hubieran transcurrido como mínimo 25 o 30 años, debido al impulso generado por las tendencias demográficas del pasado (Naciones Unidas, 2004b).

Posible efecto del fenómeno migratorio

Aunque el fenómeno migratorio internacional no tiene efectos directos sobre el tamaño ni las características de la población mundial considerada en conjunto, sí puede tener efectos en la distribución por edades de las poblaciones de algunos países o regiones, ya que el fenómeno migratorio se concentra de manera desproporcionada en los jóvenes adultos, y que este colectivo presenta, en ocasiones, tasas de fecundidad más elevadas que las de las poblaciones nativas. En el mundo actual, los países desarrollados suelen ser receptores netos de inmigrantes internacionales, al contrario de lo que generalmente sucede en los países en desarrollo. La variante media de las proyecciones demográficas de las Naciones Unidas está basada en el supuesto de que la dirección general de estas corrientes migratorias será la misma durante los próximos decenios, lo que refleja el efecto rejuvenecedor que se supone tendrá la migración internacional sobre la población de los países desarrollados.

Se ha calculado otro conjunto de proyecciones a fin de evaluar la magnitud de dicho efecto suponiendo que no se produzcan migraciones internacionales. La comparación de ambos conjuntos de proyecciones hasta el año 2050 para los países desarrollados muestra una diferencia de 142 millones de personas en el tamaño de la población al final del período de proyección (cuadro II.5). Además, el número previsto de inmigrantes internacionales entre 2005 y 2050 en la variante media provoca un descenso de 2,7 puntos porcentuales en la proporción de la población de 60 y más años en 2050, al tiempo que se produce un aumento de la proporción de niños y personas en edad de trabajar de 0,7 y 2,0 puntos porcentuales, respectivamente. Así pues, se prevé que la migración internacional ralentice sólo moderadamente el proceso de envejecimiento en los países desarrollados. Esta conclusión coincide con los resultados de otros estudios que han puesto de manifiesto que, por lo general, el efecto de la migración internacional sobre el tamaño y la estructura por edades de la población en los países desarrollados es relativamente insignificante (Naciones Unidas, 1998; 2001; 2004b).

En particular, un estudio de las Naciones Unidas sobre la denominada migración de reemplazo (Naciones Unidas, 2001) analizó los posibles efectos de la migración internacional en el tamaño y la estructura de la población de una serie de países cuyas pautas

Se prevé que la migración internacional ralentice sólo moderadamente el proceso de envejecimiento en los países desarrollados

Cuadro II.5

Estructura por edades de la población prevista para los países desarrollados en 2050 según las variantes de migración cero y media (porcentajes)

Grupo de edad (años)	Hipótesis de proyección		
	A. Media	B. Migración cero	Diferencia (A-B)
de 0 a 14	15,6	14,9	0,7
de 15 a 59	52,1	50,1	2,0
60 y más	32,3	35,0	-2,7
Total	100,0	100,0	0,0
Número (millones)	1 067	925	142

Fuente: Naciones Unidas (2005a).

de fecundidad no alcanzaban el nivel de reemplazo; entre dichos países, se estudiaron los casos de Alemania, los Estados Unidos de América, la Federación de Rusia, Francia, Italia, el Japón y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. Se llevó a cabo el mismo ejercicio para Europa y la Unión Europea (UE), como si se tratase en ambos casos de un único país a partir de 1995. El estudio abarcaba un horizonte temporal desde 1995 hasta 2050 y los cálculos estaban basados en la revisión de las estimaciones y proyecciones de población que las Naciones Unidas llevaron a cabo en 1998 (Naciones Unidas, 1999).

En el estudio se analizaron diversas hipótesis sobre las corrientes migratorias que serían necesarias para lograr unos objetivos o resultados definidos en relación con el tamaño de la población. Dichas hipótesis se centraban en tres variables de resultados: *a*) el tamaño de la población total; *b*) el tamaño de la población en edad de trabajar (de 15 a 64 años), y *c*) la relación entre la población de 65 y más años y la población en edad de trabajar. En cada caso, los analistas calcularon el volumen de migración internacional necesario para mantener la variable de resultado en cuestión en el nivel máximo (en el caso del tamaño de la población total y de la población en edad de trabajar) o mínimo (en el caso de la relación de dependencia de las personas de edad), que se alcanzaría, hipotéticamente, en ausencia de migración internacional a partir de 1995.

Los cálculos se basaron en el supuesto de que la tasa de fecundidad de todos los países y regiones variaría (al alza, en la mayoría de los casos) hacia los objetivos de 1,7 o 1,9 hijos por mujer y que, una vez alcanzados estos niveles, permanecerían constantes hasta 2050, último año del período de proyección. Para simplificar, se supuso, asimismo, una estructura por edades y sexos de las personas migrantes idéntica para todos los países y basada en las pautas históricas observadas en Australia, el Canadá y los Estados Unidos de América, que son los principales países receptores de migración. Además, la metodología de proyección se basaba en el supuesto de que los niveles de fecundidad y mortalidad de los inmigrantes convergerían inmediatamente hacia los de las poblaciones receptoras.

Los resultados del estudio (cuadro II.6) indican que, para que la migración internacional pueda contrarrestar la disminución prevista del tamaño de la población en países como Italia o el Japón, así como en Europa en conjunto (hipótesis I), los saldos migratorios netos deberían ser mucho mayores que los registrados en el pasado reciente. Por ejemplo, para compensar el descenso de la población previsto en Europa, la corriente neta media anual de inmigrantes internacionales entre 2000 y 2050 (en torno a 1,8 millones de personas) casi debería duplicar la producida entre 1995 y 2000 (alrededor de 950.000 personas, dato no incluido en el cuadro). Para compensar el descenso de la población en edad de trabajar (hipótesis II), los niveles de migración deberían ser todavía mayores: en el caso de Europa, supondrían una corriente neta media de 2,9 millones de inmigrantes anuales entre 1995 y 2050.

No obstante, ni siquiera este aumento de los niveles de migración lograría detener el envejecimiento de la población. En realidad, la corriente necesaria en estos mismos países para frenar el incremento previsto de la relación entre el número de personas mayores de 65 años y el de personas en edad de trabajar sería mucho mayor (hipótesis III). La corriente neta media anual entre 1995 y 2050 debería ser de 1,1 millones de personas en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, de 1,7 millones de personas en el caso de Francia y de más de 10 millones de personas tanto en los Estados Unidos como en el Japón.

La posibilidad de que los gobiernos sean capaces de asimilar estas enormes cifras de migración internacional dependerá en gran medida de las circunstancias económicas, políticas y sociales de cada país o región. Las hipótesis presentadas sirven principalmente

Se necesitarían flujos migratorios extremadamente elevados para detener el incremento esperado de la relación de dependencia de las personas de edad en los países desarrollados

Cuadro II.6

Número neto de inmigrantes necesarios entre 1995 y 2050 para lograr diferentes resultados demográficos hipotéticos, para una selección de países y regiones

País o región	Variante media	Hipótesis		
		I Población total constante	II Grupo de edad de 15 a 64 años constante	III Relación de personas 65+/15-64 años constante
A. Número total (miles)				
Francia	525	1 473	5 459	93 794
Alemania	11 400	17 838	25 209	188 497
Estados Unidos	41 800	6 384	17 967	592 757
Federación de Rusia	7 417	27 952	35 756	257 110
Italia	660	12 944	19 610	119 684
Japón	0	17 141	33 487	553 495
Reino Unido	1 200	2 634	6 247	59 775
Europa	23 530	100 137	161 346	1 386 151
Unión Europea	16 361	47 456	79 605	700 506
B. Número medio anual (miles)				
Francia	10	27	99	1 705
Alemania	207	324	458	3 427
Italia	12	235	357	2 176
Japón	0	312	609	10 064
Federación de Rusia	135	508	650	4 675
Reino Unido	22	48	114	1 087
Estados Unidos	760	116	327	10 777
Europa	428	1 821	2 934	25 203
Unión Europea	297	863	1 447	12 736

Fuente: Naciones Unidas (2004).

para poner de relieve la importancia de la gran transformación que se está produciendo en la estructura por edades de la población, por lo que no es realista suponer que cualquier política que se aplique en el ámbito de la migración internacional tendrá un efecto importante en la estructura por edades de la mayoría de los países desarrollados.

Tendencias en los grupos de edades de las personas en edad de trabajar y de las personas dependientes

Relaciones de dependencia: definición e interpretación

A menudo se utilizan las denominadas relaciones de dependencia para evaluar los posibles efectos del envejecimiento en el desarrollo económico y social. Dichas relaciones permiten comparar el tamaño de un determinado grupo de población que se considera económicamente dependiente con el de otro grupo económicamente activo. Teniendo en cuenta que con frecuencia no se dispone de datos precisos sobre el número de personas consideradas productoras (y, por tanto, activas desde un punto de vista económico) ni sobre aquellas que

son exclusivamente consumidoras (inactivas), las relaciones de dependencia suelen calcularse exclusivamente sobre la base de intervalos de edad.

Suele suponerse que los niños menores de 15 años forman parte de la categoría de personas dependientes y que las personas de edad avanzada tienen mayores probabilidades de encontrarse en una fase de la vida en la que su actividad principal sea el consumo. Como la edad de 65 años se ha considerado tradicionalmente el límite de dependencia de las personas mayores, en el presente informe se utiliza para el cálculo de las relaciones de dependencia el grupo de las personas mayores de 65 años. No obstante, cabe señalar que la dirección de las tendencias sería idéntica en caso de calcular las relaciones de dependencia utilizando como denominador la población de 15 a 59 años y definiendo el concepto de personas mayores como aquellas que superan los 60 años de edad. Se observa, sin embargo, que tanto la relación de dependencia total como la de las personas mayores son superiores si se adopta el límite de los 60 años (véase el cuadro A.3 del anexo).

Se analizarán tres tipos de relaciones: *a*) la relación de dependencia de los niños o relación entre las personas de 0 a 14 años y las de 15 a 64 años; *b*) la relación de dependencia de las personas de edad o relación entre el número de personas mayores de 65 años y las de 15 a 64 años, y *c*) la relación de dependencia total, que es la suma de las dos anteriores. Todas las relaciones de dependencia se expresan en número de personas dependientes (niños, personas mayores o ambos) por cada 100 personas con edades comprendidas entre los 15 y 64 años.

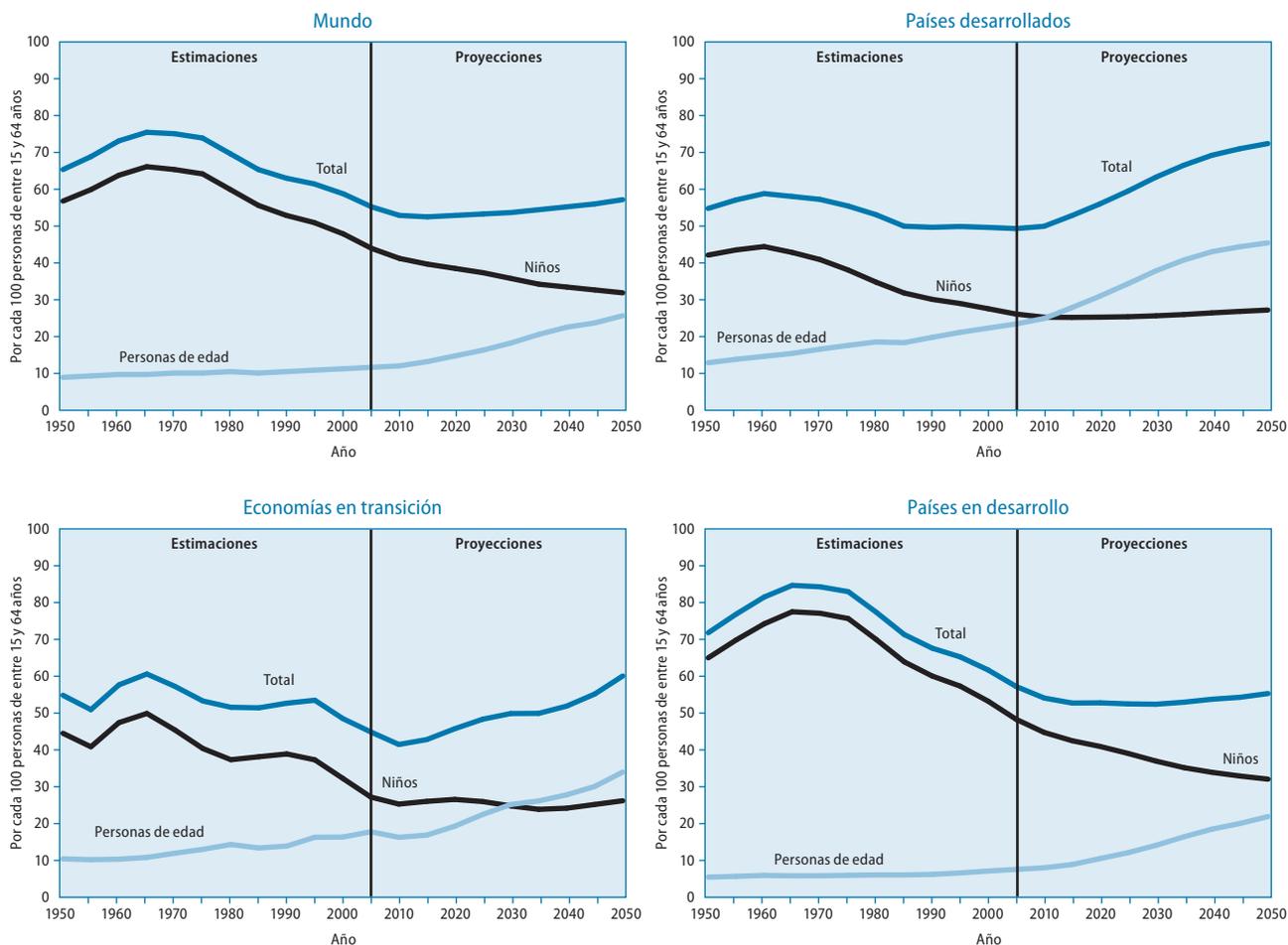
Resulta evidente que esta formulación del concepto de “dependencia” simplifica en exceso la realidad que viven las personas. En la mayor parte de las poblaciones, la actividad económica no cesa al alcanzar la edad de 65 años, al igual que no todas las personas de 15 a 64 años son económicamente activas. Aunque, con frecuencia, las personas mayores de 65 años necesitan el apoyo económico de otras, en muchas sociedades este colectivo proporciona también ayuda a sus hijos adultos (Morgan, Schuster y Butler, 1991; Saad, 2001). Además, no todas las personas con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años ofrecen apoyo, directo o indirecto, a niños o a personas de edad (Taeuber, 1992). En particular, a medida que se prolonga el período de capacitación para la vida productiva a lo largo del proceso de desarrollo económico, la mayoría de los adolescentes y adultos jóvenes permanecen más tiempo en el sistema educativo y fuera de la fuerza de trabajo, lo que implica una prolongación del período de dependencia de los niños bastante más allá de los 15 años de edad.

De las observaciones anteriores se desprende que las tendencias de las relaciones de dependencia que aquí se analizan constituyen meras indicaciones de las restricciones a las que una sociedad puede enfrentarse a medida que su población envejece y como resultado de unos cambios sin precedentes en el tamaño de los principales grupos de edad. El posible efecto económico de dichas tendencias debería estimarse aplicando unos criterios de medición más adecuados, basados en información relativa al número de trabajadores y consumidores presentes de una determinada población como función de la edad.

Tendencias mundiales de la dependencia relacionada con la edad

En el gráfico II.4 se muestran los valores de las tres relaciones de dependencia desde 1950 hasta 2050 para el mundo en conjunto, los países desarrollados y en desarrollo y los países con economías en transición. La relación de dependencia total para el mundo en conjunto

Gráfico II.4
Tendencias en tres tipos de relaciones de dependencia, en el mundo en conjunto
y por grupos de países, 1950-2050



Fuente: Naciones Unidas (2005a).

Nota: En los gráficos se muestran estimaciones (hasta 2005) y proyecciones de variante media (después de 2005). La relación de dependencia total se define como la relación entre la suma de la población de 0 a 14 años y la población de 65 y más años y la población de 15 a 64 años. La relación de dependencia de los niños es la relación entre la población de 0 a 14 años y la de 15 a 64 años. La relación de dependencia de las personas de edad es la relación entre la población mayor de 65 años y la población de 15 a 64 años.

ha aumentado de 65 personas dependientes por cada 100 personas con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años en 1950, a 74 en 1975. Este aumento de la dependencia en el mundo se debió principalmente al incremento del número de niños en relación con la población en edad de trabajar, lo que se refleja en el alza de la relación de dependencia de los niños. Entre 1975 y 2005, la relación de dependencia total se redujo de 74 a 55 personas dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar como consecuencia de la fuerte disminución de la dependencia de los niños.

Se prevé que esta reducción se interrumpa durante el próximo decenio y que invierta su tendencia; según las estimaciones, la relación de dependencia total prevista para 2025 será de 53 personas dependientes por cada 100 en edad laboral, y llegará hasta 57 en 2050. Este aumento se deberá íntegramente al incremento de la dependencia en las eda-

La relación entre la población "dependiente" y la población en edad de trabajar ha disminuido desde 1950 a escala mundial, pero se espera que aumente en el futuro

des avanzadas, ya que se prevé que la dependencia de los niños mantendrá su tendencia decreciente².

Diferencias regionales en la dependencia relacionada con la edad

La relación de dependencia total del conjunto de países desarrollados alcanzó un mínimo histórico en 2005

En los países desarrollados, la relación de dependencia total permaneció aproximadamente constante entre 1950 y 1975, a un nivel de unos 54 o 55 dependientes por cada 100 personas con edades comprendidas entre 15 y 64 años, pero desde entonces ha disminuido hasta 49 dependientes en 2005. Se prevé que el nivel observado en dicho año constituirá un mínimo histórico, pues, según las proyecciones realizadas, se estima que, en el futuro, se producirá un incremento persistente de esta relación en estas regiones, como consecuencia de un aumento sostenido de la relación de dependencia de las personas de edad. Además, se calcula que esta última variable alcanzará un valor de 45 en 2050, cifra muy próxima a la relación de dependencia total estimada para 2005. Si a esto se añade el número de niños dependientes, la relación de dependencia total será de 72 en 2050, un 37% más que el valor medio de esta misma relación en los países desarrollados entre 1950 y 2005.

El aumento previsto de la relación de dependencia total en las economías en transición se deberá exclusivamente al crecimiento continuo de la relación de dependencia de las personas de edad

Las tendencias de la relación de dependencia en los países con economías en transición son similares a las observadas en los países desarrollados. El valor de dicha relación en estos países apenas varió entre 1950 y 1975, pasando en dicho período de 56 personas dependientes, por cada 100 personas con edades comprendidas entre los 15 y 64 años, a 54 y descendiendo a continuación hasta un mínimo histórico de 42 personas dependientes en 2010; se prevé un incremento de esta relación hasta llegar a 49 personas dependientes en 2025 y a 61 en 2050. Como sucede en el caso de los países desarrollados, el aumento previsto de la relación de dependencia en las economías en transición se debe exclusivamente al aumento persistente de la relación de dependencia de las personas de edad.

En el caso de los países en desarrollo, tanto la experiencia histórica como las perspectivas futuras son muy distintas. En primer lugar, su relación de dependencia total en 1950 (71 dependientes por cada 100 personas con edades comprendidas entre 15 y 64 años) era muy elevada en comparación con la observada en los países desarrollados o en las economías que se encuentran actualmente en transición, debido particularmente al altísimo grado de dependencia de los niños en los países en desarrollo (65 por cada 100 personas con edades comprendidas entre 15 y 64 años). Entre 1950 y 1975, como la proporción de niños en la población total de estos países aumentó como consecuencia del descenso de la mortalidad, tanto la relación de dependencia de los niños como la total se elevaron, respectivamente, hasta 75 y 82 personas dependientes. Sin embargo, la posterior reducción de la proporción de niños debida al descenso de la fecundidad, acompañada de una proporción creciente del número de personas de 15 a 64 años, provocaron fuertes reducciones de ambas relaciones de dependencia a partir de 1975.

En 2005, la relación de dependencia total en los países en desarrollo era de 57 y se prevé que seguirá descendiendo hasta 52 en 2025. A partir de ese punto cabe esperar una tendencia

En los próximos decenios, se prevé un profundo cambio en el tamaño relativo de los grupos de edades dependientes en los países en desarrollo, ya que la población infantil dejará de aumentar y la de personas de edad seguirá aumentando

² Incluso en el caso de que la población mundial experimentase los niveles de fecundidad relativamente más altos que indica la proyección de variante alta (en la sección “¿Es inevitable el envejecimiento de la población?” figura una explicación de las diferentes hipótesis de variante alta), la relación de dependencia de los niños seguiría cayendo entre 2005 y 2050, lo que implica que el aumento de la relación de dependencia total se deberá íntegramente al crecimiento de la dependencia de las personas de edad (véase el cuadro A.2 del anexo). Además, el valor de esta relación en 2050 resultante de la proyección de variante alta será en todos los grupos de países significativamente superior a la estimada en 2005.

creciente muy lenta, puesto que es probable que el rápido incremento de la relación de dependencia de las personas de edad se vea compensado por una reducción continua de la dependencia de niños. En 2050, la relación de dependencia total para el conjunto de las regiones en desarrollo será de 55, valor ligeramente inferior al registrado en 2005. No obstante, en el futuro, la composición de esta relación será muy diferente, puesto que, según las estimaciones, las personas de edad representarán el 42% de la carga de dependencia total en 2050, cifra muy superior al 10% y al 16% estimados para 1950 y 2005, respectivamente.

En todos los grupos de países en desarrollo analizados, la relación de dependencia total, que ya era muy elevada en 1950, aumentó hasta un nivel muy alto entre 1950 y 1975. Este fenómeno fue particularmente intenso en África y Asia occidental, donde dicha relación ascendía a más de 90 personas dependientes por cada 100 personas con edades comprendidas entre 15 y 64 años en 1975 (véase el gráfico A.1 del anexo). En ese mismo año, la relación de dependencia total era de 84 en América Latina y el Caribe y de alrededor de 80 en Asia meridional y Asia oriental y el Pacífico. En todas las regiones en desarrollo, salvo en África, esta relación de dependencia experimentó un marcado descenso entre 1975 y 2005. Esta reducción fue particularmente importante en Asia oriental y el Pacífico, donde, debido al fuerte descenso de la población infantil, se alcanzó en 2005 una relación de 44 personas dependientes por cada 100 personas con edades comprendidas entre 15 y 64 años, comparable a la observada tanto en los países desarrollados como en las economías en transición. En Asia meridional y Asia occidental, la relación de dependencia total disminuyó hasta apenas superar el valor de 60 en 2005, mientras que en América Latina y el Caribe se situaba en torno a 55. En África, por el contrario, esta relación seguía siendo muy elevada en 2005 (81 personas dependientes por cada 100 personas con edades comprendidas entre 15 y 64 años).

Se prevé que en África la relación de dependencia total experimentará un descenso sostenido en los próximos decenios, alcanzando un valor de 55 en 2050. En cambio, en América Latina y el Caribe, dicha relación interrumpirá su descenso alrededor del año 2025 y después comenzará a aumentar hasta alcanzar, en 2050, un nivel de 57 dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar. Este aumento se deberá fundamentalmente al crecimiento de la población de personas de edad. Se calcula que, en 2050, en América Latina y el Caribe la relación de dependencia de las personas de edad será aproximadamente igual a la relación de dependencia de los niños. En Asia meridional y occidental, la relación de dependencia total seguirá descendiendo hasta situarse, en 2025, en 50 dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar y permanecerá estable en los 25 años siguientes.

Las perspectivas futuras de la relación de dependencia total en Asia oriental y el Pacífico son similares a las de las economías en transición, previéndose un lento aumento entre 2005 y 2025 y un aumento más rápido entre 2025 y 2050. Se estima que hacia 2030 la relación de dependencia de las personas de edad en esta región superará a la relación de dependencia de los niños.

El Japón representa un caso especial entre los países desarrollados, con una relación de dependencia total relativamente alta ya en 1950. Sin embargo, entre dicho año y 1975 esta relación se redujo drásticamente, pasando de 68 a 47 personas dependientes por cada 100 personas con edades comprendidas entre 15 y 64 años, debido principalmente a un descenso significativo de la relación de dependencia de los niños. En este país, la relación de dependencia de las personas de edad superó a la relación de dependencia de los niños entre 1995 y 2000 (véase el gráfico A.2 del anexo). Por consiguiente, en 2005, la población de personas mayores representaba casi un 60% de la relación de dependencia total, situada en 51 personas dependientes por cada 100 personas con edades comprendidas entre 15 y 64 años. Se prevé que, para 2050, la relación de dependencia de las personas de edad alcance en el Japón un

La relación de dependencia total sigue siendo muy elevada en África, pero se espera un descenso sostenido de esta variable en el futuro

El Japón representa un caso especial entre los países desarrollados

nivel notable (el más alto del mundo con diferencia): más de 70 personas mayores de 65 años por cada 100 personas con edades comprendidas entre 15 y 64. En cuanto a la relación de dependencia total, se estima que habrá una persona dependiente por cada miembro de la población en edad de trabajar.

Esta intersección entre la relación de dependencia de niños y de personas de edad también se produjo en Europa (entre 2000 y 2005). No obstante, la diferencia entre ambas relaciones es muy inferior a la registrada en el caso del Japón. Esta reciente intersección presagia un acusado incremento de la relación de dependencia total en el futuro, que se prevé aumentará paralelamente a la relación de dependencia de las personas de edad. Se calcula que, en 2050, la relación de dependencia total en Europa será de 77, un valor altísimo similar al registrado en los años sesenta del siglo XX en la mayor parte de los países en desarrollo, pero que, en este caso, estará determinada principalmente por la elevada proporción de personas mayores en lugar de niños.

Las pautas históricas que ha seguido la relación de dependencia total han sido similares tanto en Europa sudoriental como en la CEI. En ambos grupos de países, esta variable disminuyó entre 1950 y 2005, pero se prevé una inversión de tendencia durante el próximo decenio, hasta alcanzar en 2050 un nivel estimado de 66 en Europa sudoriental y de 61 en la CEI. En estos dos grupos, al igual que en la mayoría de los países desarrollados, el aumento previsto de la relación de dependencia total estará determinado fundamentalmente por el mayor peso de la población de personas de edad. Se estima que la proporción de estas personas superará a la proporción de población infantil en la relación de dependencia total alrededor de 2020 en Europa sudoriental y en torno a 2030 en la CEI. En 2050, se calcula que las personas mayores de 65 años representarán el 56% de la relación de dependencia total en la CEI y el 62% en Europa sudoriental.

El envejecimiento de la población en edad de trabajar

La propia fuerza de trabajo no es ajena al proceso de envejecimiento. En todo el mundo, el porcentaje de personas mayores de 50 años con respecto al grupo de 15 a 64 años permaneció estable en los últimos decenios, en torno a un 17% entre 1975 y 2005 (gráfico II.5). Se prevé un rápido crecimiento del peso de este grupo de edad en el futuro, hasta llegar a un 27,1% en 2050.

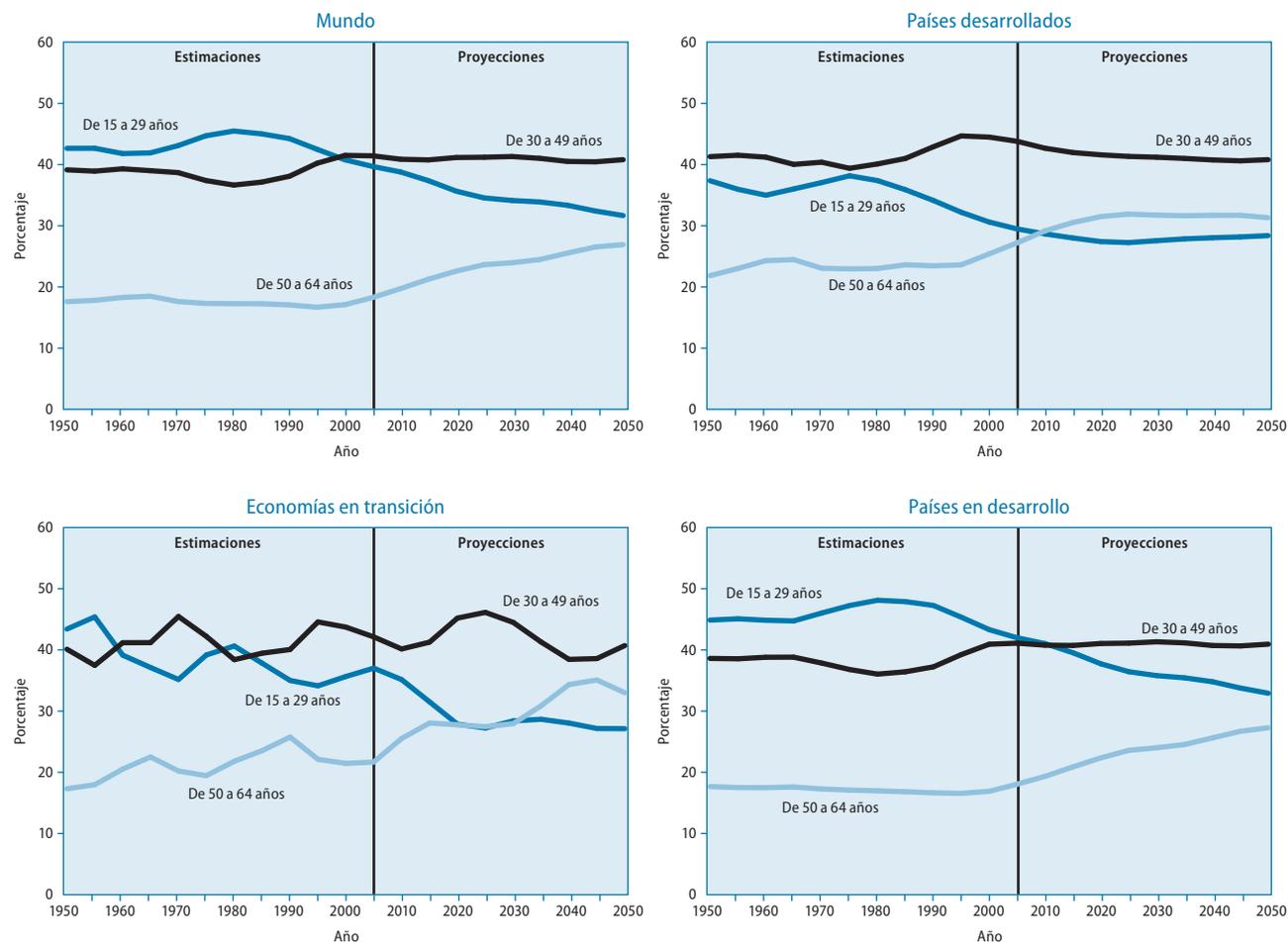
En los países desarrollados, la proporción de los segmentos más jóvenes (de 15 a 29 años) y mayores (de 50 a 64 años) de la población en edad de trabajar era prácticamente igual en 2005. No obstante, se prevé que el segmento de edad más avanzada supere al más joven a partir de 2010. En 2050, las personas mayores de 50 años representarán casi un tercio (31,2%) de la población en edad de trabajar en los países desarrollados.

En los países con economías en transición, se prevé que la intersección entre los segmentos más jóvenes y mayores de la población en edad de trabajar tendrá lugar entre 2020 y 2025. La proporción del segmento de edad más avanzada de la fuerza de trabajo en estos países alcanzará su punto culminante en 2045 (34,8%) y luego descenderá ligeramente hasta alcanzar un nivel del 32,7% en 2050.

Aunque en las regiones en desarrollo el tamaño de los segmentos más jóvenes y de mayor edad de la fuerza de trabajo tendía a convergir en los años noventa del siglo XX, se calcula que el primero de ellos seguirá siendo superior al otro a mediados del presente siglo. No obstante, se observan importantes diferencias entre países. En África, por ejemplo, la fuerza de trabajo seguirá siendo relativamente joven en 2050, mientras que en Asia oriental y el Pacífico se prevé que el tamaño del segmento de edad más avanzada superará al de los más jóvenes antes de 2025 (véase el gráfico A.3 del anexo).

Se calcula que, en los países desarrollados, casi un tercio de la población en edad de trabajar tendrá 50 y más años en 2050

Gráfico II.5
Distribución de la población en edad de trabajar por grupo de edad, en el mundo en conjunto y por grupos de países, 1950-2050 (porcentajes)



Fuente: Naciones Unidas (2005a).

Nota: En los gráficos se muestran estimaciones (hasta 2005) y proyecciones de variante media (después de 2005).

Diferencias entre los géneros en las edades avanzadas

Cifras de hombres y mujeres

Habida cuenta de que las mujeres suelen ser más longevas que los hombres, su número supera con creces al de éstos en las edades más avanzadas. Mientras que en 2005 había 101 hombres por cada 100 mujeres en el conjunto de la población mundial, la proporción a partir de los 60 años de edad era de 82 hombres por cada 100 mujeres (cuadro II.7).

Las mujeres no sólo tienen mayores probabilidades que los hombres de superar los 60 años sino que, además, una vez alcanzada dicha edad, su esperanza de vida es superior a la de los hombres de su misma edad. En consecuencia, la proporción de mujeres en la población de personas mayores tiende a crecer significativamente a medida que aumenta la edad. En

Más de la mitad de la población mundial de personas de edad está compuesta por mujeres, y su proporción con respecto a la población total aumenta con la edad

Cuadro II.7
Relación de sexos de la población, para una selección de grupos de edad,
en el mundo en conjunto y por grupos de países, 1950, 2005 y 2050

Grupo de edad	Relación de sexos (número de hombres por cada 100 mujeres)		
	1950	2005	2050
Mundo			
Total	100	101	99
de 0 a 14	104	105	105
de 15 a 59	99	102	103
60 y más	80	82	85
65 y más	75	77	80
80 y más	61	55	61
Países desarrollados			
Total	95	96	96
de 0 a 14	104	105	105
de 15 a 59	93	100	102
60 y más	80	76	81
65 y más	78	71	77
80 y más	65	49	59
Economías en transición			
Total	79	89	89
de 0 a 14	101	105	105
de 15 a 59	73	93	97
60 y más	54	57	65
65 y más	49	53	59
80 y más	36	29	38
Países en desarrollo			
Total	104	103	100
de 0 a 14	105	105	105
de 15 a 59	105	103	103
60 y más	86	88	86
65 y más	80	85	82
80 y más	68	67	64

Fuente: Naciones Unidas (2005a).

Nota: En el cuadro se muestran estimaciones (hasta 2005) y proyecciones de variante media (después de 2005).

2005 y para el conjunto de la población mundial, las mujeres superaban a los hombres en una proporción de casi 4 a 3 en el grupo de más de 65 años, y de casi 2 a 1 en el caso de las personas mayores de 80 años.

La relación de sexos en las edades avanzadas varía de forma significativa en los distintos países. La mayor longevidad de las mujeres ha sido históricamente más acusada en los países desarrollados y con economías en transición que en los países en desarrollo. Como consecuencia de ello, los valores promedio de la relación de sexos en las edades más avanzadas tienden a ser inferiores en los países desarrollados y con economías en transición que en los países en desarrollo. En la actualidad, los bajos niveles que registra esta relación en los países desarrollados y en los países con economías en transición se deben tanto a las diferencias en la esperanza de vida entre ambos sexos como a los efectos a largo plazo de la masiva pérdida de varones jóvenes durante la Segunda Guerra Mundial.

La relación de sexos en las edades avanzadas es particularmente baja en las economías en transición, en las que, en 2005, había 57 hombres mayores de 60 años por cada 100 mujeres de

la misma edad, y tan sólo 29 hombres por cada 100 mujeres en el caso de la población mayor de 80 años. Por el contrario, en los países en desarrollo, las mujeres mayores no superan a los hombres por tan amplia diferencia, ya que, en estas regiones, la esperanza de vida en ambos sexos es algo más pareja. Así pues, en los países en desarrollo hay actualmente 88 hombres mayores de 60 años por cada 100 mujeres de la misma edad, mientras que en el caso de las personas mayores de 80 años la proporción es de 67 hombres por cada 100 mujeres. En los países desarrollados, la relación de sexos en las edades más avanzadas se encuentra en valores intermedios a los observados en los dos casos anteriores.

No obstante, y debido en parte al descenso previsto de esta diferencia de esperanza de vida favorable a las mujeres en los países desarrollados y en las economías en transición, se calcula que la relación de sexos de la población mayor de 60 años en estas regiones aumentará entre 2005 y 2050, pasando de 76 a 81 hombres por cada 100 mujeres en los países desarrollados y de 57 a 65 en las economías en transición. De manera similar, se espera que en el futuro se produzca un aumento de la relación de sexos entre la población mayor de 80 años en ambos grupos de países.

Por el contrario, en los países en desarrollo se prevé que las diferencias en la esperanza de vida entre ambos sexos se acentuarán entre 2005 y 2050, debido a lo cual la relación de sexos en las edades avanzadas descenderá y se agudizará el desequilibrio existente en estos países entre las cifras de hombres y mujeres de edad. Sin embargo, no se espera que la relación de sexos en las edades más avanzadas caiga hasta unos niveles tan bajos como los observados en 2005 en las economías en transición y en los países desarrollados.

Diferencias de esperanza de vida entre los géneros al nacer y en edades avanzadas

Los niveles de mortalidad han experimentado un acusado descenso desde 1950. Entre 1950 y 1955 y entre 2000 y 2005, la población mundial consiguió incrementar en casi 19 años la esperanza de vida al nacer, pero este incremento no se distribuyó de igual forma entre hombres y mujeres (cuadro II.8). En la mayoría de los países, el descenso de la mortalidad ha sido más acusado entre las mujeres que entre los hombres, lo que ha venido a reforzar la ventaja de las primeras en relación con la tasa de supervivencia en las edades más avanzadas. A escala mundial, la diferencia en favor de la mujer por lo que respecta a la esperanza de vida al nacer ha aumentado de 2,8 a 4,5 años desde el período 1950-1955, y se prevé que seguirá creciendo ligeramente hasta llegar a una diferencia de 4,7 años entre 2045 y 2050. En las últimas décadas, sin embargo, la diferencia en la esperanza de vida al nacer entre ambos sexos se ha estabilizado, pudiendo observarse que dicha diferencia se reduce ligeramente en los países desarrollados.

La ventaja de las mujeres en cuanto a la esperanza de vida al nacer ha sido especialmente amplia en las economías en transición, en las que el aumento de los niveles de mortalidad entre los hombres adultos ha contribuido a acentuar las diferencias en la esperanza de vida al nacer de hombres y mujeres, que pasó de 7,0 años en el período 1950-1955 a 11,2 en el período 2000-2005. En la actualidad, la esperanza de vida de los hombres al nacer en estas economías es menor que la de los hombres que viven en países en desarrollo, mientras que en el caso de las mujeres la esperanza de vida al nacer en las economías en transición es seis años mayor que en los países en desarrollo.

Las mujeres han ido ganando terreno a los hombres, no sólo en cuanto a la esperanza de vida al nacer sino también en cuanto a su supervivencia en las edades más avanzadas. Entre 1950-1955 y 2000-2005, la diferencia de esperanza de vida en favor de las mujeres ha pasado

En la mayoría de los países, el descenso de la mortalidad ha sido más acusado entre las mujeres que entre los hombres

Cuadro II.8

Esperanza de vida al nacer y a las edades de 60, 65 y 80 años por sexo, en el mundo en conjunto y por grupos de países, 1950-2050

	1950-1955				2000-2005				2045-2050			
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	Diferencia	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	Diferencia	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	Diferencia
Esperanza de vida al nacer (años)												
Mundo	46,6	48,0	45,3	2,8	65,4	67,7	63,2	4,5	75,1	77,5	72,8	4,7
Países desarrollados	66,6	69,0	64,3	4,7	78,3	81,3	75,2	6,1	83,7	86,6	80,8	5,8
Economías en transición	62,7	65,8	58,8	7,0	65,5	71,2	60,0	11,2	74,1	77,5	70,5	7,0
Países en desarrollo	41,0	41,8	40,2	1,6	63,4	65,1	61,7	3,4	74,0	76,2	71,8	4,3
Esperanza de vida a la edad de 60 años (años)												
Mundo	14,8	15,5	13,9	1,6	19,2	20,7	17,5	3,2	22,4	24,3	20,5	3,8
Países desarrollados	17,7	19,3	16,0	3,3	22,2	24,3	19,8	4,5	25,9	28,3	23,4	4,9
Economías en transición	17,9	19,8	15,4	4,4	17,1	19,1	14,4	4,7	20,6	22,9	17,8	5,1
Países en desarrollo	13,0	13,2	12,7	0,5	18,0	19,3	16,8	2,5	21,8	23,5	20,1	3,4
Esperanza de vida a la edad de 65 años (años)												
Mundo	12,0	12,5	11,3	1,2	15,7	17,0	14,2	2,8	18,5	20,2	16,8	3,4
Países desarrollados	14,3	15,6	12,9	2,7	18,3	20,1	16,1	4,0	21,7	23,8	19,3	4,5
Economías en transición	14,8	16,3	12,6	3,7	14,0	15,4	11,8	3,6	17,0	18,8	14,6	4,2
Países en desarrollo	10,4	10,5	10,2	0,3	14,6	15,6	13,5	2,1	17,9	19,4	16,3	3,1
Esperanza de vida a la edad de 80 años (años)												
Mundo	5,7	5,7	5,4	0,3	7,5	8,1	6,7	1,4	9,0	9,9	7,9	2,0
Países desarrollados	6,4	6,9	6,0	0,9	8,6	9,4	7,4	2,0	10,8	12,0	9,1	2,9
Economías en transición	7,4	7,9	6,4	1,5	6,6	6,9	5,8	1,1	8,2	8,9	6,9	2,0
Países en desarrollo	4,9	4,8	4,9	-0,1	6,8	7,2	6,2	1,0	8,5	9,3	7,5	1,8

Fuente: Naciones Unidas (2005a).

Nota: En el cuadro se muestran estimaciones (hasta 2005) y proyecciones de variante media (después de 2005).

de 1,6 a 3,2 años a la edad de 60 años, y de 0,3 a 1,4 a los 80 años. Estas tendencias han sido muy similares en las diferentes regiones del planeta y han contribuido a que la relación de sexos en la población de personas de edades avanzadas se mantenga en niveles reducidos en todo el mundo.

Conclusiones

Al inicio del siglo XXI, la mayoría de los países del mundo estaban experimentando, o ya habían experimentado, una transición demográfica de un modelo caracterizado por altos niveles de fecundidad y mortalidad a otro en el que dichas variables se ven significativamente reducidas. Los países desarrollados casi han alcanzado la tercera etapa de esta transición, en la que el envejecimiento de la población es un fenómeno dominante y se produce con gran rapidez. La mayor parte de los países en desarrollo y de la población mundial en su conjunto se encuentran en la segunda etapa, en la que una distribución por edades favorable genera una prima demográfica potencial. Existen, sin embargo, algunos países que apenas han comenzado su transición al modelo de baja fecundidad, e incluso un pequeño número de países en los que, por el momento, no se aprecia un descenso de la fecundidad.

Los cambios impulsados por la transición demográfica dan lugar a una constante transformación de la estructura por edades de la población, que ofrece oportunidades y también plantea retos para el desarrollo. En la etapa inicial de la transición, los países se enfrentan al reto de educar a un gran (y creciente) número de niños y jóvenes. Posteriormente, en la segunda etapa, un aumento de la población en edad de trabajar produce una estructura por edades favorable que representa una oportunidad para el desarrollo económico. No obstante, para beneficiarse de las oportunidades que ofrece la prima demográfica, los países deben fomentar la inversión productiva y la creación de empleo.

Igualmente urgente es la necesidad de empezar a prepararse para el momento en que la prima demográfica se acabe y se acelere el envejecimiento de la población. En las economías desarrolladas, este fenómeno ya está planteando la necesidad de adoptar medidas de adaptación a la nueva realidad social y económica. Sin embargo, una vez más vuelven a surgir retos y oportunidades, ya que las personas de edad de los países desarrollados gozan de buena salud durante más tiempo que en épocas anteriores, por lo que tienen posibilidades de seguir siendo productivas.

Si bien las mayores proporciones de personas de edad se encuentran en los países desarrollados, este grupo de edad está creciendo a un ritmo considerablemente mayor en los países en desarrollo y, como consecuencia de ello, la población mundial de personas mayores se concentrará cada vez más en estos últimos. Incluso hoy día, cuando los países en desarrollo tienen una población relativamente joven, el porcentaje de personas mayores de 60 años en estos países representa un 64% de la población mundial de esta edad. En un plazo de 20 años, el 71% de la población mundial de personas de edad vivirá en estos países.

Tal como se analiza en el capítulo VI, es probable que resulte problemático conseguir que el creciente número de personas de edad cuenten con un apoyo adecuado durante su vejez, tengan acceso a un empleo digno si necesitan o desean seguir siendo económicamente activos y gocen de un nivel apropiado de atención de la salud. Las respuestas políticas al envejecimiento de la población deberán tener también en cuenta el hecho de que, en las edades avanzadas, en particular entre los más ancianos, las mujeres superan con creces en número a los hombres en la mayor parte de los países.

El aumento de la relación de dependencia de las personas de edad en todo el mundo es el reflejo de una situación en la que, en muchos países, un número cada vez mayor de personas beneficiarias de programas sanitarios y de pensiones financiados con fondos públicos (destinados, sobre todo, a las personas mayores de 65 años) está siendo sostenido por un número relativamente menor de contribuyentes potenciales (aquellos que se encuentran en edades económicamente productivas, entre los 15 y los 64 años). Tal como se argumenta en los capítulos IV y V, a menos que pueda acelerarse el crecimiento económico de una forma sostenida, el envejecimiento impondrá mayores cargas a la población en edad de trabajar (en forma de más impuestos y otras contribuciones) para que pueda mantenerse una transferencia estable de recursos hacia los grupos de edades más avanzadas. Esta carga cada vez mayor que impone la necesidad de prestar apoyo a las personas de edad sólo se ve compensada en parte por la reducción del tamaño de la población más joven.

El envejecimiento de la población será un fenómeno inevitable en los próximos decenios en todos los países, independientemente de su grado de desarrollo. Aunque la futura distribución de edades será determinada parcialmente por los cambios actuales en la fecundidad, la mortalidad y la migración internacional, el envejecimiento está experimentando también un potente impulso como consecuencia de las tendencias demográficas del pasado. Se prevé un importante aumento del envejecimiento de la población en los próximos decenios en todas

Los cambios en la estructura de la población que ha producido la transición demográfica plantean retos y ofrecen oportunidades para el desarrollo

las regiones del planeta, suponiendo diversos niveles hipotéticos de fecundidad, y es poco probable que las intervenciones políticas tendentes a aumentar el número de hijos en los países de baja fecundidad puedan alterar sustancialmente esa previsión. Asimismo, aunque un fuerte aumento de la migración internacional podría alterar las tendencias de la población en edad de trabajar, no hay ninguna hipótesis viable de futuros niveles de migración internacional que pueda tener más que un efecto moderado en el grado de envejecimiento de la población previsto en todo el mundo en los próximos decenios.

Deberían ponerse en
marcha respuestas
políticas para facilitar la
adaptación al inevitable
envejecimiento que
experimentará la población
a largo plazo

En resumen, como los cambios en la estructura por edades de la población que se avecinan se conocen bien, se puede en buena medida actuar con anticipación. Idealmente, deberían adoptarse respuestas de política con antelación para facilitar la adaptación a esos cambios demográficos a largo plazo. Aunque el envejecimiento de la población sea inevitable, sus consecuencias dependerán de las medidas que se adopten para hacer frente a todos los retos que plantea. En los siguientes capítulos del informe se analizan estos retos.

Capítulo III

Las personas de edad en una sociedad cambiante

Introducción

El entorno social en el que la gente envejece cambia con rapidez. El tamaño de las familias se reduce, el papel de la familia ampliada se desvanece y las percepciones con respecto al apoyo intergeneracional y la atención de las personas de edad cambian rápidamente.

Las consecuencias que esos cambios en la composición de la familia y en la forma de vivir tienen en relación con el apoyo y la atención a las personas de edad depende del contexto. En los países en desarrollo, donde los mayores tienen un acceso limitado a los mecanismos oficiales de protección social, habrán de depender de la familia y de la comunidad local. No obstante, esos mecanismos de protección no oficiales se han visto sometidos recientemente a grandes tensiones, no sólo debido a las tendencias demográficas que se han expuesto y a la creciente participación de la mujer en el mercado de trabajo, sino por la modificación de las percepciones acerca del cuidado de los padres y de las personas mayores en general. Es posible que en los países desarrollados sea preciso ampliar a largo plazo la oferta de servicios oficiales de atención a las personas de edad, lo que incluye la vida en instituciones asistenciales, así como desarrollar servicios alternativos que permitan que estas personas puedan envejecer en sus hogares si lo desean.

Uno de los grupos de prioridades que establece el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 2002a) para las políticas y los programas dirigidos a mejorar el bienestar de las personas de edad es el de velar por un entorno propicio y de apoyo para estas personas. Este programa aborda no sólo la importancia de garantizar la existencia de sistemas sostenibles de atención oficiales y no oficiales, sino también la adecuación de las modalidades de convivencia y de la vivienda, así como las posibilidades de participación de que dispone este colectivo en la vida política, social, económica y cultural de la sociedad en la que vive. El creciente número de personas mayores y los cambios en los estilos de vida de convivencia aumenta asimismo el riesgo de maltrato y abandono; de hecho, el maltrato infligido a las personas de edad y la discriminación basada en la edad son problemas que ya se han señalado en muchos países.

Para invertir estas tendencias negativas es preciso elaborar medidas específicas enmarcadas, como se explica en el presente capítulo, en una perspectiva más amplia que reconozca plenamente y aproveche mejor las contribuciones de carácter social y productivo que las personas de edad pueden aportar a la sociedad. Estas medidas deben garantizar una mayor participación económica y establecer mecanismos adecuados con el fin de proteger los derechos humanos de estas personas y potenciar su participación política.

En este capítulo se analizan tres aspectos que exigen respuestas políticas más adecuadas: las condiciones de vivienda y las modalidades de convivencia de las personas de edad; el empoderamiento y la participación política de estas personas, y, finalmente, el marco jurídico

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento proporciona el marco necesario para aprovechar las contribuciones que las personas de edad pueden aportar a la sociedad

y la conciencia social necesarios para garantizar la protección de sus derechos humanos. Un problema relacionado con todo lo anterior es, sin duda, la manera de fomentar la participación de estas personas en el mercado de trabajo, cuestión ésta que se aborda en el capítulo IV.

Cambios en las modalidades de convivencia y en las necesidades de vivienda

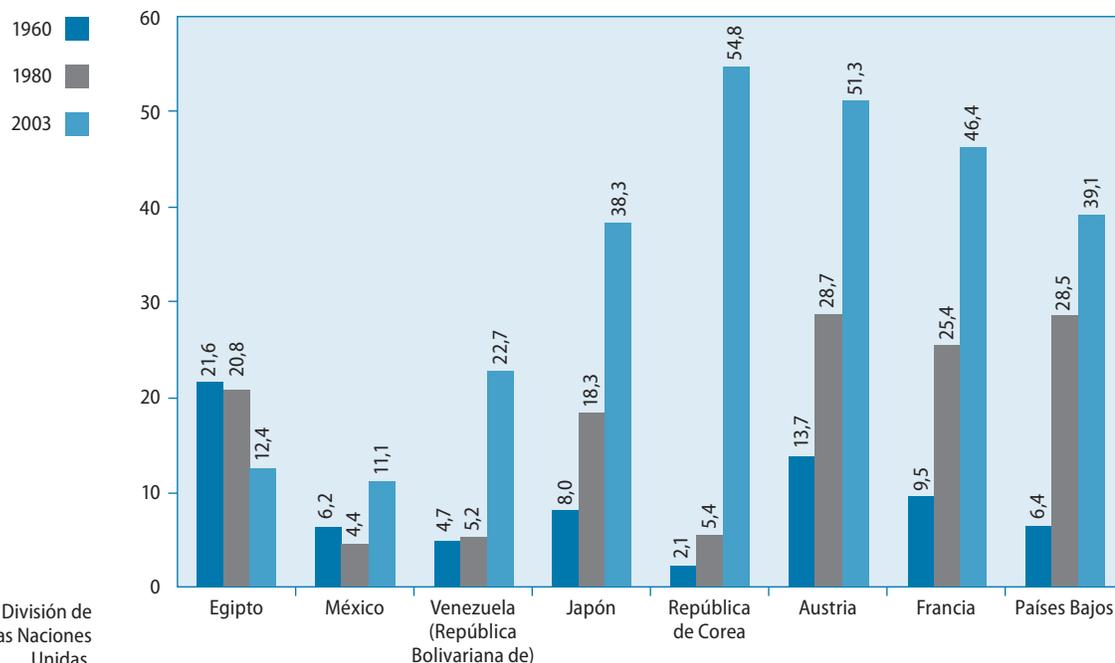
Se están produciendo importantes cambios en el tamaño y la composición de la familia nuclear en muchas regiones del mundo

La tendencia decreciente de las tasas de fecundidad y mortalidad, descrita en el capítulo II, ayuda a explicar los profundos cambios que se han producido en el tamaño y la composición de la familia nuclear como consecuencia de la pérdida de la importancia de la familia ampliada en muchas regiones del mundo. La rápida migración de la población rural hacia zonas urbanas, en particular como consecuencia de los procesos de industrialización, ha contribuido a esta pérdida de importancia de la familia ampliada. Más recientemente, las grandes corrientes de migración internacional han agudizado esta tendencia. Además, se ha descubierto que el aumento del nivel educativo de la población afecta a la fecundidad y a la composición de las familias, que se vuelven más nucleares al aumentar el nivel de educación (Oppong, 2006; Bongaarts y Zimmer, 2001; Naciones Unidas, 2005*b*; capítulo III).

Otros factores culturales y sociales, como el retraso de los matrimonios o el aumento de las tasas de divorcio y del número de personas que viven solas, también influyen en el tamaño y la estructura de las familias. Estos factores reflejan los importantes cambios que se han producido en los valores y los estilos de vida en todo el mundo. Durante los últimos treinta años, la edad del primer matrimonio ha aumentado en todas las regiones del planeta (Naciones Unidas, 2000), al tiempo que se ha observado un crecimiento de las tasas de divorcio en la mayoría de los países (véase el gráfico III.1).

Gráfico III.1

Cambios en las tasas de divorcio, para una selección de países, 1960, 1980 y 2003
(número de divorcios por cada 100 matrimonios)



Fuente: División de Estadística de las Naciones Unidas.

La emancipación de las mujeres, incluida su participación más activa en el mercado de trabajo y su mayor control sobre el comportamiento reproductivo a través de los modernos métodos anticonceptivos, ha influido notablemente en el descenso de las tasas de fecundidad. En los países desarrollados, cada vez son más las personas que no tienen hijos. En Alemania occidental, por ejemplo, se calcula que un tercio de las personas (hombres y mujeres) nacidas a partir de 1960 no tendrán hijos (Dorbritz y Schwarz, 1996).

Todos estos factores han provocado rápidos cambios en el tamaño y la estructura de las familias. El tamaño de los hogares ha disminuido a una media de 3,7 personas en Asia oriental, 4,9 en Asia sudoriental, 4,1 en el Caribe, 5,7 en el norte de África y 2,8 en los países desarrollados (Naciones Unidas, 2003). Asimismo, se ha pasado de la familia ampliada a la familia nuclear, lo que incluye un incremento del número de hogares unipersonales. Estos cambios tienen importantes consecuencias para el bienestar y las modalidades de convivencia de las personas de edad.

Modalidades de convivencia y necesidades de vivienda¹

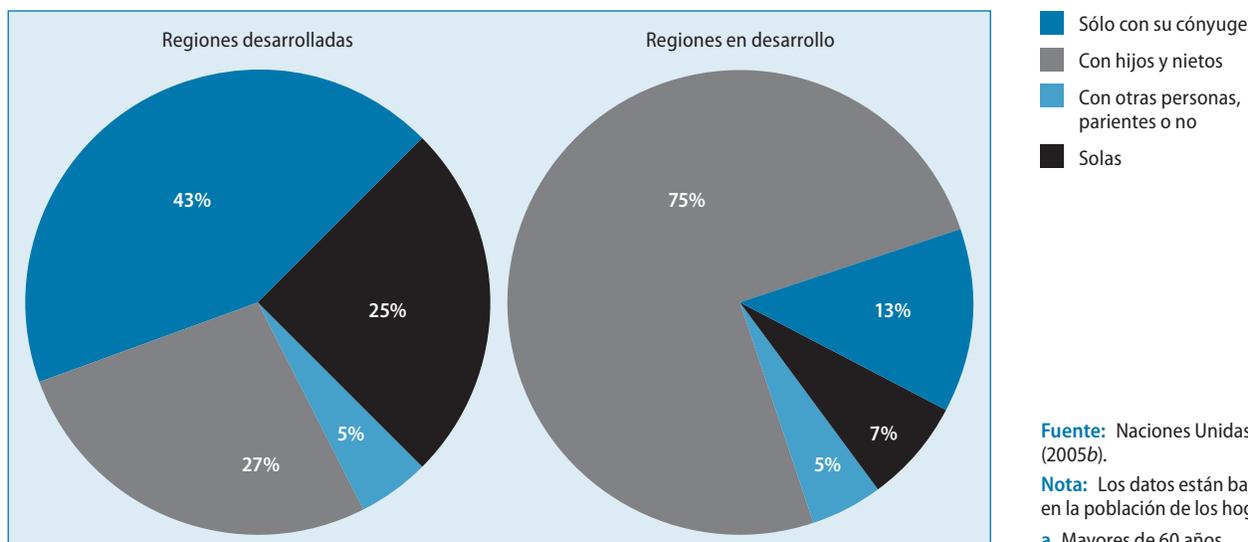
En todos los países, la mayoría de las personas de edad, siguen viviendo en sus propias casas y comunidades, fenómeno al que, en ocasiones, se denomina “envejecimiento en el propio medio”². En el mundo en desarrollo, una inmensa mayoría de personas de edad siguen viviendo en hogares en los que conviven con varias generaciones, en muchos casos con sus hijos y nietos, e incluso con otros adultos. Sólo un 13% de las personas mayores vive con su cónyuge y un pequeño porcentaje de ellas (el 7%) vive solo (gráfico III.2). Por el contrario, en el mundo desarrollado, el mayor porcentaje de personas de edad vive con su cónyuge en un hogar

El menor tamaño de las familias y la vida solitaria afectan el bienestar de las personas mayores

No obstante, en el mundo en desarrollo la gran mayoría de las personas de edad vive todavía en hogares en los que conviven varias generaciones

Gráfico III.2

Modalidades de convivencia de las personas de edad^a, en las regiones desarrolladas y en desarrollo



Fuente: Naciones Unidas (2005b).

Nota: Los datos están basados en la población de los hogares.

a Mayores de 60 años.

1 Los datos estadísticos que se muestran en esta sección siguen la convención internacional según la cual “personas de edad” son aquellas de 60 y más años (véase también el capítulo I).

2 Véase <http://www.tsaofoundation.org>.

La vida solitaria, más frecuente en el mundo desarrollado, aumenta la necesidad de disponer de mecanismos adicionales de apoyo

unigeneracional (43%), mientras que un 25% vive solo. En estos países, es más probable que estas personas vivan en centros residenciales no familiares, aunque, a escala mundial, sólo un pequeño porcentaje de las personas de edad vive en centros de atención institucionales.

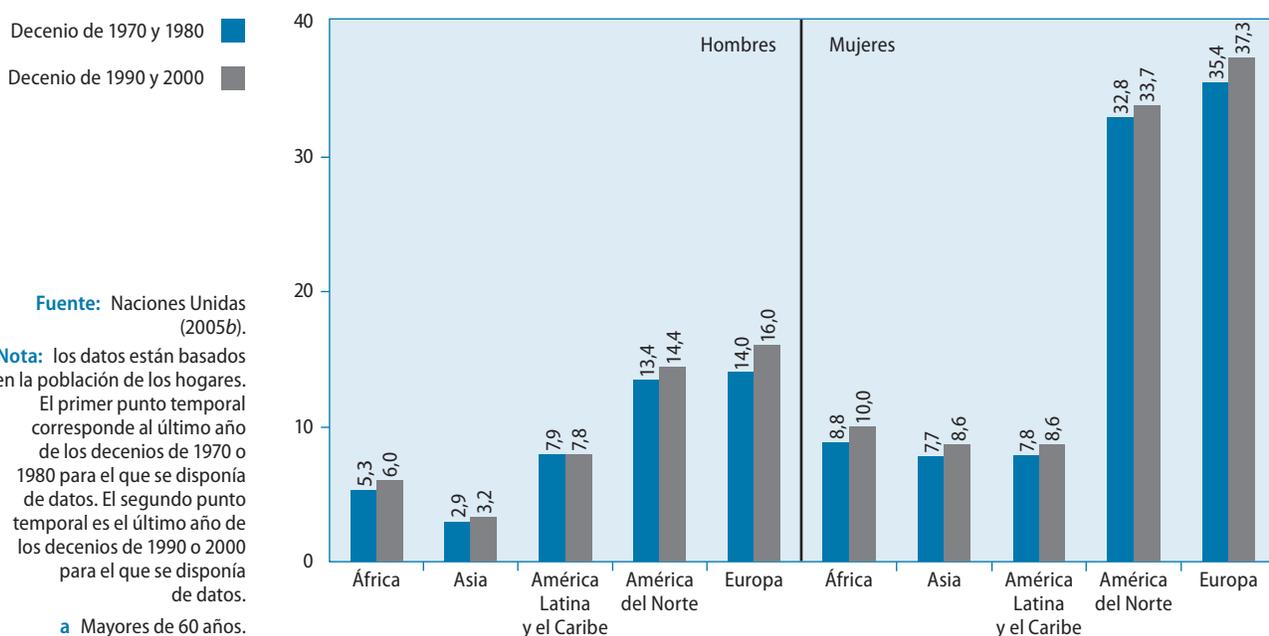
Aunque las modalidades de convivencia de las personas de edad varían notablemente tanto entre países como dentro de ellos, en muchos se observa una lenta pero creciente tendencia al alza del porcentaje de personas que viven solas. En los países desarrollados, dicho porcentaje oscilaba en 1994 entre el 14% en España y el 40% aproximadamente en Dinamarca. En los países en desarrollo, este porcentaje era muy inferior (Naciones Unidas, 2005b, cuadro II.3). En todo el mundo, una de cada siete personas de edad —90 millones en total— vive sola, y esa relación ha aumentado en la mayoría de las regiones y países durante los últimos decenios (gráfico III.3). Aunque el promedio del ritmo de cambio es bastante modesto, es probable que esa tendencia continúe y tenga importantes repercusiones sociales, especialmente para las mujeres de edad, que tienen más probabilidades de vivir solas puesto que, por lo general, viven más tiempo que sus cónyuges. La vida en soledad, que puede suponer un aumento del aislamiento, hace que sea más difícil organizar la atención por parte de los miembros de la familia; también aumenta la necesidad de contar con servicios de apoyo adicionales para que las personas de edad puedan seguir en su casa (Naciones Unidas, 2005b).

Modalidades de convivencia de las personas de edad en el mundo en desarrollo

En los países en desarrollo, la gran mayoría de las personas de edad vive con sus hijos adultos. Eso es así para cerca de tres cuartas partes de las personas mayores de 60 años que viven en Asia y África y para dos tercios de las que viven en América Latina y el Caribe (gráfico III.4). En estos países, la proporción de personas de edad que viven solas no llega todavía al 10% y en algunos países está disminuyendo, pero está aumentando lentamente en la mayor parte de

Gráfico III.3

Proporción de personas de edad^a que viven solas en dos puntos temporales, por sexo, promedios de las principales regiones (porcentajes)

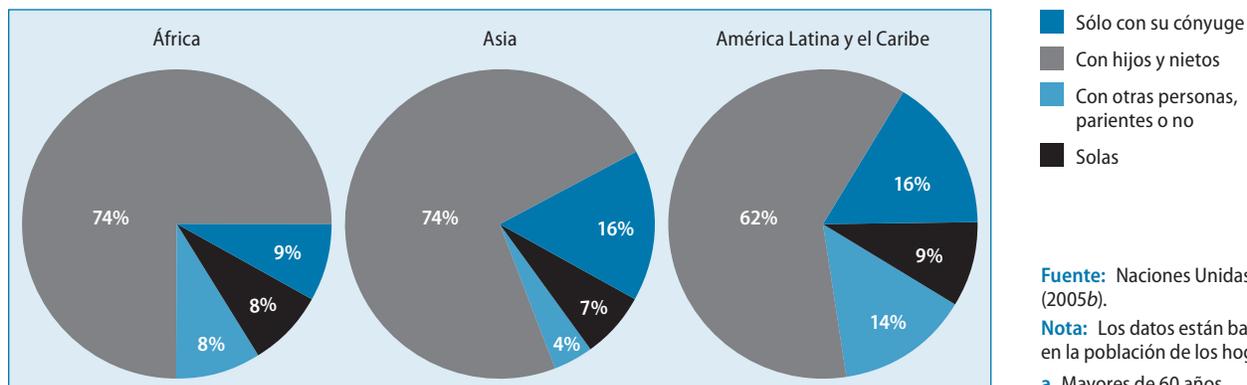


Fuente: Naciones Unidas (2005b).

Nota: los datos están basados en la población de los hogares. El primer punto temporal corresponde al último año de los decenios de 1970 o 1980 para el que se disponía de datos. El segundo punto temporal es el último año de los decenios de 1990 o 2000 para el que se disponía de datos.

^a Mayores de 60 años.

Gráfico III.4
Modalidades de convivencia de las personas de edad^a en África, Asia y América Latina y el Caribe



ellos. Ghana es la excepción, puesto que, en este país, el porcentaje de personas de edad que viven solas ha experimentado un fuerte aumento y casi se ha duplicado, ya que ha pasado del 12% al 22% en el período 1980-1998 (Naciones Unidas, 2005b, cuadro II.3).

La vida en soledad resulta especialmente problemática en los países en desarrollo, ya que, por regla general, los programas sociales de apoyo a las personas de edad son escasos (Naciones Unidas, 2005b). Además, la falta de fondos y recursos humanos limita la disponibilidad de atención institucional en estos países, tal como se describe en detalle en el capítulo VI. Por ejemplo, en América Latina y el Caribe el porcentaje de personas de edad que viven en residencias de atención institucional se sitúa entre el 1% y el 2% (Peláez, 2006).

La creciente urbanización de la población ha constituido una dimensión fundamental de la modernización del mundo en desarrollo. La mayor parte de estos países han venido experimentando un fenómeno combinado de envejecimiento y urbanización de la población en un período relativamente breve. Se espera que en 2050 la cifra de personas mayores de 60 años será en estos países casi cuatro veces mayor que en la actualidad, y que la proporción de personas de edad que vivan en zonas urbanas también crecerá, pasando de unos 56 millones en 1998 a más de 908 millones en 2050 (Centro de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (Hábitat), 1999)³. Las diferencias, generalmente muy amplias entre las zonas rurales y urbanas, y la importante migración a las ciudades por parte de los miembros más jóvenes de las familias aumentan la probabilidad de que las personas de edad que residen en el campo queden en situación vulnerable, tanto desde un punto de vista económico como social.

Las personas de edad que se trasladan de las zonas rurales a las urbanas suelen enfrentarse a diversos problemas. Además de las dificultades económicas y la carencia de ingresos permanentes (véase el capítulo V), deben hacer frente a una pérdida de redes sociales y a la falta de infraestructuras de apoyo en las ciudades. El riesgo de quedar aislados y marginados aumenta si no disponen de medios de transporte adecuados y de oportunidades para incorporarse plenamente al entorno urbano, en particular si la debilidad o algún tipo de discapacidad limita su movilidad.

³ Los cálculos del informe de este centro se basan en el supuesto de que la estructura por edades (la proporción de personas mayores de 60 años) es idéntica en las zonas urbanas y en las rurales. Este supuesto no es necesariamente cierto, ya que, con frecuencia, las poblaciones rurales presentan unas estructuras por edades más envejecidas.

La rápida urbanización de los países en desarrollo también afecta al bienestar de las personas de edad

Modalidades de convivencia de las personas mayores en el mundo desarrollado

En los países desarrollados, más de dos tercios de las personas de edad viven solas o con sus cónyuges (véase el gráfico III.2, *supra*). El otro tercio vive con sus hijos o nietos, o con otras personas. Aunque no se dispone de estadísticas detalladas sobre el número de personas que viven en centros de atención institucional, como residencias de ancianos o centros para personas asistidas, la información disponible sugiere que, en los países desarrollados, sólo una pequeña parte de la población de personas de edad vive en centros que presten servicios de atención a largo plazo.

Este tipo de atención suele estar reservada para las personas de edad frágiles que tienen dificultades para valerse por sí mismas, que sufren alguna discapacidad o necesitan servicios médicos especializados. La atención institucionalizada conoció un auge importante en Europa y América del Norte durante varios decenios, pero el fuerte incremento de los costos de este tipo de atención a largo plazo, junto con el hecho de que muchas personas mayores preferían permanecer en su propio hogar, ha ralentizado en los últimos años el crecimiento del número de residencias de ancianos y los centros para personas asistidas. En cambio, se observa una tendencia hacia sistemas de atención más basados en el hogar y la comunidad, que han permitido que las personas mayores puedan quedarse en sus casas. El sorprendente diferencial del costo es, sin lugar a dudas, una consideración fundamental. En Carolina del Sur (Estados Unidos de América), por ejemplo, puede obtenerse por unos 822 dólares anuales una serie de servicios que permiten a las personas de edad permanecer en su hogar. Estos servicios incluyen el envío de comidas a domicilio, atención personal de la salud y servicios de día. Por su parte, el costo anual de mantener a una persona mayor en una residencia oscila entre los 25.000 y los 37.000 dólares anuales⁴. En el capítulo VI se ofrecen algunas estimaciones del gasto público en salud en el futuro, que será mucho más elevado en caso de que el envejecimiento de la población requiera una expansión de la atención institucionalizada.

En los países desarrollados están ganando importancia los modelos alternativos de vida y atención de la salud de las personas de edad. El movimiento del “envejecimiento en el propio medio”⁵ ha ejercido cierta influencia en este sentido, fomentando la aplicación de políticas y programas diseñados para ayudar a las personas de edad a permanecer durante más tiempo en su propio hogar a través, principalmente, de la atención ambulatoria de base comunitaria. La gama de servicios disponibles para este colectivo en su propio domicilio incluye la atención personal, el envío de comidas, el mantenimiento y la limpieza del hogar, la gestión de la atención y el tratamiento de los problemas de salud. Los servicios comunitarios incluyen la atención de día, comidas comunitarias y centros sociales. Estos y otros programas posibilitan que una proporción cada vez mayor de personas mayores retrasen o incluso eviten su ingreso en centros de atención institucional.

En los países desarrollados están surgiendo programas que permiten a las personas de edad permanecer en sus propios hogares

⁴ En este diferencial de costo se supone que los servicios son idénticos. Las personas de edad que viven en instituciones residenciales suelen requerir un mayor grado de asistencia para la realización de las tareas cotidianas, así como una mayor atención médica. En la comparación de costos mencionada anteriormente es posible que se sobrestimen las diferencias reales, teniendo en cuenta el tipo y la calidad de los servicios prestados. Pueden encontrarse comparaciones de costos en la siguiente página web: http://www.aarp.org/states/sc/sc-news/what_are_home_and_community_based_services.html.

⁵ “El envejecimiento en el propio medio es un concepto gerontológico que pone de relieve la importancia de ayudar a las personas de edad a permanecer en sus hogares y en las comunidades a las que pertenecen el mayor tiempo posible”, así como las estrategias necesarias para ello (<http://www.tsaofoundation.org>). Este concepto ha fomentado la aplicación de una serie de políticas y programas para lograr dicho objetivo.

Suecia constituye un ejemplo de país comprometido con la prestación de servicios sociales y de salud a las personas de edad para que éstas no se vean obligadas a abandonar sus hogares. Entre los servicios disponibles cabe mencionar la asistencia y atención personal en tareas básicas, como la limpieza, la compra o la preparación de comidas. Estos servicios de ayuda a domicilio que prestan los ayuntamientos están a disposición de todos los ciudadanos suecos mayores de 65 años. En 2004, el 9% de estas personas recibió algún tipo de ayuda a domicilio (Suecia, Ministerio de Salud y Asuntos Sociales, 2005).

El servicio de atención comunitaria Hammond, en Australia, es otro ejemplo de programa de apoyo al envejecimiento en el propio medio. Este programa de ayuda a las personas de edad que sufren demencia senil incluye diversas modalidades de apoyo, desde la atención personal y la ayuda a domicilio hasta la asistencia médica (Hammond Care Group, 2003). En los Estados Unidos de América han surgido diferentes tipos de comunidades de asistencia a los jubilados, entre las que se encuentran las comunidades jubiladas de incidencia natural (NORD) y las comunidades para jubilados con cuidado continuo (CCRC), que se caracterizan por diferentes modelos de servicios de apoyo a las personas que residen en ellas. Las comunidades jubiladas de incidencia natural, que han ido evolucionando con el tiempo a medida que sus residentes iban envejeciendo, ofrecen en los barrios en los que actúan diversos servicios y actividades coordinados en el ámbito de la atención de la salud, los servicios sociales, la educación y el tiempo libre. En la ciudad de Nueva York, donde comenzó el movimiento de estas comunidades, el gobierno municipal y las organizaciones filantrópicas aportaron la financiación necesaria para su puesta en marcha (Vladeck, 2004).

Situación de la vivienda y tecnología de asistencia

En los países en desarrollo, la situación de la vivienda de las personas de edad tiende a variar significativamente en función del nivel de renta. En los cuadros III.1 y III.2 se presenta una serie de estadísticas relativas a la situación de la vivienda en los países de América Latina. En la mayor parte de ellos, las personas mayores tienen menores probabilidades de ser propietarios así como de vivir en zonas “pobres” (es decir, en barrios o pueblos de chabolas). Haití es el único lugar en el que la proporción de personas de edad que vive en zonas pobres es significativamente mayor que la de población adulta de 25 a 49 años. En muchos países de América Latina, las personas mayores tienen más probabilidades que otros grupos de edad de vivir en casas construidas con materiales de baja calidad; es el caso de Bolivia, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, el Paraguay, la República Dominicana y Haití.

En países como Bolivia, el Paraguay o Chile, las personas de edad suelen tener menor acceso a agua potable en sus casas, mientras que en otros, como Nicaragua, Colombia y la República Bolivariana de Venezuela, se encuentran en mejor situación. Además, en Bolivia, el Brasil, Chile, el Ecuador, El Salvador, Honduras y la República Dominicana, las personas mayores tienen más probabilidades de residir en viviendas sin cuarto de baño. Por lo que respecta a la disponibilidad (o no) de alcantarillado, las personas de edad se encuentran en peor situación en Chile, el Ecuador, El Salvador, Honduras y México.

Las entrevistas realizadas a personas de edad en Egipto, cuyo análisis se presentó en un informe del Centro de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (Hábitat) (1999), revelaron las precarias condiciones en las que viven estas personas. No se dispone de comparaciones sistemáticas de las condiciones de vida de las personas mayores con respecto a las de los adultos pertenecientes a otros grupos de edad, pero las personas mayores entrevistadas en diferentes barrios de El Cairo vivían en hogares hacinados, sin ventilación adecuada y en malas condiciones sanitarias.

En muchos países en desarrollo, las personas de edad siguen careciendo de una vivienda adecuada, de servicios de abastecimiento de agua y de instalaciones sanitarias

Cuadro III.1
Situación de la vivienda en América Latina, por grupo de edad

	Porcentaje de personas que son propietarias de su vivienda				Porcentaje de personas que viven en zonas pobres				Porcentaje de personas cuyas viviendas están construidas con materiales de baja calidad			
	Todos (i)	Más de 60 (ii)	De 50 a 59 (iii)	De 25 a 49 (iv)	Todos (i)	Más de 60 (ii)	De 50 a 59 (iii)	De 25 a 49 (iv)	Todos (i)	Más de 60 (ii)	De 50 a 59 (iii)	De 25 a 49 (iv)
Bolivia	64	86	80	58	21	11	16	23	55	66	59	51
Brasil	70	82	78	65	1	0	0	1	3	3	2	2
Chile	65	84	76	54	3	2	1	3	10	13	9	9
Colombia	59	82	64	48	1	0	1	1	20	21	20	19
Costa Rica	74	85	85	70	1	1	1	1	5	4	4	5
Ecuador	70	85	81	61	..	..	..	..	..	..	..	..
El Salvador	69	80	79	65	6	3	4	6	27	31	25	25
Guatemala	78	87	86	74	..	..	..	..	30	34	29	29
Haití	67	84	78	58	20	24	20	18	26	32	28	24
Honduras	71	85	83	66	6	2	2	7	10	14	10	9
México	73	86	84	67	..	..	..	..	32	36	30	31
Nicaragua	77	87	88	73	8	6	5	9	22	20	20	23
Paraguay	81	89	89	78	16	16	14	16	2	4	3	2
Perú	76	89	85	68	9	6	7	11	18	11	12	22
República Dominicana	67	86	79	57	45	42	42	45	8	10	8	7
Uruguay	64	76	71	50	2	2	2	1	..	..	..	..
Venezuela (República Bolivariana de)	76	91	84	69	8	5	5	9	10	8	7	11

Fuente: Gasparini y otros (2007).

El bienestar de las personas de edad y su capacidad de continuar llevando una vida independiente en su propio hogar pueden promoverse no sólo a través de los servicios básicos en el hogar, sino también introduciendo cambios en el diseño de las viviendas y en la tecnología de asistencia. La tecnología de asistencia, que es un término genérico que incluye dispositivos de asistencia, adaptación y rehabilitación, proporciona a las personas de edad y a las que padecen algún tipo de discapacidad un mayor nivel de independencia, dado que les permite desarrollar tareas que antes eran incapaces de realizar o lo hacían con grandes dificultades.

La accesibilidad y la seguridad son consideraciones importantísimas que es preciso tener en cuenta en la provisión de viviendas para las personas de edad. En el Japón, el Ministerio de Construcción elaboró una serie de directrices referentes al diseño de las viviendas a fin de anticiparse al envejecimiento de la sociedad (Novelli, 2005). En otros países, las medidas se centran más en la remodelación de las casas de forma que respondan mejor a las necesidades de las personas mayores. En Maryland (Estados Unidos de América), una coalición de proveedores de servicios puso en marcha un programa conocido como “Howard County Rebuilding Together”, que ofrece ayuda para la modificación de las viviendas (Horizon Foundation, 2005). Como parte de una amplia iniciativa destinada a fomentar el envejecimiento en el propio medio, las personas de edad pueden solicitar que se evalúe su hogar y, en caso necesario, se llevan a cabo las reparaciones y remodelaciones precisas para que sus viviendas sean más seguras y accesibles.

Cuadro III.2

Acceso a servicios básicos de la vivienda en América Latina, por grupo de edad (porcentajes)

	Agua				Cuartos de baño				Alcantarillado			
	Todos (i)	Más de 60 (ii)	De 50 a 59 (iii)	De 25 a 49 (iv)	Todos (i)	Más de 60 (ii)	De 50 a 59 (iii)	De 25 a 49 (iv)	Todos (i)	Más de 60 (ii)	De 50 a 59 (iii)	De 25 a 49 (iv)
Bolivia	77	73	77	78	66	59	67	69	46	52	52	44
Brasil	96	96	97	97	69	69	71	69	56	58	59	56
Chile	95	94	95	96	87	87	90	87	80	78	82	81
Colombia	76	81	76	74	79	80	78	78	57	55	57	58
Costa Rica	96	95	96	96	95	94	95	95	28	34	32	25
Ecuador	73	73	73	73	79	75	79	80	45	42	46	46
El Salvador	59	61	66	58	35	31	41	37	32	28	37	34
Guatemala	66	67	71	67	46	46	50	44	38	39	40	37
Haití	14	15	12	15	4	3	4	4	..	..	..	..
Honduras	35	33	39	35	44	39	47	44	34	29	35	36
México	88	89	90	88	65	64	69	65	71	71	74	71
Nicaragua	61	65	62	61	23	26	25	21	17	20	19	15
Paraguay	70	67	69	72	61	60	62	62	8	10	8	7
Perú	61	64	69	57	58	57	65	56	48	52	58	44
República Dominicana	71	72	73	71	60	57	62	62	23	24	25	22
Uruguay	99	99	99	99	94	96	95	93	64	71	68	64
Venezuela (República Bolivariana de)	94	95	95	94	89	91	92	89	72	76	77	70

Fuente: Gasparini y otros (2007).

Durante los últimos años, la tecnología de asistencia ha experimentado un gran desarrollo tanto en el ámbito académico como en el industrial, poniendo de manifiesto la relevancia de las modernas tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) y de las tecnologías inteligentes aplicadas al hogar (Meyer y Mollenkopf, 2003). Estos proyectos se han centrado, principalmente, en el desarrollo de tecnologías de asistencia que mejoren las capacidades funcionales de las personas de edad, así como de tecnologías que permitan fomentar el acceso a la información y la comunicación. Dichas tecnologías incluyen robots para el cuidado de las personas mayores, sitios web dirigidos a estas personas o dispositivos de comunicación e inteligentes que ayudan a comer o caminar (Hirsch y otros, 2000). En Italia, el Programa Nacional de Vivienda ha financiado recientemente una serie de iniciativas que incluían “acuerdos vecinales”, mediante los cuales algunos ayuntamientos promueven planes de renovación de viviendas con el apoyo de las nuevas tecnologías (Novelli, 2005).

La introducción de programas destinados a ayudar a diseñar viviendas y tecnologías de asistencia capaces de responder a las necesidades específicas del colectivo de personas de edad sigue estando limitada a unas pocas ciudades, la mayor parte de ellas ubicadas en países desarrollados. En 1994, la Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico (CESPAP), con apoyo del gobierno japonés, puso en marcha un programa de promoción de entornos sin barreras en los países en desarrollo de la zona de Asia y el Pacífico. En particular, la CESPAP formuló directrices para los arquitectos, planificadores urbanísticos e ingenieros para el diseño de entornos libres de barreras físicas y está apoyando proyectos pilotos en Bangkok, Beijing y Nueva Delhi. Estas tres ciudades se han convertido en lugares de referencia en el mundo en desarrollo para el fomento de entornos sin barreras para las personas de edad o aquellas que

La tecnología de asistencia y un mejor diseño de las viviendas permiten a las personas de edad disfrutar de una mayor independencia, aunque los costos pueden ser elevados

sufren alguna discapacidad. China, la India y Tailandia han elaborado sus propias directrices técnicas destinadas a conseguir mejores diseños en materia de vivienda⁶. La introducción de estas innovaciones es muy reciente y no está claro todavía si este tipo de tecnología puede ofrecerse a un costo asequible a una población de personas mayores que cada vez es más numerosa en los países en desarrollo.

Implicancias para los servicios de atención y el apoyo intergeneracional

Los cambios en la estructura de las familias y el envejecimiento de la población plantean retos formidables para la prestación de servicios de atención entre generaciones

Los cambios en la estructura de las familias han tenido importantes efectos en las pautas de prestación de servicios de atención y en la reciprocidad intergeneracionales. La convivencia de miembros jóvenes y mayores de la familia bajo un mismo techo solía constituir un componente nuclear de los modelos de reciprocidad a lo largo de la vida, en los que los hijos adultos proporcionaban atención a sus padres de edad avanzada a cambio del apoyo parental que éstos les habían prestado en fases anteriores de sus vidas. Sin embargo, los cambios en la estructura familiar, combinados con el envejecimiento de la población, suponen retos formidables para la provisión de servicios de atención entre generaciones. Este fenómeno, evidente en todos los países, se observa especialmente en los escasos países en desarrollo en los que se ha producido un envejecimiento de la población además de una modernización comparativamente rápida. Aumentan los obstáculos al apoyo familiar al tiempo que los sistemas oficiales de ayuda siguen siendo muy limitados (Cowgill, 1972; Naciones Unidas, 2005b).

A medida que aumenta la proporción de mujeres que participan en el mercado de trabajo, las hijas adultas, que constituyen el grupo mayoritario entre los cuidadores de las personas de edad, combinan cada vez más el trabajo con las responsabilidades asistenciales.

Las familias en segundas nupcias, que surgen tras el divorcio del matrimonio anterior y un nuevo matrimonio, generan complicadas relaciones intergeneracionales. En este contexto, en el mundo desarrollado, el número de personas de edad con menos hijos adultos que puedan atenderlas está aumentando.

Las consecuencias que esos cambios en la composición de la familia tienen en relación con la forma de vivir y los mecanismos de apoyo dependen del contexto. En los países donde la mayoría de las personas de edad no tiene acceso a los mecanismos oficiales de protección social, dichas personas habrán de depender de mecanismos no oficiales como la familia o la comunidad local. No obstante, esos mecanismos de protección no oficiales se han visto sometidos recientemente a grandes tensiones debidas, principalmente, a la aceleración de las transiciones demográficas, los mayores riesgos económicos a los que se enfrentan las familias y los cambios en los paradigmas de apoyo filial y reciprocidad (Aboderin, 2004; Gomes da Conceição y Montes de Oca Zavala, 2004). La inseguridad económica obliga a los miembros jóvenes y capaces de la familia a aumentar su participación en actividades remuneradas fuera del hogar e incluso a migrar (a destinos nacionales o internacionales). Las oportunidades laborales situadas lejos de la residencia habitual de los trabajadores jóvenes pueden tener consecuencias negativas para el apoyo instrumental que las personas de edad solían recibir de sus hijos (ayudándoles a preparar la comida, haciéndoles la colada o las tareas domésticas, la compra, etc.).

⁶ Véase <http://www.unescap.org/jecf/p04barrier.htm>.

No en todos los países se observan actualmente grandes cambios sociales. En un estudio realizado por Hermalin (2002) no se apreciaron cambios significativos en las modalidades de convivencia de las personas de edad residentes en Filipinas, Singapur, Tailandia y la Provincia china de Taiwán. Dos tercios de los casos estudiados, como mínimo, seguían viviendo con sus hijos. Al parecer, en Tailandia, la pequeña reducción de la coresidencia se ha visto compensada por un aumento de la proporción de hijos que viven cerca de sus padres. Se espera, no obstante, que se produzcan importantes cambios en el futuro. Las encuestas realizadas a mujeres con edades comprendidas entre los 20 y los 39 años en la Provincia china de Taiwán indican que la proporción de personas que esperan vivir con sus hijos casados cuando sean mayores había caído del 56% en 1973 al 45% en 1986. De forma similar, en los debates de los grupos de discusión, los hijos adultos residentes en Tailandia creían que la atención que recibirían de sus hijos cuando fuesen mayores sería probablemente menor que el apoyo que ellos estaban prestando a sus padres en esos momentos.

Los cambios en la forma de vivir de las personas de edad tienen importantes repercusiones para las políticas de los países desarrollados y en desarrollo. Muchos países en desarrollo siguen enfrentándose al reto que supone ofrecer infraestructuras básicas y servicios sociales a las personas mayores en un contexto en el que la carencia de programas de apoyo oficiales públicos o privados aumenta la vulnerabilidad de las personas de edad avanzada. Así pues, tendrán que ampliar los servicios básicos y las infraestructuras al tiempo que deberán introducirse nuevos servicios de atención, tanto oficiales como no oficiales. En los países desarrollados, existe una mayor disponibilidad de servicios de atención institucionales, pero es probable que sea necesario realizar mayores inversiones encaminadas a aumentar el número de instalaciones de atención a largo plazo a fin de dar respuesta a la creciente demanda de éstas que se espera en un futuro próximo (véase el capítulo VI). En los países desarrollados, en los que se vive un rápido envejecimiento de la población, surge un reto adicional: la provisión de servicios de apoyo alternativos (es decir, no institucionalizados) que permitan que las personas de edad puedan permanecer en sus hogares el mayor tiempo posible.

A este respecto, existe cierta incertidumbre acerca de la forma que adoptarán en el futuro los modelos sociales e institucionales de atención a las personas mayores. Para satisfacer las necesidades de estas personas y garantizar el respeto de sus derechos humanos, será necesario poner en marcha una serie de programas y promover modalidades de convivencia que ofrezcan un mecanismo continuo de atención, en las que la familia, la comunidad y el sector público deberán desempeñar un papel complementario.

El fenómeno migratorio provoca una reducción del apoyo que las personas de edad reciben de sus hijos

La familia, la comunidad y el sector público deberán desempeñar un papel complementario en la prestación de servicios de atención continuada a las personas de edad

Contribuciones sociales, culturales y familiares de las personas de edad

Tradicionalmente, las personas de edad han contribuido activamente al desarrollo social y cultural de las sociedades en las que viven. Determinadas culturas, principalmente las comunidades indígenas, reconocen desde hace mucho tiempo las valiosas contribuciones de sus mayores a la perpetuación y el enriquecimiento de las dimensiones sociales y culturales de sus sociedades. A menudo, las antiguas normas culturales, creencias y costumbres permanecen vivas gracias a un sistema no oficial de transmisión intergeneracional, adaptándose a la cultura y el entorno local. Los conocimientos tradicionales suelen transmitirse oralmente, y adoptan la forma de cuentos, canciones, expresiones artísticas, acontecimientos culturales, rituales, lenguas o prácticas agrícolas (Naciones Unidas, 2005c). Cuando los testimonios escritos son escasos, las personas de edad son, con frecuencia, las únicas fuentes de información para

mantener el registro histórico de las comunidades locales. Los trágicos sucesos registrados en Camboya durante los últimos cincuenta años, por ejemplo, fueron capturados por un proyecto de historias orales que recogió la experiencia de los camboyanos de más edad durante aquellos tiempos turbulentos (Naciones Unidas, 1997a; HelpAge International, 2001).

Otras sociedades no han sido tan receptivas ni respetuosas para con las contribuciones de sus mayores. Por ejemplo, en Europa oriental y central se considera a menudo que las personas de edad son las causantes de las dificultades por las que atraviesa actualmente esa región, ya que se las asocia con los antiguos regímenes políticos (HelpAge International, 2002). En algunos países, como Bosnia y Herzegovina, Moldova o Rumania, las organizaciones de la sociedad civil están ayudando a eliminar las percepciones negativas que existen sobre las personas de edad mediante la creación de clubes sociales que ofrecen a estas personas la oportunidad de participar en actividades voluntarias en grupos que prestan ayuda y asistencia a personas marginadas.

El papel de los abuelos y su contribución a la cohesión intergeneracional en la familia

A medida que la población envejece, debe prestarse más atención al fortalecimiento de la solidaridad entre generaciones, tal como se puso de manifiesto en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Con frecuencia, las generaciones más jóvenes compiten con las de edad más avanzada por la obtención de recursos gubernamentales y la atención de los políticos. Es preciso realizar más esfuerzos para potenciar las sinergias y la interdependencia entre ambas generaciones, superando las diferencias existentes.

La noción de lo que supone ser abuelos ha adquirido nuevas dimensiones como consecuencia de los cambios en las estructuras familiares. En muchos países, las personas de edad desempeñan un importante papel dentro de las familias. Cuando ambos padres trabajan o han emigrado, son fundamentalmente las personas de edad (en especial las mujeres) quienes se encargan del cuidado de los niños y otros miembros de la familia. La Oficina del Censo de los Estados Unidos de América mostró en un informe de 2005 que el 21% de los niños en edad preescolar son atendidos principalmente por sus abuelos mientras sus padres trabajan, y que un niño de cada 12 vive en un hogar atendido por sus abuelos. Hermalin (2002) señala que en Filipinas, Tailandia y la Provincia china de Taiwán los actuales niveles de cuidado infantil que proporcionan los abuelos, tanto si sus nietos viven con ellos como si no, constituyen importantes fuentes de apoyo, tanto material como de otra naturaleza. En el caso de las familias pobres en las que conviven varias generaciones, las personas mayores suelen realizar importantes contribuciones económicas a los ingresos familiares a través del trabajo a tiempo parcial. En el Brasil y Sudáfrica, por ejemplo, los ingresos procedentes de las pensiones y el trabajo de estas personas representan importantes fuentes de ingresos para este tipo de hogares (Lloyd-Sherlock, 2004b; véase también el capítulo V).

En los países que experimentan una elevada prevalencia del VIH/SIDA, en particular en aquellos situados en el África subsahariana, ciertas zonas de Asia y el Caribe, el papel de las mujeres de edad en el cuidado de los niños está ganando importancia. En el África subsahariana, un 30% de los hogares está encabezado por una persona de más de 55 años, y dos tercios de ellos tienen al menos un hijo menor de 15 años. Existen otros muchos factores causantes de la ausencia parental del hogar, como la violencia, el encarcelamiento o el consumo de drogas, que obligan a las personas de edad a asumir importantes responsabilidades relacionadas con el cuidado de los niños.

A menudo, las personas de edad realizan contribuciones económicas a los ingresos de la familia ampliada y cuidan de sus miembros

En algunas partes del mundo en desarrollo, las mujeres de edad están convirtiéndose en el principal recurso para el cuidado de los niños

Esta mayor participación de los abuelos en el cuidado de los niños, junto con otras responsabilidades familiares, constituye una importante contribución al bienestar de la familia ampliada. No obstante, debe prestarse atención para que dicha participación no suponga un deterioro del propio bienestar de las personas de edad. El hecho de que los abuelos asuman mayores responsabilidades familiares en detrimento de su salud puede generar una carga adicional para estas personas. Cuando han de hacerse cargo del cuidado de los niños en ausencia de los padres de éstos —fenómeno que suele denominarse “hogares en los que falta una generación”—, ello puede suponer una carga adicional para sus ingresos, con el consiguiente deterioro de sus condiciones de vida. Sería preciso evaluar minuciosamente cada situación particular con objeto de contribuir a la elaboración de respuestas políticas sensibles al reto de promover la cohesión intergeneracional y proteger el bienestar de las personas de edad.

La participación de las personas de edad en la sociedad

A medida que aumenta la proporción de personas de edad en la población total, crece su potencial para influir en los ámbitos político, económico y social, y este potencial sería acorde con los objetivos del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, a saber: garantizar que las personas puedan envejecer con seguridad y dignidad y seguir participando plenamente en sus sociedades como ciudadanos de pleno derecho. Deberá ofrecerse a las personas de edad la posibilidad de participar más activamente en el proceso de desarrollo, de manera que sus habilidades, sus experiencias, su sabiduría y sus conocimientos puedan ponerse al servicio de la sociedad en beneficio de todos.

En la mayoría de los países, la posición que ocupan las personas de edad en la sociedad y las oportunidades de que disponen para seguir participando activamente en la vida de la comunidad suelen estar vinculadas a su poder político y económico. Un número creciente de personas mayores, en especial aquellas que viven en países desarrollados de altos ingresos, desempeñan un papel importante en la economía y suelen poseer una elevada cuota de riqueza. Teniendo en cuenta que, con frecuencia, la correlación entre el poder político y el económico es estrecha, es probable que las personas de edad que ejercen una gran influencia en el mercado conviertan esa influencia en poder y participación en el ámbito político. En Alemania, por ejemplo, las personas mayores de 50 años poseen la mitad de la riqueza nacional y su capacidad de gasto asciende a 90.000 millones de euros anuales (Fundación europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo, 2006*a*; Banco Mundial, 2006*a*). Muchas empresas están respondiendo al crecimiento de este mercado, diseñando productos y servicios especialmente dirigidos a los grupos de edad más avanzada. La aparición de nuevos mercados está ampliando el potencial de crecimiento de la “economía de plata” mediante la creación de nuevos productos, servicios, medios de cooperación económica y redes orientadas a este colectivo.

En el otro extremo del espectro se encuentran los factores que contribuyen a la vulnerabilidad: la pobreza, una salud precaria, la carencia de educación, las discapacidades y la falta de influencia, que se acentúan a medida que la persona envejece. Estos factores se combinan y limitan la capacidad de las personas mayores para participar plenamente en la comunidad en la que viven. Por ejemplo, el analfabetismo o los bajos niveles educativos constituyen obstáculos fundamentales para la participación política y social. En 2000, el 23% de las personas de más de 70 años en Malta eran analfabetas, al igual que el 25% de las personas del mismo grupo de edad residentes en Portugal. A pesar de que estas tasas de analfabetismo no sean normales en la mayoría de los países desarrollados, indican que este

En los países de altos ingresos, las personas de edad desempeñan un importante papel en la economía y ejercen una influencia política significativa

En los países en desarrollo la pobreza, la mala salud y la falta de influencia se acentúan a medida que la persona envejece

fenómeno sigue siendo un problema entre las personas de edad, incluso en los países de altos ingresos (Naciones Unidas, 2002*b*).

Aunque las tasas de analfabetismo han descendido a lo largo de los últimos veinte años en todas las regiones del mundo, suelen seguir siendo elevadas en los países en desarrollo. Las tasas de analfabetismo entre las personas de más de 60 años en estos países cayeron de un 75% a un 56% entre 1980 y 2000, y se espera que continúen descendiendo hasta llegar a un 43% en 2010. No obstante, siguen existiendo grandes desequilibrios entre los países por lo que respecta al nivel de alfabetización. Las tasas de analfabetismo superan todavía el 90% en algunos de los países africanos menos adelantados, mientras en otros como la Argentina, Tayikistán o el Uruguay han caído a niveles inferiores al 10% de las personas de edad.

Sin embargo, habida cuenta de que el descenso del analfabetismo se ha producido mayoritariamente entre los hombres, ha aumentado la diferencia entre los géneros para este indicador. En 1980, el diferencial de la tasa de alfabetización entre los hombres y las mujeres mayores de 60 años era de 22 puntos porcentuales, diferencia que ha pasado a 28 puntos porcentuales en 2000. Por ejemplo, en la Comisión Económica y Social para Asia Occidental (CESPAO), la tasa de analfabetismo entre las mujeres de edad es alta debido a que “no dispusieron de oportunidades educativas en un momento en el que la tradición pretendía ejercer un mayor control sobre sus vidas, lo que provocaba que quedasen recluidas y se les negase el derecho a la educación” (El-Safty, 2006, pág. 22).

Estos datos referentes al analfabetismo no alcanzan a reflejar totalmente las dificultades a las que se enfrentan los segmentos de la población con edades más avanzadas, especialmente en los países en desarrollo, con respecto al acceso a la información que les interesa directamente, así como al tratamiento de dicha información. Las personas de edad analfabetas suelen desconocer sus derechos y las prestaciones a las que tienen derecho, incluidas las de la prestación social. Por ejemplo, un estudio realizado en Tailandia en 2002 indicaba que sólo un 50% de las personas mayores de 60 años conocían la existencia de un sistema de protección social para ellas, y que tan sólo un 5% percibían realmente las prestaciones previstas en dicho sistema (Cheng, Chan y Phillips, 2006). La educación y la alfabetización son elementos importantes en el proceso de empoderamiento de las personas de edad y de ampliación de las oportunidades de que disponen para seguir contribuyendo al desarrollo de la sociedad. La participación en actividades sociales, económicas, culturales, deportivas, recreativas y de voluntariado contribuye asimismo a aumentar y reforzar el nivel de bienestar de las personas mayores (y, por tanto, el de la sociedad en su conjunto).

En los últimos años, la mayoría de los países en desarrollo han realizado avances importantes en relación con la ampliación de la cobertura de su educación primaria y la reducción de las diferencias entre los géneros en cuanto al nivel de instrucción. Por tanto, cabe esperar que el efecto negativo de la falta de oportunidades educativas en el empoderamiento de las personas de edad disminuirá de forma sustancial en los próximos 50 años, a medida que la actual generación infantil se convierta en la generación de personas de edad.

Participación política

El mejor vehículo del que disponen las personas de edad para hacer oír su voz es la participación política a nivel individual (votando en las elecciones), en grupo (participando en organizaciones de personas mayores) y en el gobierno (creando órganos consultivos constituidos por este colectivo). Los cambios demográficos han captado por sí solos la atención de los encargados de la formulación de políticas en relación con las cuestiones que preocupan a las

La educación y la alfabetización son elementos muy importantes en el proceso de empoderamiento de las personas de edad

personas de edad; al mismo tiempo, el aumento de la participación de estas personas ha sido un factor relevante que les ha permitido poner de manifiesto sus necesidades.

El poder del voto

En muchos países, las personas de edad avanzada muestran una mayor propensión a ejercer su derecho democrático al voto que el resto de los grupos de edad. En Kazajstán, por ejemplo, este colectivo constituye un electorado activo, como lo demuestra el hecho de que el 72% de las personas mayores de 65 años hayan votado en las elecciones recientes, en comparación con una proporción apenas superior al 50% en el caso del grupo de edad de 35 a 40 años (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2005). De forma similar, las personas mayores del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte muestran actualmente el mayor índice de participación en elecciones, con gran diferencia con respecto a los grupos más jóvenes; por ejemplo, durante las elecciones parlamentarias de 2005, los mayores de 65 años duplicaron en proporción de voto al grupo de edad de 18 a 24 años, siendo sus índices de participación del 75% y el 37%, respectivamente (Instituto Internacional de Democracia y Asistencia Electoral, 2006*a*).

Lo mismo sucede en los Estados Unidos de América. Aunque los índices de participación de los grupos de edad más jóvenes han descendido a lo largo de los dos últimos decenios, los de la población mayor de 65 años se han mantenido o, incluso, han crecido ligeramente; las personas de edad representan en la actualidad el segmento más activo del electorado (Oficina del Censo de los Estados Unidos, 2005). No existen pruebas, sin embargo, de que este colectivo constituya un bloque electoral uniforme ni homogéneo, ya que muestran convicciones políticas diferentes y votan a un amplio elenco de candidatos. Se están convirtiendo en un colectivo con notable influencia y con el que es preciso contar cuando se trata de las cuestiones y políticas que más les afectan, como sucede con los actuales debates sobre la reforma del sistema de protección social o el seguro para la atención de la salud a largo plazo. La expansión del programa Medicare en 2003, para que incluyese la cobertura de medicamentos con receta, constituye un indicador que ilustra su creciente impacto político.

No todos los países comparten la misma tradición de una elevada participación e influencia política por parte de sus miembros de edad avanzada. Los datos de la primera ronda de las elecciones presidenciales celebradas en 2005 en Liberia muestran los dos grupos con menor participación: el de personas mayores de 68 años y el de jóvenes con edades comprendidas entre los 18 y los 22 años (Instituto Internacional de Democracia y Asistencia Electoral, 2006*b*). En otros países, principalmente de la región del África subsahariana, donde las personas de edad representan únicamente un 5% de la población (en comparación con los jóvenes menores de 15 años, que constituyen el 41%), las políticas conceden una importancia muy escasa a los intereses de las personas mayores. Asimismo, este colectivo tiene menos probabilidades de ejercer una influencia suficiente que le permita llamar la atención sobre sus problemas.

Organizaciones de personas de edad

Las organizaciones de personas de edad, en particular de mujeres, que a menudo no pueden hacer oír su voz, representan una importante vía para el fomento de la participación, a través de la defensa y la promoción de las interacciones multigeneracionales. Además, estos grupos pueden ayudar a aprovechar la influencia política de las personas de edad y a garantizar su participación efectiva en los procesos de debate y toma de decisiones en todos los niveles de gobierno.

El mejor vehículo del que disponen las personas de edad para hacer oír su voz es la participación política activa

Las organizaciones de personas de edad ayudan a aprovechar su influencia política

Existen numerosos ejemplos de organizaciones de personas de edad muy populares y con una gran influencia, como la AARP (antiguamente conocida como Asociación de Jubilados de los Estados Unidos) en los Estados Unidos de América, con 36 millones de miembros, o las organizaciones de pensionistas en Suecia, a las que pertenece la mitad de las personas de edad del país. Los sindicatos de trabajadores también ofrecen a este colectivo un importante medio de representación, sobre todo en Europa, donde la mayoría de los trabajadores jubilados siguen siendo miembros activos de algún sindicato (Peterson, 2002). Estas organizaciones proporcionan información, medios de promoción, recursos, actividades y apoyo a las personas mayores y ejercen una influencia considerable en la formulación de políticas económicas y sociales.

HelpAge International es una prominente red global de organizaciones no gubernamentales cuya misión consiste en mejorar la vida de las personas de edad desfavorecidas. La red está compuesta por organizaciones afiliadas de cerca de 50 países, comprometidas con el apoyo de programas prácticos, el fomento de la participación de las personas con un menor nivel de autoestima o confianza en sí mismas y la influencia política a escala local, nacional e internacional (HelpAge International, 2006a). Sus actuaciones están encaminadas a alentar a los gobiernos y las comunidades a que reconozcan las necesidades, los valores y los derechos de las personas desfavorecidas de edad e incluyan a estos colectivos en los programas que pongan en marcha. En los últimos años, HelpAge International ha ejercido una notable influencia en la promoción de los sistemas de pensiones sociales para ayudar a las personas mayores en situación de pobreza del África subsahariana.

Existe también una serie de importantes organizaciones no gubernamentales internacionales que representan los intereses de las personas de edad⁷, entre las que se encuentran la Federación Internacional sobre el Envejecimiento (FIV), la Federación Internacional de Asociaciones de Personas de Edad (FIAPA) y la Federación Europea para los Ancianos (EURAG). A través de las numerosas actividades que desarrollan, estas organizaciones tratan de mejorar la calidad de vida de las personas mayores influyendo en las políticas, involucrándose en actividades de base y fortaleciendo las asociaciones entre el sector público y el sector privado.

Además, también trabajan para mejorar la imagen de las personas de edad, cuestionando los estereotipos que existen sobre este colectivo y poniendo el acento en sus contribuciones a la sociedad, a fin de contrarrestar el habitual énfasis en los retos económicos que plantea el envejecimiento demográfico (Acción Global contra el Envejecimiento, 2006). Otra organización internacional es la International Association of Gerontology and Geriatrics (Asociación Internacional de Gerontología y Geriátrica, IAGG), que organiza reuniones de investigadores y especialistas en el campo del envejecimiento. La IAGG, que cuenta con organizaciones miembros procedentes de 64 países, promueve los mayores avances en materia de investigación y capacitación en gerontología en todo el mundo.

Comités de consulta y asesoramiento

Algunos países ofrecen también a las personas mayores la posibilidad de participar y asesorar en la elaboración y evaluación de los programas gubernamentales. Los más avanzados en este sentido cuentan con oficinas gubernamentales para el envejecimiento plenamente operativas a nivel ministerial, o a un nivel similar: por ejemplo, el Departamento de salud y envejecimiento

Algunos países han creado comités consultivos para la participación de las personas de edad en la supervisión de las políticas

⁷ Puede encontrarse más información sobre las organizaciones no gubernamentales internacionales que se ocupan de las cuestiones relacionadas con el envejecimiento en los siguientes sitios web: <http://www.ifa-fiv.org/en/accueil.aspx>; <http://www.thematuremarket.com/SeniorStrategic/fiapa.php>, y <http://www.eurag-europe.org/>.

(Australia), la División de envejecimiento y personas de edad del Organismo de Salud Pública (Canadá), el Comité nacional sobre el envejecimiento (China), el Ministerio federal de asuntos de la familia, las personas de edad, la mujer y la juventud (Alemania) y la Administración sobre el envejecimiento (Estados Unidos de América).

Algunos países han establecido órganos consultivos independientes, compuestos por representantes del mundo académico, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales, al objeto de abordar las cuestiones relacionadas con el envejecimiento y responder a los problemas a los que se enfrentan las personas de edad. Este tipo de órganos consultivos, a los que se suele encargar la tarea de orientar a los gobiernos en la elaboración y aplicación de políticas, pueden desempeñar un papel supervisor en el contexto de la formulación de las políticas públicas. Los órganos consultivos pueden constituir un importante mecanismo para la incorporación de opiniones, facilitando, además, un seguimiento cercano y regular de la aplicación de las políticas en el plano local o comunitario. Asimismo, pueden desempeñar un papel relevante en la evaluación del impacto de los nuevos programas y contribuir a mejorar sus resultados.

Varios países, como Austria, Chile, Guatemala, India o México, disponen actualmente de órganos consultivos. Austria, por ejemplo, ha establecido un consejo independiente de ciudadanos de edad, con derechos y responsabilidades análogos a los de una cámara de comercio, que ha aportado contribuciones sustanciales a los debates sobre la política nacional en relación con el envejecimiento. Chile ha creado el Servicio Nacional del Adulto Mayor, que cuenta con un comité consultivo integrado por representantes de organizaciones de personas de edad, centros universitarios e instituciones que trabajan con personas mayores. En Guatemala existe un Consejo nacional de protección de las personas de edad, que consulta con la sociedad civil y las organizaciones que representan a estas personas. En la India se creó un Consejo nacional de personas de edad, integrado por miembros del Gobierno (25%) y por otros miembros (75%), por ejemplo, universitarios y jubilados de comunidades rurales y urbanas. El Gobierno acepta al Consejo como ente de vigilancia para supervisar la formulación de políticas relativas al envejecimiento. En México, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores solicita la incorporación de ciudadanos de edad en órganos consultivos que se ocupan de cuestiones de su interés. Un rasgo común de todos estos órganos consultivos es que son independientes y, por tanto, pueden desempeñar una función esencial en el seguimiento de la aplicación del Plan de Acción de Madrid.

Queda pendiente el reto de garantizar que estos órganos consultivos se conviertan en mecanismos eficaces para realizar amplias consultas y desempeñar un papel de representación en relación con las diversas cuestiones que afectan al bienestar de las personas de edad, sin perder de vista las grandes diferencias que pueden existir en el acceso a los servicios y prestaciones entre las personas que viven en entornos rurales y urbanos, en función de sus ingresos, su origen étnico y género. Tales diferencias pueden ser especialmente importantes en los países en los que la desigualdad ha excluido tradicionalmente del debate político a amplios grupos de población. En los países en los que las personas de edad no disponen de mecanismos oficiales para este tipo de participación, el reto es doble: ofrecer a estas personas la oportunidad de crear organizaciones y ampliar el espacio político necesario en el marco de las instancias gubernamentales a fin de permitir la participación activa en la elaboración y supervisión de las políticas.

Garantizar una amplia participación de las personas mayores independientemente de su raza, origen étnico, nivel de renta o género sigue siendo un reto en los países en los que todavía existen fuertes desigualdades

Empoderamiento de los miembros de más edad de la sociedad

La Federación Internacional de la Vejez define el empoderamiento de las personas mayores como la “capacidad de realizar elecciones informadas, ejercer influencia, realizar contribuciones continuas a la sociedad y aprovechar los servicios” (Thursz, Nusberg y Prater, 1995). En este sentido, el empoderamiento está estrechamente relacionado con la participación.

La pobreza, la mala salud y los estereotipos negativos dificultan que las personas mayores puedan participar activamente en la sociedad

Existen numerosos factores que dificultan que las personas mayores puedan desarrollar una participación más activa en la sociedad. Entre dichos factores se encuentra la pobreza, la mala salud, unos bajos niveles educativos, la falta de medios de transporte y de acceso a los servicios, los estereotipos negativos acerca de la vejez y hasta la discriminación (abierta o encubierta) (ibíd.). El empoderamiento de las personas mayores persigue superar estos múltiples obstáculos, aprovechar al máximo su potencial contribución a la sociedad y mejorar su satisfacción por vivir.

Un elemento importante del proceso de potenciación es el refuerzo de las medidas legislativas encaminadas a garantizar los derechos de las personas mayores incluidos en las constituciones nacionales, así como en las convenciones internacionales de derechos humanos. Cabe citar, como ejemplos recientes, la Directiva del Consejo de la Unión Europea 2000/78/CE, de 27 de noviembre de 2000, por la que se establece un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación, que exige la promulgación de leyes en esta materia por parte de los países miembros antes de finales de 2006 (artículo 18), lo que convertiría en ilegal la discriminación laboral y en la formación profesional por razones de edad (véase el capítulo IV). Además, algunos países han adoptado medidas legales destinadas a criminalizar el abuso ejercido sobre personas mayores y a aumentar las sanciones por determinados crímenes cometidos contra estas personas. En la región de América Latina y el Caribe, por ejemplo, cerca de un 80% de los países cuentan con leyes o políticas que protegen los derechos de las personas de edad avanzada, lo que incluye medidas de formación y supervisión del abuso y el abandono en las instituciones (Peláez, 2006). Con demasiada frecuencia, sin embargo, estos países adolecen de los mecanismos necesarios para garantizar el cumplimiento de la ley.

El refuerzo del sistema legal, de forma que pueda proteger eficazmente los derechos humanos de los ciudadanos, es fundamental para potenciar a las personas mayores

El primer paso (y más importante) para el empoderamiento de las personas mayores consiste en asegurar que los sistemas legales y judiciales que protegen los derechos humanos de los ciudadanos cuenten con los instrumentos para hacer cumplir la ley, de manera tal que eliminen de forma efectiva el riesgo de que las personas mayores sufran marginación o abusos en diversos entornos institucionales, comunitarios o familiares. En algunos países, la cultura y la tradición pueden influir en el alcance de la discriminación de la que pueden ser objeto estas personas en numerosas esferas de la vida social, económica, política y comunitaria. En los casos más extremos, la falta de respeto —o una defensa inadecuada— de los derechos humanos de las personas mayores puede generar abandono, abuso y violencia.

La lucha contra el abandono, el maltrato y la violencia ejercida contra las personas de edad

Se reconoce que el maltrato, el abandono y la violencia ejercidos contra las personas de edad son problemas graves

El maltrato y el abandono de las personas de edad no son, en modo alguno, fenómenos nuevos, y de los escasos datos disponibles se desprende que el comportamiento abusivo ha existido desde la antigüedad, tanto dentro de los hogares como en el conjunto de la sociedad. En los últimos decenios, el envejecimiento de la población y una mayor sensibilización acerca de la necesidad de garantizar el bienestar de este colectivo han llamado la atención acerca de estas

cuestiones. Si bien, por regla general, se reconoce que el maltrato, el abandono y la violencia ejercidos contra las personas de edad son problemas graves, no se ha dispuesto de los medios necesarios para evaluar el alcance del problema en los diferentes países ni su evolución a lo largo del tiempo.

Esta carencia de datos sistemáticos referentes al maltrato contra las personas de edad puede explicarse por la existencia de, al menos, tres dificultades metodológicas. La primera de ellas se refiere a la propia definición del concepto de vejez. Numerosos países utilizan diferentes límites de edad para determinar que una persona es mayor; además, en muchos países, la vejez se relaciona con la edad de jubilación, que varía según los países, mientras que en otros, la percepción de la vejez se asocia con el deterioro físico y la incapacidad para responder a las responsabilidades familiares o laborales (véase el capítulo I). La segunda dificultad reside en la definición de maltrato.

La Red Internacional para la Prevención de los Malos Tratos a los Ancianos sugiere que “el maltrato de los ancianos consiste en realizar un acto único o reiterado o dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existen expectativas de confianza, y que provocan daño o angustia a una persona de edad” y propone diversas categorías de conducta abusiva: malos tratos físicos; malos tratos psicológicos o emocionales; abuso material o financiero; abuso sexual y abandono (véase Organización Mundial de la Salud, 2002a, págs. 126 a 127). El tercer problema es la inexistencia de indicadores precisos capaces de medir cada una de las dimensiones del maltrato, tal como se han definido anteriormente, y la ausencia de mecanismos de información que permitan obtener y procesar los datos necesarios para documentar adecuadamente la conducta abusiva. Existen, además, dificultades adicionales para medir el maltrato debido a las diferencias culturales entre los distintos países e, incluso, dentro de un mismo país. Por ejemplo, el hecho de sobrecargar a las personas de edad con responsabilidades familiares puede ser considerado un caso de maltrato en algunos países, mientras que en otros forma parte de la tradición.

No obstante, la ausencia de datos sistemáticos no significa que no sea posible detectar casos de maltrato. Los diferentes instrumentos utilizados para analizar el problema han detectado casos de comportamiento abusivo contra las personas de edad en el seno de la familia, en el contexto de las comunidades y en centros encargados de la atención de estas personas. Por otra parte, ante la falta de información, es difícil evaluar con precisión la magnitud del problema y su evolución a lo largo del tiempo⁸.

En el Canadá, los Estados Unidos de América, Finlandia, los Países Bajos y el Reino Unido se han llevado a cabo investigaciones específicas sobre el maltrato doméstico. Si se combinan todas las formas de maltrato (malos tratos físicos y psicológicos y abuso financiero, además de los casos de abandono), los resultados de los estudios indican que entre un 4% y un 6% de las personas de edad que viven en sus casas han experimentado alguna forma de maltrato en los citados países (Organización Mundial de la Salud, 2002a)⁹.

Sin embargo, si se toma como referencia un mayor número de estudios, estas tasas varían sustancialmente debido, en parte, a la falta de una definición común de lo que se considera maltrato, tal como se ha argumentado en los párrafos anteriores. En un estudio realizado a escala nacional se descubrió que un 4% de los ancianos canadienses habían sido

Existe una carencia de datos sistemáticos sobre el maltrato infligido a las personas de edad debido a la falta de consenso a la hora de definir los conceptos de vejez y maltrato

Las tasas de prevalencia del maltrato de personas mayores varían según los países

⁸ Se observan problemas similares de falta de definiciones adecuadas y disponibilidad de datos cuando se evalúa el maltrato en otros grupos de edad. Estos problemas impiden efectuar comparaciones razonables sobre la incidencia del maltrato entre los diferentes grupos de edad.

⁹ Debe tenerse en cuenta que los resultados no son comparables entre países debido a que en cada uno de ellos se utilizaron diferentes períodos de referencia para registrar los casos de maltrato.

objeto de malos tratos físicos y psicológicos, abandono o abusos financieros una vez cumplidos los 65 años (Podnieks, 1992). Las encuestas telefónicas realizadas en Dinamarca y Suecia (en las que se utilizó una definición muy amplia del maltrato a personas de edad) revelaron una tasa de prevalencia del 8%, siendo el robo la forma más común (Tornstam, 1989). En el Reino Unido, las investigaciones pusieron de manifiesto que el 5% de las personas de edad habían sido objeto de malos tratos verbales, el 2% habían sufrido malos tratos físicos y el 2% habían experimentado abandono (Ogg, 1993). Según los resultados de diversas investigaciones, las tasas de prevalencia estimadas son del 0,58% en Australia (Boldy y otros, 2005), el 2,2% en Costa Rica (Dirección General de Estadística y Censos, 1994), el 5,7% en Finlandia (Kivela y otros, 1992) y el 8,2% en la República de Corea (Cho, Kim y Kim, 2000). No obstante, dadas las diferencias en los enfoques, períodos de referencia y definiciones utilizados en estos estudios, resulta imposible realizar comparaciones ni extraer conclusiones relativas al maltrato de las personas mayores.

Las personas de edad que viven en centros de atención de la salud a largo plazo son igualmente objeto de maltrato y negligencia. Los informes gubernamentales y los historiales personales muestran, hasta cierto punto, la magnitud de la exposición de estas personas al maltrato a escala local. Lamentablemente no existen datos nacionales que permitan analizar la incidencia del maltrato en los centros residenciales o institucionales de atención de la salud a largo plazo ni su evolución temporal. A pesar de ello, los datos disponibles acerca de este problema son espeluznantes. La OMS (2002a, pág. 130) cita datos obtenidos en una residencia de ancianos en un estado de los Estados Unidos, donde un 36% del personal había sido testigo de al menos un caso de malos tratos físicos infligidos por un miembro del personal a lo largo del último año; además, un 10% admitió haber cometido al menos un acto de maltrato físico y un 40% reconoció que había cometido al menos un acto de maltrato psicológico. En una encuesta realizada a una pequeña muestra del personal de las residencias de ancianos de Alemania, el 79% reconoció haber maltratado o descuidado a un residente en al menos una ocasión a lo largo de los dos meses previos a la encuesta, y un 66% había visto a otros compañeros realizar actos similares; en esta encuesta, las formas de maltrato más frecuentes resultaron ser el abandono y el maltrato psicológico (Goergen, 2001).

La carencia de datos fiables representa un serio obstáculo para la puesta en marcha de medidas adecuadas para resolver un problema cuyas dimensiones parecen ser mayores de lo que suele reconocerse. La aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, cuya misión es proteger los derechos humanos de las personas de edad, debe incluir actuaciones específicas orientadas a proporcionar el marco metodológico necesario para la generación de los datos coherentes oportunos para evaluar el alcance de las prácticas abusivas ejercidas contra estas personas, analizar las tendencias a lo largo del tiempo y posibilitar las comparaciones entre países. Tales esfuerzos deberán incluir acciones encaminadas a la superación de los tres obstáculos que dificultan el desarrollo de estadísticas fiables, a saber: *a)* la falta de una definición consensuada del concepto de vejez, *b)* la carencia de una definición común y una taxonomía del maltrato, y *c)* la necesidad de desarrollar instrumentos que permitan medir y documentar el comportamiento abusivo contra las personas de edad.

La aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento debe incluir actuaciones que permitan generar datos coherentes sobre el maltrato de las personas de edad

Factores de riesgo del maltrato de las personas de edad y mecanismos de respuesta

Los factores de riesgo a menudo guardan relación con la falta de recursos destinados a la atención, la escasa formación y capacitación de los cuidadores, la tensión relacionada con el

trabajo en los centros de atención, la existencia de estereotipos sociales negativos acerca de las personas de edad, las condiciones de pobreza y la conducta social problemática; estos factores contribuyen a crear las condiciones que llevan al maltrato y el abandono de las personas de edad, tanto en el seno de la familia como en el contexto de las comunidades y en los centros encargados de la atención a estas personas. Los nuevos enfoques en el estudio del maltrato incluyen el conocimiento de los diversos niveles de interacción de las personas —personal, comunitario y social— y los factores que, en cada uno de ellos, pueden dar lugar a casos de malos tratos (Organización Mundial de la Salud, 2002*a*). En todos los casos, se ha puesto de manifiesto que el aislamiento social multiplica el riesgo de abuso y maltrato (Phillips, 1983; Grafstrom, Nordberg y Winblad, 1993; Compton, Flanagan y Gregg, 1997).

Las investigaciones han demostrado que la probabilidad de que se produzcan casos de maltrato doméstico de las personas mayores aumenta en presencia de los siguientes factores de riesgo: consumo de alcohol u otras sustancias, trastornos mentales (ya se refieran al anciano o al cuidador), discapacidad física, dependencia económica, hacinamiento en el hogar, estrés y falta de tiempo para atender a las personas de edad (Organización Mundial de la Salud, 2002*a*; Wolf, Godkin y Pillemer, 1984; Anetzberger, 1987; Paveza y otros, 1992)¹⁰. No obstante, estos factores de riesgo no son suficientes para explicar por sí mismos los casos de comportamiento abusivo. Todavía no se ha identificado claramente la dinámica del maltrato doméstico ni los factores que desencadenan la conducta abusiva. Es necesario disponer de mejores sistemas de notificación para poder conocer de forma más precisa las causas del maltrato y poder poner en marcha respuestas políticas adecuadas para combatir este problema.

En los centros residenciales, el maltrato se produce con mayor frecuencia cuando la capacitación del personal es insuficiente o éste se ve sometido a una carga de trabajo excesiva, y cuando los niveles de calidad de la atención son bajos o no se supervisan convenientemente. Los escalofriantes datos sobre el maltrato en los centros institucionales exigen un análisis urgente y un conocimiento más profundo de los factores de riesgo. En el ámbito comunitario, la tensión social global, la elevada incidencia de la pobreza, el crimen y los trastornos sociales, así como la erosión de los vínculos intergeneracionales, son factores que influyen en la alta incidencia del comportamiento abusivo en general y del que se ejerce contra las personas de edad en particular.

Cada país combate el maltrato y el abandono de diferente manera. Algunos (por ejemplo, la Argentina, el Canadá, los Estados Unidos de América, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Suecia y Turquía) han recogido en su legislación el maltrato de las personas de edad y han creado sistemas para documentar y tratar los casos de maltrato y actuar contra ellos. En cambio, otros no han elaborado programas específicos para proteger del maltrato a las personas de edad (Podnieks, Anetzberger y Teaster, 2006).

En todo el mundo han surgido organizaciones no gubernamentales que se dedican a mejorar los mecanismos de reconocimiento del maltrato de los mayores y de respuesta al mismo. Entre ellas cabe mencionar la Red Internacional para la Prevención de los Malos Tratos a los Ancianos, que cuenta con representación en las seis regiones del mundo. Existen numerosas organizaciones de ámbito nacional, como la Academia Japonesa para la Prevención de los Malos Tratos a los Ancianos, la Red Canadiense para la Prevención de los Malos Tratos a los Ancianos y la Red de Información Coreana para la Prevención de los Malos Tratos a los Ancianos. También existen redes a escala estatal y comunitaria en los Estados Unidos.

El comportamiento abusivo en los centros de atención a largo plazo suele producirse cuando la capacitación del personal es deficiente y no se vigilan adecuadamente los niveles de atención

¹⁰ En Homer y Gilleard (1990); Pillemer y Sutor (1992); Coyne, Reichman y Berbig (1993); Anetzberger, Korbin y Austin (1994); Reis y Nahmiash (1998), y Reay y Browne (2001) puede encontrarse más información acerca de los factores de riesgo que llevan al maltrato de las personas de edad.

La prevención del maltrato requiere la creación de un sistema de seguimiento, el refuerzo de la justicia y la mejora de la formación

A pesar de que la existencia de leyes y programas nacionales para responder a los casos de maltrato y abandono ha contribuido a proteger a las personas de edad afectadas por estas situaciones, la aplicación de mecanismos eficaces para prevenirlas y responder a las mismas requiere un enfoque integral de tres niveles que englobe: *a)* la creación de un sistema de seguimiento que permita a las personas acceder a información fiable y mecanismos eficaces para denunciar los casos de maltrato y abandono; dicho sistema contribuiría, además, a aumentar la visibilidad del problema ante la sociedad; *b)* el fortalecimiento del sistema judicial, a fin de posibilitar un cumplimiento efectivo de las leyes nacionales sobre derechos humanos y la imposición de las correspondientes sanciones a los perpetradores, y *c)* el desarrollo de iniciativas nacionales de formación y capacitación para aumentar la sensibilización con respecto a este problema, fomentar una imagen positiva de los mayores y transmitir las aptitudes apropiadas a las personas encargadas de cuidar a los mayores.

Obviamente, tales iniciativas para la prevención del maltrato han de complementarse con la provisión de servicios adecuados para las personas de edad que sean objeto de malos tratos, abandono o explotación. En la mayoría de los países, estos servicios se prestan a través de las actuales redes de servicios sociales y de salud y pueden abarcar servicios médicos, psicológicos y financieros, así como refugios de emergencia y grupos de apoyo a las víctimas del maltrato y el abandono de las personas mayores.

Promoción de los derechos humanos de las personas de edad

La garantía y la protección de los derechos consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos (resolución 217 A (III) de la Asamblea General) constituyen un medio importante para reducir el riesgo de maltrato de las personas de edad y de potenciar a estas personas. El enfoque de los derechos humanos inspira también los principios del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. De hecho, ya en 1982, las Naciones Unidas dieron un paso adelante hacia el avance de los derechos de las personas de edad, cuando la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento adoptó el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de Viena (Naciones Unidas, 1982), en el que se establecían las medidas que los Estados Miembros deberían adoptar para salvaguardar los derechos de las personas mayores en el contexto de los derechos proclamados por los Pactos internacionales de derechos humanos (resolución 2200A (XXI) de la Asamblea General, anexo). A ello siguió en 1991 la adopción, por parte de la Asamblea General, de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (resolución 46/91, de 16 de diciembre de 1991, anexo)¹¹. Dichos Principios siguen siendo el documento internacional más importante para la promoción de los derechos de las personas mayores en los cinco ámbitos siguientes: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.

La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento introdujo el enfoque de los derechos humanos en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento de 2002. El objetivo del Plan de Acción de Madrid es “garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos” (párrafo 10). Al mismo tiempo, el Plan de Madrid establece que “la promoción y protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, incluido el derecho al desarrollo, es esencial para la creación de una sociedad incluyente para todas las edades, en la que las

¹¹ Disponible en <http://www.un.org/esa/socdev/iyop/iyoppop.htm>.

personas de edad participen plenamente y sin discriminación y en condiciones de igualdad” (párrafo 13).

Aún quedan importantes desafíos de política en muchas sociedades en lo que se refiere a encontrar mecanismos eficaces para velar por que los principios de reciprocidad, interdependencia y equidad entre las generaciones se apliquen en la práctica. En algunos países puede ser necesario promulgar legislación complementaria para mejorar el marco jurídico con el fin de proteger los derechos de las personas de edad, prevenir el maltrato y el abandono y fomentar sus posibilidades de participar en todos los aspectos de la vida social. No obstante, el perfeccionamiento del marco jurídico no será suficiente. Las sociedades tendrán que encontrar, además, mecanismos adecuados para evitar la discriminación por motivos de edad en el mercado de trabajo, asegurar la solidaridad intergeneracional mediante sistemas apropiados para garantizar los ingresos en la vejez y movilizar los recursos necesarios para proporcionar una atención de la salud apropiada a largo plazo.

Las sociedades deben prevenir la discriminación por motivos de edad en el mercado de trabajo, garantizar la solidaridad intergeneracional y movilizar los recursos necesarios para la prestación de servicios de atención a largo plazo

Fomento de una imagen positiva de las personas de edad

Con mucha frecuencia, la contribución real de las personas de edad a la sociedad se ve oscurecida por los estereotipos negativos que resaltan los problemas que el envejecimiento de la población puede traer consigo a través de la proyección de imágenes que presentan a estas personas como una carga para la sociedad y una sangría para los recursos familiares y gubernamentales. Estas imágenes negativas sobre las personas de edad pueden provocar episodios de discriminación y maltrato, por lo que es preciso adoptar una visión más equilibrada sobre el envejecimiento —que atraiga la atención sobre la autoridad, sabiduría, dignidad y circunspección que otorga la experiencia a lo largo de la vida—, tanto para aumentar la autoestima de las personas mayores como para mejorar su contribución al desarrollo.

La consecuencia más grave de los estereotipos sobre las personas de edad es la exclusión de éstas de las actividades y/o los grupos sociales. La aceptación de los estereotipos por parte de estas personas puede provocar que no busquen ayuda médica en caso de enfermedad ni reclamen las prestaciones sociales a las que tienen derecho (debido a que los estereotipos equiparan el envejecimiento a la pobreza) o, incluso, que abandonen sus relaciones sociales, aceptando así el estigma del aislamiento y la pasividad (Victor, 1994).

El origen de los estereotipos puede ser tanto social como individual. En las sociedades, los estereotipos surgen casi siempre como consecuencia de la falta de información adecuada. Las personas pueden tener miedo a envejecer porque esperan, de acuerdo con los estereotipos, que se produzca un declive de la movilidad y la memoria, así como la aparición de enfermedades que los estereotipos asocian con la edad (Centro Internacional de Longevidad–Estados Unidos de América, 2006). El temor exagerado al deterioro, la demencia senil y la dependencia es muy fuerte y puede impedir a las personas planificar las últimas etapas de sus vidas.

Las imágenes negativas sobre el envejecimiento pueden tener también un efecto negativo sobre la percepción que las personas de edad tienen de sí mismas, un factor que se considera vital para el bienestar de estas personas. Las personas que tienen una imagen positiva de sí mismas presentan menores niveles de tensión arterial y colesterol, y mantienen un peso saludable. Los resultados de un estudio longitudinal sobre la autopercepción de los hombres y mujeres de edad demostraron que el grupo de encuestados que tenía una autopercepción más positiva vivía, como promedio, 7,6 años más que el grupo de personas que tenía una autopercepción más negativa (Levy y otros, 2002).

Las imágenes positivas de las personas de edad influyen en la propia percepción que éstas tienen de sí mismas y contribuyen a mejorar su bienestar

La creación de una nueva imagen del envejecimiento, tal como se define en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento llevará un tiempo. Será necesario

centrar actuaciones específicas en la promoción de la cohesión y la interdependencia generacionales. Se ha puesto en marcha un número creciente de programas y campañas, tanto por parte de organizaciones gubernamentales como no gubernamentales, encaminadas a contrarrestar los estereotipos negativos sobre las personas de edad y a fomentar una imagen más positiva del envejecimiento. La Oficina Australiana para las Personas de Edad, por ejemplo, es una división del Departamento de Salud y Envejecimiento del Gobierno australiano que ha establecido una “galería de imágenes positivas” que presenta una selección de personas mayores de este país en situaciones de trabajo, tareas voluntarias y actividades de ocio y tiempo libre (Oficina Australiana para las Personas de Edad, 2004). En los Estados Unidos de América, la Escuela de Salud Pública de Harvard y la Fundación MetLife han puesto en marcha una campaña mediática a escala nacional titulada “Reinventar el envejecimiento”. Esta campaña utiliza cobertura de noticias, publicidad y programas de entretenimiento en horario de máxima audiencia para promover un envejecimiento saludable y remodelar las actitudes culturales hacia la vejez, mostrando el papel activo y productivo que las personas de edad desempeñan en la sociedad. La Argentina puso en marcha el Parlamento Vicente López sobre la Vejez y la campaña “Ancianos, los primeros en crecer” con el objetivo de ofrecer una descripción visual de una vejez saludable y, de esta manera, ayudar a erradicar los prejuicios dirigidos contra las personas mayores (Global Action on Ageing, 2006a).

Uno de los principales objetivos que persiguen estas iniciativas es demostrar que las personas de edad constituyen un recurso muchas veces ignorado y que, por tanto, pueden contribuir de forma importante a fortalecer el tejido socioeconómico. Una perspectiva más equilibrada exige considerar las experiencias en la vejez no desde una única dimensión, sino como experiencias fluidas, complejas y heterogéneas (Lloyd-Sherlock, 2004a). En general, las personas de edad poseen un mayor capital humano de capacidades y experiencia, y es preciso reconocer su aportación a la sociedad. La eliminación de las barreras estructurales, la erradicación de los estereotipos negativos y el fomento de una percepción más positiva de estas personas serán factores clave para mejorar su capacidad productiva y su bienestar.

Conclusiones

La mayoría de los países están experimentando un rápido envejecimiento de la población que tiene repercusiones de gran alcance en el desarrollo de las sociedades. El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento expresa la preocupación internacional derivada del reto que supone la adaptación a un mundo que envejece y la mejora de la calidad de vida de las personas de edad, así como el reconocimiento de su contribución al desarrollo social.

Los cambios sociales que se han producido simultáneamente como consecuencia de la industrialización, el aumento de la participación de las mujeres en el mercado de trabajo, la reducción del tamaño de las familias, la pérdida de importancia de la familia ampliada y la creciente inmigración, tanto nacional como internacional, entre otros factores, tienen importantes repercusiones en el bienestar de las personas de edad. Estos rápidos cambios están cuestionando conceptos tradicionales de solidaridad intergeneracional, como la garantía de la provisión de cuidados y atención a las personas de edad; por ello, son necesarias respuestas políticas mejor integradas para satisfacer las necesidades de una población que envejece, fomentar el respeto de sus derechos humanos y facilitar su continua contribución al desarrollo social.

En el presente capítulo se han definido tres ámbitos que requieren respuestas políticas más adecuadas: la mejora de la situación de la vivienda y las modalidades de convivencia

La mejora de las modalidades de convivencia, el fomento del empoderamiento de las personas de edad y el aumento de la sensibilización de la sociedad con objeto de proteger los derechos humanos de estas personas son desafíos fundamentales para las sociedades en pleno proceso de envejecimiento

de las personas de edad; el fomento del empoderamiento y la participación política de este colectivo, y la mejora del marco jurídico y la sensibilización de la sociedad con objeto de proteger sus derechos humanos.

En los países desarrollados, los rápidos cambios observados en la composición de la familia están produciendo un incremento del número de adultos de edad avanzada que viven solos o con sus cónyuges, y ello repercute en el mantenimiento de la solidaridad intergeneracional y la cohesión de la familia. El establecimiento y la expansión de los servicios de atención a largo plazo han sido la respuesta tradicional a la situación de aquellas personas de edad que no disponen de apoyo familiar y precisan de asistencia en sus actividades cotidianas. En el capítulo VI se presentará una serie de estimaciones sobre el gasto futuro en salud, que podrían ser muy superiores en el caso de que los servicios de atención a largo plazo crezcan al ritmo requerido para responder a las necesidades de unas sociedades que envejecen rápidamente. Un modelo emergente en numerosos países, que constituye una alternativa a la atención institucionalizada a largo plazo, ha demostrado, a través de una combinación de recursos familiares, comunitarios y del sector público, que es posible proporcionar a las personas de edad apoyo y asistencia en sus propios hogares sin que su calidad de vida se vea afectada. El número de personas de edad que necesitarán ayuda para poder seguir viviendo en su casa será mayor y, por tanto, será imprescindible poner en marcha respuestas políticas explícitas para reproducir este tipo de iniciativas con el fin de poder llegar a toda persona que lo necesite.

En los países en desarrollo, las nuevas demandas para satisfacer las necesidades específicas de una población que envejece entran en conflicto con la demanda de los recursos necesarios para ampliar la cobertura de las infraestructuras y los servicios más básicos. El número de personas de edad que no tienen acceso a servicios de abastecimiento de agua y saneamiento adecuados o a viviendas de calidad sigue siendo muy elevado. Los programas destinados a mejorar las condiciones de vida de las personas de edad deberán incorporar explícitamente el objetivo de equidad, con el fin de asegurar que estas personas, cualquiera que sea su nivel de ingresos o su lugar de residencia, tengan acceso a un nivel de vida mínimo.

La tecnología de asistencia y la remodelación de las viviendas para facilitar la movilidad de las personas de edad constituye otro ámbito de desarrollo en el que la colaboración entre el sector público y el privado puede resultar eficaz. En los países en desarrollo, este objetivo comporta, además, el reto de proporcionar soluciones técnicas a un costo asequible para las personas que requieran ayuda.

El empoderamiento y la participación política de las personas de edad varían de manera significativa entre los distintos países. En algunos de ellos, este colectivo está más organizado y tiene una mayor tradición de participación política. En muchos otros, por el contrario, estas personas no están organizadas y se enfrentan a grandes dificultades a la hora de hacer oír su voz y de incorporar sus demandas al debate público y a la agenda política. Las organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales han venido promoviendo activamente la organización de las personas de edad como mecanismo para influir en el diseño y la aplicación de las políticas que las afectan. Como la alfabetización y la formación continua, incluida la información acerca de los derechos humanos, constituyen elementos importantes para el empoderamiento de las personas, los esfuerzos para organizar a las personas de edad deben ir acompañados de amplios programas que incluyan esos elementos.

Para crear un entorno favorable para las personas de edad es necesario prestar atención tanto a sus necesidades y derechos humanos como a su desarrollo a través de la participación social. Un aspecto fundamental de la contribución de las personas de edad al desarrollo es

su participación en el mercado de trabajo, cuestión que se abordará en el capítulo IV. En este capítulo se han definido los retos políticos que aún están pendientes para garantizar unas condiciones de vida adecuadas a las personas mayores y proteger sus derechos humanos mediante el fortalecimiento de medidas legislativas que reconozcan dichos derechos, ofrezcan salvaguardas contra el maltrato, el abandono y la violencia y fomenten la participación de estas personas en la sociedad y su contribución a ella.

Son necesarios mayores esfuerzos para integrar los objetivos del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en los planes nacionales, así como para conseguir el apoyo activo de los agentes involucrados a escala nacional e internacional

Es preciso lograr un mayor reconocimiento y respeto hacia las personas de edad por su autoridad, su sabiduría, su productividad y sus aportaciones a las comunidades locales y a la sociedad en su conjunto. El compromiso y la participación activa de las personas de edad en el ámbito social, económico y político pueden garantizar que el proceso de envejecimiento sea más vital, sano y positivo. El hecho de envejecer no debe considerarse el final de la vida productiva, sino, más bien, el inicio de una nueva fase en la que surgen nuevas posibilidades y oportunidades. El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento establece el marco necesario para la consecución de estos objetivos; no obstante, en muchos países será preciso realizar grandes esfuerzos para incorporar estos objetivos en los planes nacionales de actuación en materia de envejecimiento, así como para conseguir el apoyo activo de los interesados a escala nacional y de los donantes internacionales para su aplicación eficaz.

Capítulo IV

Repercusiones económicas del envejecimiento de la población

Introducción

El envejecimiento afectará al tamaño y la composición de la fuerza de trabajo y tendrá importantes consecuencias para el crecimiento económico y la participación de las personas de edad en la sociedad. Los países con tasas de fecundidad reducidas y decrecientes —principalmente las economías desarrolladas y en transición, aunque un número cada vez mayor de países en desarrollo también se encuentran en esta situación— se enfrentarán a un menor aumento o, incluso, a un descenso de la oferta de mano de obra. La reducción del número de trabajadores podrá tener consecuencias negativas para el crecimiento de la producción y la garantía del bienestar de la población en conjunto. Un menor crecimiento de la producción implica que la satisfacción de las necesidades de una población cada vez mayor de personas de edad se convertirá en una tarea ardua. Además, se prevé también un envejecimiento gradual de la fuerza de trabajo, dado que se observa en todo el mundo un incremento de la proporción de trabajadores de los grupos de edad más avanzada con respecto al total de la población económicamente activa (véase el capítulo II); asimismo, los trabajadores más veteranos se harán cargo de una porción cada vez mayor de la producción de productos y servicios. Este cambio puede influir en los modelos de producción de bienes y servicios, así como en la eficacia global de la economía.

Por consiguiente, las economías con bajas tasas de fecundidad se enfrentan al reto de mantener los niveles de bienestar material mientras su población trabajadora envejece y se reduce su tamaño. Este reto plantea una serie de preguntas en el ámbito de la política económica, no sólo en lo referente a la forma de incrementar la productividad laboral, sino también sobre lo que se puede hacer para invertir las tendencias decrecientes de la participación de la población de edad en el mercado de trabajo y ajustar la edad de jubilación.

Entre tanto, en los países en los que las tasas de fecundidad siguen siendo elevadas o superan el nivel de sustitución (sobre todo en el África subsahariana y en Asia meridional y central, aunque también en algunas economías desarrolladas, como los Estados Unidos de América y Nueva Zelanda) la oferta de mano de obra continuará creciendo, si bien, con el tiempo, deberán enfrentarse igualmente a las consecuencias del aumento de las relaciones de dependencia de las personas de edad. Los países en desarrollo se enfrentan, además, a otros retos, como la creación de volúmenes de empleos remunerados muy superiores.

El envejecimiento de la población afectará a la actividad económica y al crecimiento a través de otras vías, además del mercado de trabajo. El crecimiento económico guarda una estrecha relación con el consumo, la inversión y el ahorro. Las pautas de consumo varían con la edad. Por ejemplo, las personas de edad tienden a gastar una mayor proporción de sus ingresos en vivienda y servicios sociales en comparación con los grupos de edad

El envejecimiento afectará al tamaño de la fuerza de trabajo y, por tanto, tendrá consecuencias sobre el crecimiento económico

El envejecimiento también afectará a las pautas de consumo...

más jóvenes. Si se analizan las actuales pautas de consumo de las personas mayores de 65 años en los países desarrollados cabe esperar, entre otras cosas, que aumente la demanda de servicios de atención a largo plazo, así como el gasto en vivienda y energía. Sin embargo, esta modificación de las pautas de consumo como consecuencia del envejecimiento de la población se producirá de manera muy gradual, a lo largo del tiempo. Hay otros factores (especialmente el crecimiento de los ingresos) que suelen ejercer una mayor influencia en la determinación del nivel y la composición del gasto en productos de consumo tanto de los jóvenes como de las personas de edad. Los ingresos en concepto de salarios constituyen un elemento fundamental de los ingresos de las personas, pero tienden a variar de forma importante a lo largo del ciclo de vida, alcanzando con frecuencia su nivel máximo cuando las personas se encuentran en los años centrales de su vida laboral. Si los ingresos disminuyen cuando aumenta la edad, es posible que los niveles de consumo también lo hagan, en cuyo caso el crecimiento económico podría verse afectado negativamente conforme una mayor proporción de consumidores vaya envejeciendo.

...y puede ser un factor relevante para la generación de ahorro en el futuro

De forma similar, la capacidad de ahorrar puede disminuir con la edad, lo que puede tener consecuencias para la generación de ahorro en la economía cuando un número creciente de personas se vaya haciendo mayor. Este hecho podría, por tanto, influir en el nivel general de ahorro y la disponibilidad de fondos para inversión, debido principalmente al peso que tienen los países con poblaciones en proceso de envejecimiento en la economía mundial. También en este caso el envejecimiento es un factor capaz de influir en la futura propensión al ahorro, teniendo en cuenta que las proyecciones a tan largo plazo están sujetas a un grado de incertidumbre considerable. Por otra parte, las consecuencias para los mercados financieros tal vez serían más visibles. El envejecimiento de la población ya se está dejando sentir en dichos mercados, ya que es cada vez mayor la proporción del ahorro de las familias que se canaliza hacia fondos de pensiones y otros planes financieros de inversión para la jubilación. Los inversionistas institucionales pueden desempeñar un importante papel en la profundización de los mercados financieros y en la disponibilidad de liquidez adicional para proyectos de inversión a largo plazo. Sin embargo, los inversionistas institucionales operan en buena medida fuera de los mecanismos de regulación y supervisión del mercado que se aplican de una forma más general al sistema bancario. Si no se controlan, las operaciones de los fondos de pensiones en los mercados financieros podrían convertirse en una fuente de inestabilidad e influir negativamente en la eficacia de las políticas monetarias.

El envejecimiento, la oferta de mano de obra y el crecimiento de la productividad

Asimetrías en el crecimiento de la oferta de mano de obra

La fuerza de trabajo mundial seguirá creciendo aunque en algunos países experimentará un descenso

Tal como se describe en el capítulo II, la fuerza de trabajo mundial seguirá creciendo a lo largo de los próximos 50 años. Sin embargo, niveles de fecundidad relativamente elevados en algunas partes del mundo, acompañados de una tendencia al descenso de esta variable en otros, generarán asimetrías en el crecimiento de la mano de obra entre las distintas economías. En los países de bajos ingresos se producirá un crecimiento relativamente importante de la fuerza de trabajo y, de hecho, en estos países ya existen importantes excedentes de mano de obra, mientras que la mayoría de los países de ingresos medianos y altos experimentarán crecimientos limitados (o incluso reducciones) de la fuerza de trabajo.

Cuadro IV.1

Variaciones de la fuerza de trabajo, por región y sexo, 1980-2000 y 2000-2020 (millones)

Región	Variación absoluta desde 1980 a 2000			Variación absoluta desde 2000 a 2020		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Mundo	888,9	510,8	378,1	832,8	480,5	352,3
Países desarrollados ^a	66,5	22,5	44,0	13,8	-4,6	18,5
Regiones menos desarrolladas ^b	822,4	488,3	334,1	819,0	485,1	333,9
África	139,1	83,9	55,2	202,8	122,0	80,8
África oriental	50,3	26,9	23,4	78,4	42,8	35,6
África central	16,6	9,6	7,0	28,3	16,6	11,8
África meridional	8,7	5,8	2,9	1,2	1,5	-0,4
África septentrional	24,9	17,8	7,1	32,4	22,1	10,4
África occidental	38,6	23,8	14,8	62,5	39,1	23,4
América Latina y el Caribe	105,0	52,5	52,5	100,7	43,9	56,9
América del Sur	74,4	34,3	40,0	70,6	29,4	41,2
América Central ^c	25,4	15,3	10,1	25,7	12,4	13,3
Caribe	5,3	2,9	2,4	4,4	2,1	2,4
América del Norte ^d	38,8	15,2	23,6	28,0	12,7	15,3
Asia	588,3	356,9	231,4	505,4	311,5	193,8
Asia sudoriental	99,3	57,2	42,2	105,8	55,5	50,2
Asia central y meridional ^e	205,8	144,4	61,3	285,5	179,8	105,7
Asia oriental ^f	256,5	133,8	122,7	71,3	47,9	23,4
Asia occidental ^g	26,7	21,5	5,2	42,8	28,3	14,5
Europa	13,2	0,4	12,7	-8,9	-11,8	3,0
Europa oriental ^h	-10,8	-4,6	-6,2	-15,2	-9,0	-6,1
Europa septentrional	3,2	0,3	2,9	2,9	0,9	2,1
Europa meridional ⁱ	8,9	2,0	6,9	3,0	-1,1	4,2
Europa occidental	11,9	2,8	9,1	0,3	-2,5	2,9
Oceanía ^j	4,5	1,9	2,6	4,7	2,2	2,5
Australia-Nueva Zelandia	3,2	1,2	2,0	2,7	1,1	1,6

Fuente: Oficina Internacional del Trabajo, "LABORSTA: estimaciones y proyecciones de la población económicamente activa", disponible en <http://laborsta.ilo.org> (a partir del 24 de abril de 2007).

^a Incluye a todas las regiones de Europa, América del Norte, Australia, el Japón y Nueva Zelandia.

^b Incluye a todas las regiones de África, Asia (excepto el Japón), América Latina y el Caribe y Oceanía (salvo Australia y Nueva Zelandia).

^c Incluye a México.

^d Se refiere al Canadá y a los Estados Unidos de América.

^e Incluye a Kazajstán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán.

^f Incluye al Japón.

^g Incluye a Armenia, Azerbaiyán, Chipre y Georgia.

^h Incluye a Belarús, la Federación de Rusia, Moldova y Ucrania.

ⁱ Incluye a Albania, Bosnia y Herzegovina, Croacia, ex República Yugoslava de Macedonia, Serbia y Montenegro.

^j Incluye a Australia y Nueva Zelandia.

En el cuadro IV.1 se presentan, en términos absolutos, los cambios producidos en la fuerza de trabajo desde 1980 y sus correspondientes proyecciones hasta 2020 para las distintas regiones. Estas proyecciones, que complementan los análisis del capítulo II, tienen en cuenta los cambios previstos como consecuencia de la convergencia de género en los índices de participación en la fuerza de trabajo, así como la composición demográfica a escala nacional¹.

En 2020, la fuerza de trabajo mundial superará en unos 833 millones de trabajadores el nivel alcanzado en 2000, y la mayor parte de este incremento tendrá lugar en los países en desarrollo. Para el conjunto de países desarrollados, la fuerza de trabajo crecerá en menos de 14 millones de trabajadores en el mismo período, debido en buena medida a la mayor participación de las mujeres. Las proyecciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) indican que la población trabajadora en Europa, y más concretamente en la Federación de Rusia, será menor en 2020 que en la actualidad. Se producirá, además, una considerable ralentización del crecimiento de la oferta de mano de obra en Asia oriental

Un menor crecimiento de la fuerza de trabajo puede dar lugar a un menor crecimiento económico

¹ En <http://laborsta.ilo.org/> se puede encontrar una descripción más detallada de la metodología empleada en las estimaciones y proyecciones.

(China, Japón y Singapur) como consecuencia, principalmente, del notable descenso de las tasas de fecundidad que se registrarán en los países de esta región, así como en África meridional debido a la pandemia del SIDA (Oficina Internacional del Trabajo, 2004a). En otras zonas de Asia, la oferta de mano de obra seguirá creciendo; los mayores incrementos previstos se producirán en Asia occidental, así como en la zona central y meridional de este continente.

Por lo que respecta a América Latina y el Caribe y a América del Norte, se prevé que la fuerza de trabajo continúe creciendo en el período 2000-2020, aunque a un ritmo menor. Unas tasas de fecundidad relativamente elevadas —aunque decrecientes— contribuirán al crecimiento continuado de la mano de obra en América Latina a lo largo de estas dos décadas. Sin embargo, el rápido descenso de los niveles de fecundidad observados en la región durante los últimos años provocará una desaceleración gradual del crecimiento de esta variable, principalmente en las décadas posteriores a 2020. En América del Norte (el Canadá y los Estados Unidos), el crecimiento de la fuerza de trabajo se verá sustentado principalmente por la migración internacional y unos mayores índices de participación en el mercado de trabajo. Mientras tanto, en la mayoría de los países africanos, la fuerza de trabajo experimentará un crecimiento relativamente rápido (salvo en África meridional, como se ha expuesto anteriormente) debido a la persistencia de los altos niveles de fecundidad en muchos países de esta región.

En el gráfico IV.1 se presenta información acerca del crecimiento de la fuerza de trabajo a escala nacional y se muestra el crecimiento medio anual previsto para el período 2000-2020 comparado con el registrado en el período 1980-2000 en 192 países. La mayor parte de las economías se encuentran agrupadas en el gráfico por encima de la línea de 45 grados, lo que indica una desaceleración del ritmo de crecimiento de la fuerza de trabajo. Las economías que están experimentando una aceleración del crecimiento de esta variable son principalmente aquellas con tasas de fecundidad elevadas y ubicadas en África, Asia y América Latina.

A pesar de que el crecimiento de la fuerza de trabajo puede aumentar el potencial de crecimiento y mejorar el nivel de vida de la población en su conjunto (véase el recuadro IV.1), un descenso del crecimiento de esta variable puede tener el efecto contrario y provocar una ralentización del crecimiento de la producción. Por ejemplo, se supone que el crecimiento del empleo ha sido la causa de casi el 50% del crecimiento de la producción en la UE-15 hasta 2010. A partir de dicho año, el efecto del empleo sobre el crecimiento se vuelve neutro, pero será negativo a partir de 2030, a medida que se reduzca la fuerza de trabajo (Comisión Europea, 2005). Podría aplicarse una hipótesis similar a otros países como el Japón, donde se calcula que la fuerza de trabajo descenderá aproximadamente 8 millones de personas para 2020 (Oficina Internacional del Trabajo, 2005a). Esto no quiere decir que no vaya a existir crecimiento económico en estos países, sino que el empleo se convertirá en un lastre para el crecimiento, a menos que el descenso de la oferta de mano de obra pueda atenuarse o aumente la productividad laboral.

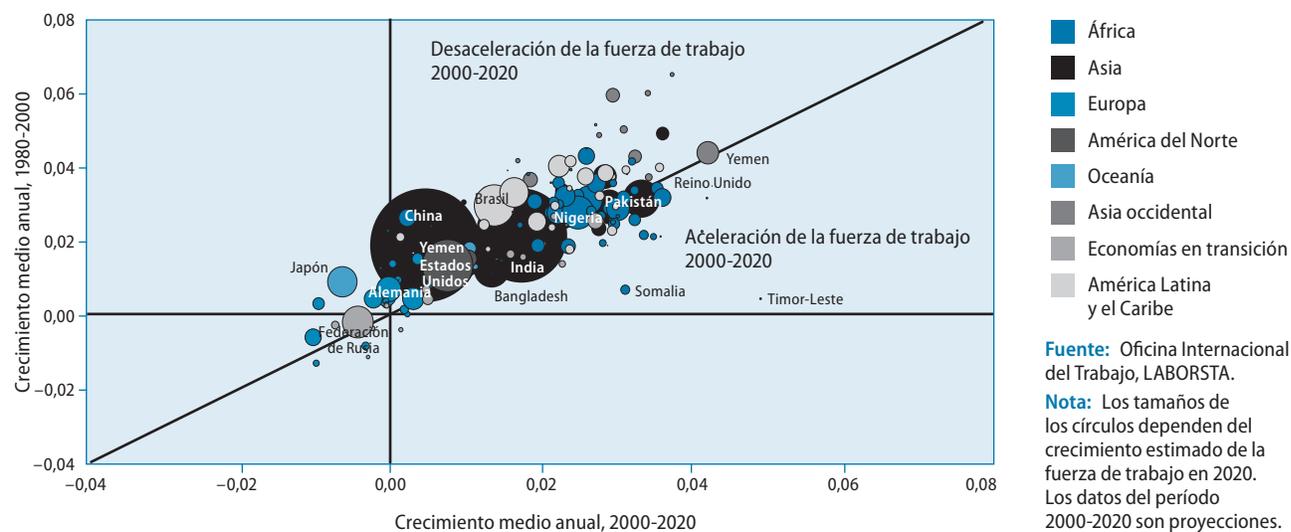
Contrarrestar el lento crecimiento de la mano de obra

Existen diversas opciones políticas que pueden utilizarse para contrarrestar el descenso previsto de la fuerza de trabajo y sus consecuencias negativas. Entre ellas suelen mencionarse el fenómeno migratorio, la externalización, el aumento de la fecundidad y una mayor participación en la fuerza de trabajo tanto de las mujeres como de los trabajadores de edad. Además, la mejora de la productividad del trabajo puede mitigar las consecuencias negativas de la

Las intervenciones políticas pueden contrarrestar el impacto negativo del descenso de la fuerza de trabajo sobre el crecimiento económico

Las respuestas políticas deberán adaptarse a la importancia relativa de los factores que impulsan el crecimiento de la oferta de mano de obra

Gráfico IV.1
Crecimiento de la fuerza de trabajo, 1998-2000 y 2000-2020



ralentización del crecimiento de la fuerza de trabajo sobre el crecimiento económico. No existe, sin embargo, ninguna política sobre el mercado de trabajo ni remedios milagrosos en los que los países puedan confiar; en lugar de ello, deben tomar en consideración sus propias previsiones de cambio demográfico, así como las características de su mercado de trabajo para determinar los paquetes de políticas más adecuados para su situación específica.

En el apéndice del presente capítulo se presenta una clasificación de 164 países y regiones en función de tres factores determinantes para el crecimiento de la oferta de mano de obra: las tasas de fecundidad, inmigración y participación en el mercado de trabajo. Los encargados de la formulación de políticas deberían tener en cuenta esos factores a la hora de aplicar medidas tendentes a atenuar el descenso del crecimiento de la fuerza de trabajo. En países con bajas tasas de fecundidad y con flujos migratorios elevados, un incremento de la migración podría no ser una opción viable. En esos países (Alemania, Austria o España, por ejemplo), el aumento de los índices de participación de los trabajadores de edad puede constituir un medio de contrarrestar la ralentización del crecimiento de la fuerza de trabajo. En otros, como el Canadá o Suiza, donde ya se observan elevados índices de migración y de participación en el mercado de trabajo, tal vez haya que centrar los esfuerzos en aumentar la productividad laboral.

Tal como se ha descrito en el capítulo II, las expectativas de que se produzca un crecimiento en las tasas de fecundidad son limitadas. La experiencia ha demostrado que las políticas pueden provocar una tendencia a la baja de dichas tasas, pero parece difícil que las intervenciones públicas logren invertir las actuales tendencias decrecientes. Así pues, tal vez sea necesario aplicar otras medidas políticas a mediano plazo tendentes a reducir el desempleo, mejorar la productividad laboral o incrementar los índices de participación en la fuerza de trabajo². A continuación se analizan todas estas opciones.

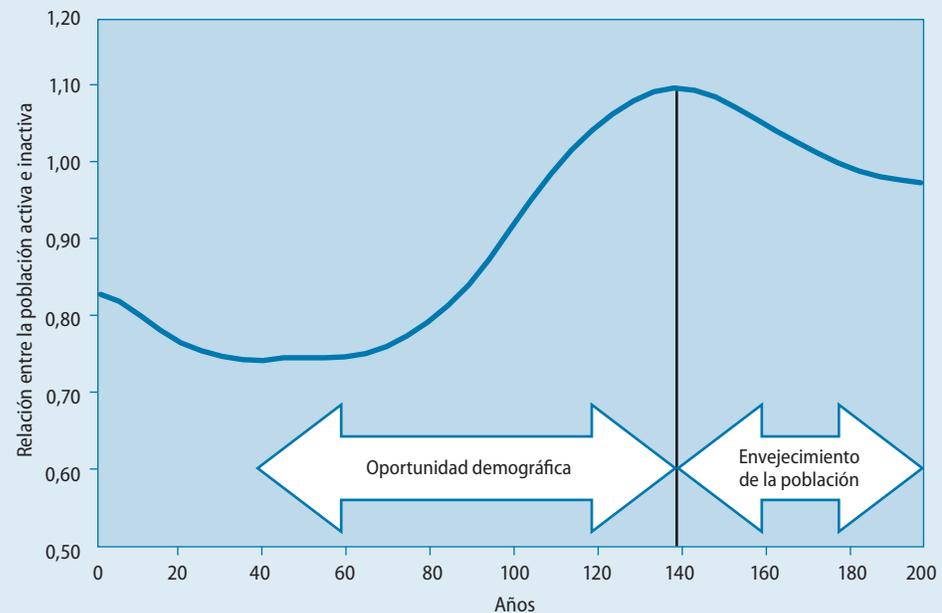
² Por ejemplo, en el caso de Italia, los cálculos del DAES/Naciones Unidas indican que una reducción gradual de la tasa de desempleo desde el 11% de 1999 al 4% en 2025 conllevaría una tasa de crecimiento media anual del producto interno bruto (PIB) per cápita del 2% durante el período 2000-2050, en comparación con el 1,8% en ausencia de dicha reducción del desempleo (véase la nota 7).

Recuadro IV.1

La transición demográfica: ¿primer y segundo dividendos para la tercera edad?

Los cambios en la estructura por edades de la población pueden tener repercusiones sobre la macroeconomía. Durante la segunda etapa de la transición demográfica —una vez que la fecundidad comienza a decaer pero antes de iniciarse el crecimiento a largo plazo de la población de edad avanzada—, la proporción de personas en edad de trabajar aumenta en relación con la población dependiente (jóvenes y mayores). Si esta mano de obra relativamente más numerosa está empleada, se produce un considerable impulso de la tasa de crecimiento de los ingresos per cápita. Este crecimiento potencial de los ingresos per cápita se conoce con el nombre de “primer dividendo demográfico” y el período en que se produce, “oportunidad demográfica” (véase el gráfico). Este dividendo es el resultado de las variaciones de la relación entre el número real de productores y el de consumidores, conocida como relación población activa/población inactiva. Si prosigue el envejecimiento de la población, seguirán disminuyendo los ingresos por consumidor real a medida que se reduzca la relación población activa/población inactiva.

Una relación población activa/inactiva más elevada puede traducirse en un aumento de la producción per cápita, lo que implica que puede dedicarse una mayor proporción de la producción nacional a inversión sin que el consumo se vea afectado. En caso de que la totalidad o una parte del primer dividendo se invierta en capital físico y humano, se producirá un incremento progresivo del crecimiento económico. Además, según las opciones que elijan las personas y las políticas que apliquen los gobiernos, el primer dividendo podría generar un segundo dividendo que persistiría durante mucho tiempo, incluso una vez que la oportunidad demográfica haya tocado a su fin.

Transición demográfica y relación entre la población activa e inactiva: primeros 200 años

Fuente: Lee y Mason (2007).

En teoría, las expectativas de un segundo dividendo demográfico son relativamente prometedoras (Lee y Mason, 2007). Por diversos motivos, el envejecimiento de la población produce un aumento de la demanda de la riqueza necesaria para mantener los niveles de consumo en las edades avanzadas. En primer lugar, las personas de edad que acumularon ahorros

durante sus años de trabajo disponen por lo general de un mayor patrimonio que los adultos más jóvenes. Por consiguiente, un aumento de la proporción de personas de edad causa un incremento de la riqueza per cápita entre la población. En segundo lugar, la previsión de una vida más larga induce a las personas a ahorrar más y acumular más riqueza durante su vida, acentuando este efecto. En tercer lugar, en un contexto de menor fecundidad, las personas pueden dedicar una mayor parte de los ingresos obtenidos a lo largo de sus vidas a su propio consumo, también en la vejez, por lo que también cabe suponer que acumularán y ahorrarán más durante su vida laboral. Por todos estos motivos, la riqueza per cápita puede aumentar durante la transición demográfica.

Este aumento potencial de la riqueza per cápita, así como el aumento de los ingresos y el consumo que genera, crean la posibilidad de que se produzca un segundo dividendo demográfico. Según Lee y Mason, existe, en teoría, la posibilidad de que los ingresos por consumidor equivalente sean "permanentemente" de un 25% a un 30% superiores debido a este segundo dividendo. Sin embargo, el segundo dividendo sólo podrá obtenerse si la totalidad o parte de la riqueza adicional generada por el primero se invierte en activos en lugar de transferirse simplemente de un grupo a otro. Los diferentes modelos de provisión de ingresos para las personas de edad tienen distintas consecuencias para la promoción del crecimiento y, por tanto, para la seguridad económica de las personas que se jubilen (véase el capítulo V).

Al igual que en cualquier otro ejercicio de simulación, la estimación anterior debe interpretarse con cautela debido a su sensibilidad a los supuestos acerca de la evolución probable de los perfiles de consumo, la rentabilidad de los activos y el crecimiento económico. En este ejercicio, se supone que la productividad crece a una tasa anual constante del 1,5% como resultado del cambio tecnológico exógeno. Otro supuesto importante es que la mitad del consumo de las personas de edad se financia mediante la acumulación de activos durante la edad laboral. Es posible que tal supuesto no sea realista, especialmente en el caso de los países de bajos ingresos, debido al incipiente desarrollo de los mercados financieros en muchos de ellos. Finalmente, la acumulación de los beneficios previstos como consecuencia del segundo dividendo presupone una rentabilidad libre de riesgos del 3% y una optimista rentabilidad real internacional de los activos acumulados del 6%, que se espera disminuya linealmente hasta un 4,4% en 2300.

¿Pueden la migración y la deslocalización del trabajo compensar la reducción de la fuerza de trabajo?

La gran cantidad de trabajadores cualificados y no cualificados en los países en desarrollo constituye un potencial de trabajadores migrantes que permitiría contrarrestar la reducción de la fuerza de trabajo en los países más envejecidos. Además, la menor capacidad productiva como consecuencia de la reducción de la mano de obra podría compensarse, en parte, con inversiones extranjeras directas a través de la deslocalización de los procesos de producción (Freeman, 2006).

Resulta dudoso, sin embargo, que la migración internacional pueda compensar en grado suficiente los incrementos previstos en las relaciones de dependencia. Como se ha explicado en el capítulo II, serían necesarios enormes flujos migratorios netos para mantener estables la fuerza de trabajo o para influir de forma significativa en las tendencias de las relaciones de dependencia. Por ejemplo, tal como se ilustra en el cuadro II.6, los flujos migratorios netos necesarios para contrarrestar el descenso de la población en edad de trabajar en Europa serían de unos 2,9 millones de migrantes al año durante el período 1995-2050, cifra que casi triplica los niveles anuales observados entre 1995 y 2000 (en torno a 950.000 personas). Es posible que unos flujos migratorios de tal envergadura sean inviables por diversos motivos. Los países receptores podrían enfrentarse a dificultades de carácter político y económico para integrar un volumen de migración tan elevado, mientras que los países de origen podrían sufrir una fuga de cerebros no deseada.

No es probable que la migración internacional consiga contrarrestar el impacto del envejecimiento de la población...

Desviar el trabajo hacia otros lugares, desplazando la producción hacia trabajadores situados en el extranjero, y no a la inversa, es otra opción a la hora de enfrentarse a las asimetrías de la oferta de mano de obra mundial. A medida que la difusión de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) continúa facilitando la transferencia de empleos tanto en el sector de fabricación como en el de servicios, las redes de producción mundiales seguirán expandiéndose en las economías en desarrollo que disponen de excedentes de mano de obra. Además, es probable que estas economías con un exceso de mano de obra atraigan un mayor número de empleos del exterior debido a la continua mejora del nivel de instrucción y cualificación de su mano de obra, lo que reforzará la posición competitiva de sus salarios. Las estimaciones realizadas para los Estados Unidos de América, por ejemplo, mostraron que en las industrias en las que se utilizan las TIC de forma más intensiva “se prevé que se deslocalicen 3,3 millones de puestos de trabajo para 2015” (Forrester Research, 2002). Entre tanto, la mitad de las grandes empresas de este país están llevando a cabo alguna forma de externalización y se prevé que varias empresas más seguirán este camino en los próximos años (Sperling, 2004).

...ni la deslocalización del empleo a otros países

Pese a todo lo anterior, no es probable que la deslocalización del trabajo sea la respuesta a todos los retos que plantea el aumento de las tasas de dependencia y la reducción de la mano de obra en los países que envejecen. Aunque aliviaría la escasez de mano de obra al desplazar la producción hacia trabajadores situados en el extranjero, no reduciría la presión sobre los sistemas de pensiones de jubilación, porque la población jubilada seguiría aumentando pero la base contributiva de estos sistemas no aumentaría (véase el capítulo V). Al mismo tiempo, la deslocalización del trabajo podría producir un deterioro de las balanzas comerciales y un aumento del desempleo como consecuencia de las competencias de los costos en los sectores afectados. Estos efectos a corto y mediano plazo pueden verse atenuados por los mecanismos de compensación de “salarios e inversiones”. Por ejemplo, los ahorros en costos salariales derivados de la deslocalización del trabajo fomentarían las inversiones de las empresas y la profundización del capital en actividades nacionales complementarias, generando un incremento de la productividad y del crecimiento económico del país (Mahoney y otros, 2006; Mann, 2003). Sin embargo, no existen suficientes elementos concluyentes que demuestren que será posible capitalizar estas ventajas a largo plazo.

Incrementar la participación de la mujer en el mercado de trabajo

La participación de las mujeres en el mercado de trabajo ha aumentado...

La participación de las mujeres en el mercado de trabajo varía de forma significativa en las distintas regiones. En la mayoría de los países, el aumento de la participación de la mujer ha sido uno de los principales elementos impulsores del cambio estructural de la fuerza de trabajo en los últimos 40 años. No obstante, pese a las enormes ventajas de este fenómeno, los índices de participación de la mujer en el mercado de trabajo siguen siendo inferiores a los de los hombres en todos los grupos de edad (véase el gráfico IV.2). En primer lugar, las mujeres siguen realizando de forma desproporcionada labores domésticas no remuneradas y de atención a otras personas. En segundo lugar, los índices de participación de las mujeres menores de 25 años han ido descendiendo como consecuencia de la mayor disponibilidad de oportunidades de formación para ellas, lo que ha supuesto un retraso en su incorporación al mercado de trabajo (Oficina Internacional del Trabajo, 2006). Sin embargo, el aumento del nivel de instrucción ha dado lugar a un aumento de los índices de participación de la mujer en el mercado de trabajo (entre las mujeres de 25 y más años) y ahora el número de mujeres con educación superior que participan en la fuerza de trabajo es mayor que el de aquellas que han finalizado la educación secundaria. De forma similar, los índices de participación de las

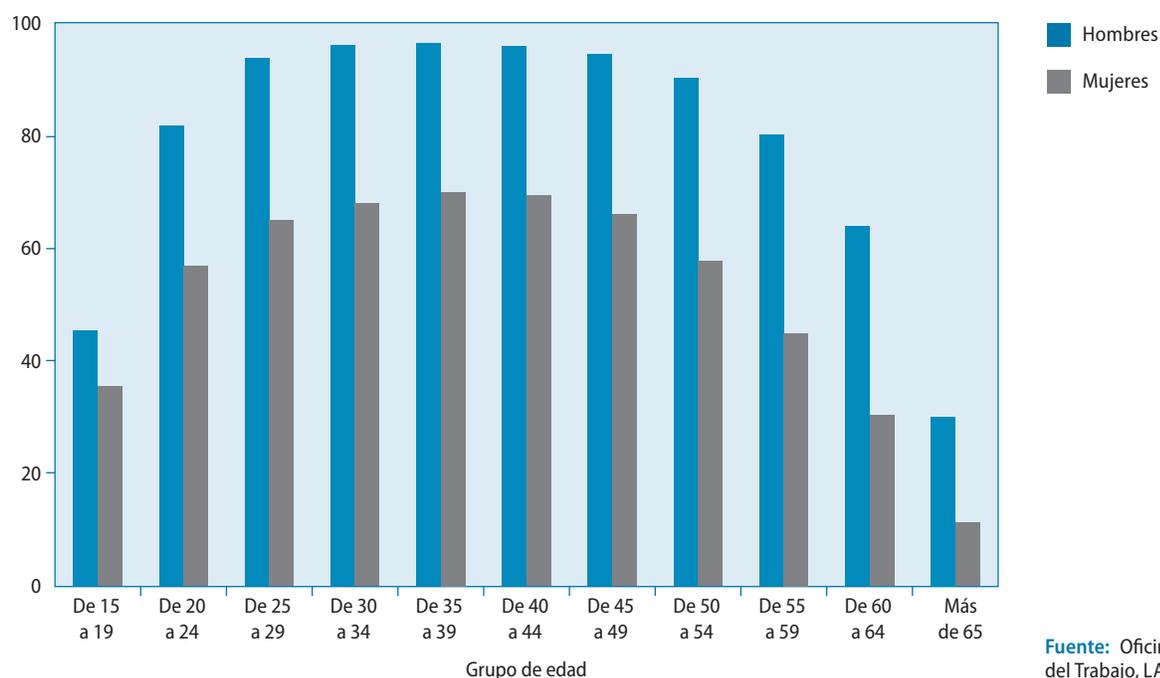
mujeres que han finalizado la educación secundaria son superiores a las de aquellas que sólo cuentan con un nivel educativo básico (Fitzgerald, 2005)³.

Los datos disponibles de los países desarrollados indican que las mujeres buscan el equilibrio entre el trabajo y la maternidad: el aumento del índice de participación de las mujeres en el mercado de trabajo ha traído consigo un retraso de la maternidad y un descenso de las tasas de fecundidad (Oficina Internacional del Trabajo, 2004b). El reto para la intervención política consiste, por tanto, en prestar la debida atención a la necesidad de conciliar las exigencias de la familia y el trabajo que pueden producirse como consecuencia de este aumento de la participación femenina en el mercado de trabajo. En este sentido, las políticas sociales y de empleo deben orientarse hacia la reducción de los costos de oportunidad de tener hijos para las mujeres, permitiendo que permanezcan en el mercado de trabajo y desarrollen sus carreras profesionales⁴.

...pero se necesita más apoyo para que los padres puedan combinar las responsabilidades familiares y laborales

Gráfico IV.2

Índices de participación en la fuerza de trabajo, por región, sexo y grupo de edad, 2005
(porcentaje de población de 15 a 64 años)



Fuente: Oficina Internacional del Trabajo, LABORSTA.

- 3 Sin embargo, al mismo tiempo, los datos disponibles sobre los Estados Unidos de América indican una inversión de esta tendencia, puesto que algunas mujeres casadas con un alto nivel de formación dejan de trabajar para cuidar de sus hijos durante períodos breves o al menos hasta que los hijos alcanzan la edad escolar (Mosisa y Hipple, 2006).
- 4 En el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, por ejemplo, las empresas que demandan mano de obra muy cualificada están ofreciendo un nuevo servicio a las mujeres que se reincorporan al trabajo tras el período de permiso por maternidad, denominado *maternity coaching* o entrenamiento tras la maternidad. Este servicio es un intento por parte de las empresas de conseguir que las mujeres de niveles profesionales medios y altos no abandonen sus puestos de trabajo como consecuencia del impacto que supone trabajar en entornos de gran presión al tiempo que crían a sus hijos recién nacidos (Maitland, 2007).

Participación de los trabajadores de edad en el mercado de trabajo

Otra opción política para contrarrestar la reducción de la oferta de mano de obra consiste en aumentar los índices de participación de los trabajadores de edad en el mercado de trabajo. Lo ideal sería que estas personas pudieran continuar trabajando el tiempo que deseen y sean capaces de hacerlo de forma productiva. Con este fin, cabe desarrollar nuevos modelos de trabajo y prácticas innovadoras que permitan mantener la capacidad productiva de estas personas y responder a sus necesidades a medida que envejecan. Es importante, al mismo tiempo, combatir los estereotipos negativos que existen acerca de las personas de edad, promoviendo una imagen positiva de sus conocimientos y capacidades en el trabajo (véase el capítulo III). En particular, deberán tomarse medidas para aumentar los índices de participación de los trabajadores de edad, de manera que la edad de jubilación efectiva se acerque más a la edad reglamentaria (véase el capítulo V). Además, en la medida de lo posible, debería darse a los trabajadores que hayan alcanzado la edad de jubilación obligatoria la oportunidad de continuar realizando actividades remuneradas si así lo desean.

La definición de “trabajador de edad” es tan vaga como la definición de “persona de edad” (véase el capítulo I). No obstante, por lo general los trabajadores de edades comprendidas entre los 55 y los 64 años se consideran trabajadores de edad. Los índices de participación de este grupo de edad en el mercado de trabajo son significativamente inferiores a los del grupo de edad de 25 a 54 años (véase el cuadro IV.2). Se observa que, en el caso de los hombres, el descenso es más pronunciado en las economías en transición (con una caída de 38 puntos porcentuales) y menos pronunciado en África, donde se sitúa en torno a los 10 puntos porcentuales.

En todos los grupos de países, la reducción de los índices de participación en la fuerza de trabajo es mayor entre las mujeres. En las economías en transición, en particular, se observa una fuerte caída en el índice de participación de las mujeres en cuanto éstas entran en el intervalo de edad de 55 a 64 años, pasando de un 81% a un 31%. En los países desarrollados, así como en los países en desarrollo de Asia y América Latina, el índice de participación de las mujeres en la fuerza de trabajo experimenta una reducción de unos 30 puntos al cumplir los 55 años. Este fenómeno refleja, en parte, el hecho de que muchos países mantienen una edad de jubilación inferior en el caso de las mujeres, pese a que su esperanza de vida sea relativamente más elevada (véase el capítulo II).

El índice de participación en la fuerza de trabajo disminuye entre los trabajadores mayores

Cuadro IV.2

Índices de participación en la fuerza de trabajo, por región, sexo y grupo de edad, 2005
(porcentaje de población en edad de trabajar)

Región	Grupo de edad					
	de 25 a 54		de 55 a 64		Más de 65	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Países desarrollados	91,9	75,3	63,9	44,9	13,4	6,3
Economías en transición	90,7	81,3	52,6	31,2	14,2	7,8
África	96,2	61,0	86,5	48,3	57,4	25,8
Asia	96,3	64,2	77,6	35,4	38,0	13,2
América Latina y el Caribe	94,3	64,3	76,1	37,2	37,2	13,7
Oceanía	87,4	73,3	76,0	60,6	51,4	33,4
Mundo	95,1	66,7	73,5	38,7	30,2	11,3

Fuente: Cálculos del DAES/ Naciones Unidas basados en datos de la División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas y la Oficina Internacional del Trabajo (2005b).

El descenso del índice de participación de los trabajadores de edad se debe a numerosos factores. Las deficientes condiciones de trabajo, la mala salud o una escasa satisfacción por el trabajo pueden influir en la decisión de abandonar prematuramente el mercado de trabajo. Lo mismo sucede con las preferencias individuales; un estudio demostró, por ejemplo, que la edad preferida de jubilación de los hombres en la UE-12 era de 58 años en comparación con otros muchos países en los que prefieren jubilarse a los 62 (Howse, 2006).

Los modelos institucionales en los que se basa la organización de los sistemas de pensiones representan también un factor de gran relevancia (véase el capítulo V). En el caso de las economías en transición, las edades obligatorias de jubilación alcanzan niveles tan bajos como los 60 años en el caso de los hombres y 55 en el de las mujeres. En los países desarrollados, sobre todo en los de Europa occidental, los trabajadores suelen decantarse por retirarse antes de llegar a la edad de jubilación (por lo general, 65 años), a medida que los incentivos financieros hacen menos atractiva la opción del trabajo frente a la del ocio. La “regla de los 80” comúnmente utilizada en algunos países desarrollados, que combina la edad de la persona y sus años de experiencia para determinar el punto en el que tienen derecho a la pensión máxima, permite que un trabajador se jubile en torno a la edad de 55 años una vez completados 30 de empleo continuado. En algunos casos, los países desarrollados (Dinamarca y Alemania constituyen ejemplos notables) ofrecen prestaciones públicas previas a la jubilación, a fin de superar la brecha existente desde el momento en que el trabajador se prejubilaba hasta que comienza a percibir una pensión (Howse, 2006).

Los patrones culturales y la discriminación contra los trabajadores de edad representan otro factor importante. De hecho, un cuerpo cada vez más amplio de investigaciones llevadas a cabo en los países desarrollados (McKay y Middleton, 1998; Jensen, 2005) muestra que las prácticas discriminatorias por motivos de edad (sobre todo aquellas relacionadas con la contratación, la retención y el reciclaje de los trabajadores) han contribuido a la reducción de los índices de participación en la fuerza de trabajo de los trabajadores en edades previas a la jubilación (Leeson, 2006).

No obstante, se están realizando grandes esfuerzos —especialmente en los países en los que las personas de edad tienen una mayor participación política— para combatir estas percepciones negativas y alentar a los empresarios a que contraten a trabajadores mayores. Una iniciativa clave, por ejemplo, es la Directiva de la Unión Europea (UE) de 2000 relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación, incluida la prohibición de ejercer discriminación contra cualquier persona por motivos de edad (Consejo de la Unión Europea, 2000). Con este fin, los Estados Miembros de la UE se comprometieron a promulgar, para el año 2006, leyes que convirtieran en ilegal la discriminación en el empleo y la formación profesional. En la región de Asia y el Pacífico, Australia, el Japón y Nueva Zelandia, se han promulgado leyes contra la discriminación por motivos de edad, con objeto de proteger los derechos laborales de las personas mayores. La República de Corea ha promulgado una ley cuya finalidad es fomentar la participación de los trabajadores de edad en el mercado de trabajo, al tiempo que se exige a las empresas que al menos un 3% de su plantilla sea mayor de 55 años. Además, en la ley para la promoción del empleo de las personas de edad se identifican 77 tipos de empleos (desde encargado de aparcamiento hasta vendedor de billetes de autobús) en los que debe priorizarse a las personas mayores (Cheng, Chan y Phillips, 2006).

La posibilidad de la prejubilación provoca una disminución de la tasa de actividad de los trabajadores de edad avanzada

Las percepciones negativas acerca de los trabajadores de edad constituyen también un factor importante

Supresión de los desincentivos al trabajo y mejoramiento de las condiciones de trabajo

Además de la aplicación de leyes destinadas a combatir la discriminación contra los trabajadores de edad, existen diversas iniciativas encaminadas a incrementar los índices de participación en el mercado de trabajo de los trabajadores que se encuentran en edades previas a la jubilación (principalmente aquellos que tienen de 55 a 64 años). Tales medidas se centran en la creación de incentivos positivos a la ampliación de la vida activa. Aunque estas consideraciones son de aplicación para cualquier país, resultan particularmente pertinentes en el caso de los países desarrollados y las economías en transición. En los países en desarrollo, los índices de participación de los trabajadores de edad son relativamente altos (véase el cuadro IV.2) como consecuencia, sobre todo, de la limitada cobertura de los sistemas oficiales de pensiones (véase el capítulo V).

El mejoramiento de las condiciones de trabajo puede contribuir a aumentar la participación de los trabajadores de edad

Una medida importante que podría adoptarse para animar a los trabajadores a aumentar el número de años de su vida laboral sería abordar la mejora de las condiciones de trabajo y fomentar la mayor disponibilidad de puestos de trabajo satisfactorios y convenientemente remunerados. Sería preciso realizar los ajustes oportunos en el entorno de trabajo para garantizar que los trabajadores de edad posean conocimientos, salud y capacidad para permanecer en el empleo durante un mayor número de años.

Los cambios aeróbicos, cardiovasculares y musculoesqueléticos como consecuencia del envejecimiento pueden producir un deterioro de la capacidad respiratoria, dificultades para desarrollar tareas que exijan un gran esfuerzo aeróbico, así como una disminución de la fuerza muscular máxima (Harper y Marcus, 2006). Los datos de la UE, por ejemplo, sugieren que la proporción de abandonos prematuros del mercado de trabajo atribuibles a problemas de salud es mayor que la que se produce como consecuencia de despidos o excedentes de mano de obra (Comisión Europea, 2004).

Para lograr una reducción del riesgo de que los trabajadores veteranos sufran lesiones durante los últimos años de su vida laboral, puede ser necesario poner a su disposición puestos de trabajo diferentes, en los que puedan utilizar sus conocimientos y experiencia sin correr riesgos. La Recomendación de la OIT sobre el Desarrollo de los Recursos Humanos, adoptada el 23 de junio de 1975 (Organización Internacional del Trabajo, 1975), sugiere la adopción de medidas encaminadas al desarrollo de métodos de trabajo, herramientas y equipos adaptados a las necesidades especiales de los trabajadores de edad. En ocasiones, bastan unos sencillos ajustes o modificaciones de carácter ergonómico para adaptar el puesto de trabajo al trabajador (Benjamin y Wilson, 2005). En el caso de aquellos que desarrollen tareas físicas, las modificaciones pueden incluir el uso de equipos elevadores, restricciones en el peso que deban levantar o en el número de tareas que exijan un gran esfuerzo físico, así como pausas adicionales para descansar (Harper y Marcus, 2006). En suma, es necesario un cambio de perspectiva, es decir, adaptar el puesto al trabajador y no a la inversa, a fin de invertir la tendencia de los trabajadores de edad a abandonar el mercado de trabajo de forma prematura.

Finalmente, el retraso de la transición del trabajo a la jubilación puede constituir un importante elemento para envejecer activamente. Dicho retraso permite a los trabajadores de edad seguir realizando una actividad productiva a través de la cual pueden mantener su situación social y su autoestima y pueden estructurar el tiempo de su jornada. Si estas ventajas desaparecen en el momento de abandonar el mercado de trabajo, las personas de edad pueden enfrentarse a una situación que “favorece un uso pasivo del tiempo ... propicia la infrautilización de la capacidad productiva y genera desmotivación” (Hinrichs y Aleksandrowicz, 2005, pág. 3).

Trabajar después de la edad de jubilación

La imposición de una edad reglamentaria de jubilación significa que las personas deben abandonar sus empleos remunerados al llegar a dicha edad, que suele ser de 60 o 65 años. En muchos países en desarrollo de bajos ingresos, la jubilación obligatoria afecta exclusivamente a una pequeña parte de la población trabajadora. Por consiguiente, debe establecerse una distinción entre el hecho de permitir a los trabajadores de los países desarrollados que prolonguen su vida laboral tanto como quieran y el de ofrecer a las personas de edad de los países en desarrollo la opción de jubilarse.

Los índices de participación disminuyen considerablemente cuando los trabajadores alcanzan la edad de 65 años, edad que coincide con la edad de jubilación obligatoria en muchos países (véase el cuadro IV.2). Se observan, sin embargo, importantes diferencias entre regiones, así como en función del género. En los países desarrollados y las economías en transición, los índices de participación de este colectivo en la fuerza de trabajo se sitúan en torno a un 13% o a un 14% en el caso de los hombres y alrededor de un 6% o un 8% en el de las mujeres. En África, al igual que en los países en desarrollo de Oceanía, el índice de participación se mantiene en niveles relativamente elevados especialmente entre los hombres mayores de 65 años. Por ejemplo, si se analizan 37 países africanos de bajos ingresos, 36 de ellos presentan unos índices de participación en la fuerza de trabajo del 50% entre los hombres mayores de 65 años. En 12 de esos países, los índices de participación superan el 80%. El Congo, con una tasa del 89% entre los trabajadores de edad, representa un caso especial. Además de la escasa cobertura de los sistemas de pensiones anteriormente mencionada, la pobreza endémica en la región lleva a una prolongación de la participación en la fuerza de trabajo. Por el contrario, de los 33 países desarrollados incluidos en el análisis, sólo Islandia, el Japón y Portugal —debido, muy probablemente, a factores tales como las normas culturales más que a una inadecuada cobertura de las pensiones— presentan índices de participación en torno al 20% para el colectivo de hombres mayores de 65 años. En 18 de estos países, dichas tasas no llegan al 10%.

En todos los países se observa una clara relación inversa entre los niveles del PIB per cápita y los índices de participación de los trabajadores de edad (véase el gráfico IV.3); dicha relación ofrece una visión indicativa de las desigualdades existentes entre las personas de edad que viven en los distintos países. Aquellas que viven en países de ingresos elevados no solamente tienen mayores probabilidades de vivir más tiempo y en mejores condiciones de salud, sino que, además, tienen la oportunidad de retirarse del mercado de trabajo y disfrutar de muchos años de tiempo libre, gracias a la seguridad que ofrece la cobertura del sistema de pensiones y de atención de la salud. La existencia de amplias disparidades en los programas de protección social acentúan las desigualdades en el mercado de trabajo, haciendo que el concepto de trabajar después de la edad de jubilación sea una opción (en su caso) para los trabajadores de edad de los países desarrollados y una necesidad para los que viven en países de bajos ingresos.

Acceso a los conocimientos, la educación y la formación

La formación permanente es beneficiosa tanto para las personas de edad como para la sociedad en conjunto, ya que facilita la contratación y la retención de los trabajadores de edad en el mercado de trabajo y contribuye a mejorar su participación en la sociedad en general. Estudios recientes llevados a cabo en todo el mundo han puesto de manifiesto la existencia de una fuerte correlación entre los años de educación adicionales y una mayor longevidad y una mejor salud en la vejez (Lieras-Muney, 2007).

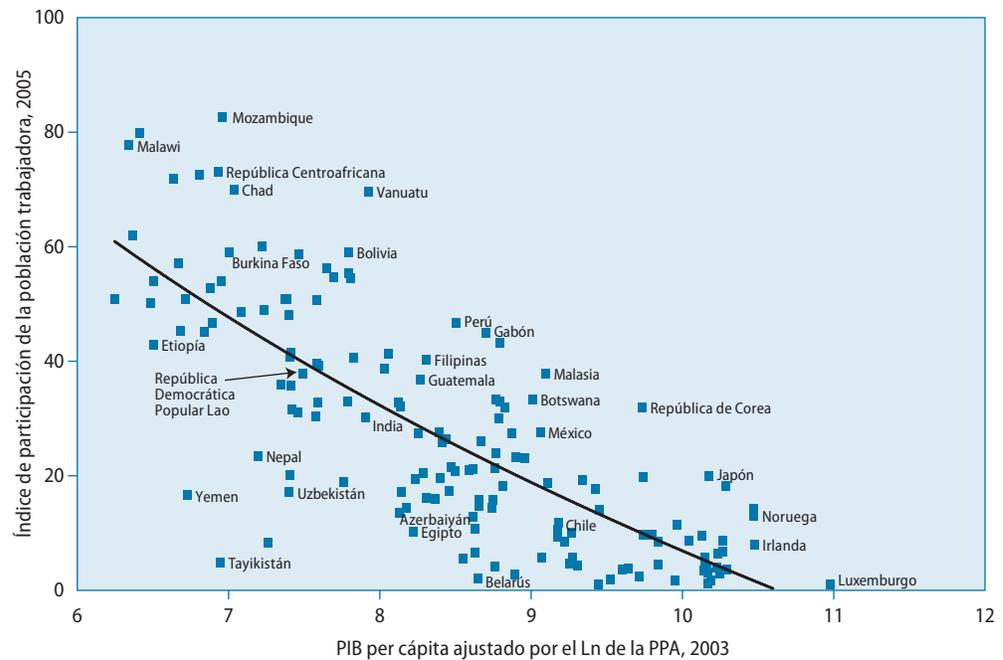
La participación en el mercado de trabajo se reduce considerablemente en torno a la edad de 65 años en los países que tienen establecida una edad reglamentaria de jubilación y una alta cobertura del sistema de pensiones

En los países de bajos ingresos, los índices de participación de los trabajadores mayores de 65 años siguen siendo elevados

La formación permanente es beneficiosa tanto para las personas de edad como para la sociedad en conjunto...

Gráfico IV.3

Relación entre índices de participación de las personas de 65 y más años en la fuerza de trabajo, 2005, y PIB per cápita



Fuente: Oficina Internacional del Trabajo, LABORSTA.

Nota: El PIB per cápita hace referencia a 2003 y originalmente estaba expresado en dólares internacionales constantes (PPA) de 2000.

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 2002a) se refiere explícitamente a la importancia y el valor de la formación permanente. En concreto, el Plan establece que debe existir igualdad de oportunidades a lo largo de la vida con respecto a la educación, la formación y el reciclaje permanentes, así como en relación con la orientación profesional y los servicios de colocación. Además, el Plan de Acción de Madrid subraya la necesidad de aprovechar plenamente el potencial y la experiencia de las personas de todas las edades, reconociendo así las ventajas que confiere la mayor experiencia adquirida con la edad. Esto incluye el reconocimiento y la apreciación del valor de la transmisión intergeneracional de costumbres, conocimientos y tradiciones.

...pero requiere estrategias explícitas para los trabajadores de edad avanzada

La Estrategia Europea de Empleo también reconoce que la formación permanente es una condición previa importante para poder disfrutar de una vida activa más prolongada. En la UE-25, el 10,8% de los trabajadores participaban en actividades de formación permanente, con un índice ligeramente superior en el caso de las mujeres que en el de los hombres (11,7% frente a 10%, respectivamente). Sin embargo, la participación en este tipo de actividades disminuye a medida que aumenta la edad, debido principalmente a que muchos países no contemplan adecuadamente las necesidades de los trabajadores de edad en sus estrategias de formación permanente (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2006b). Además, los encargados de la formulación de políticas no suelen reconocer la importancia de invertir en la educación y el desarrollo de competencias de las personas que envejecen. En la región de Asia y el Pacífico, por ejemplo, el concepto de formación permanente solamente ha comenzado a surtir efecto en unos cuantos países, como Australia, China, el Japón y Nueva Zelanda, donde el concepto de universidad de la tercera edad ha ido ganando una amplia aceptación (Leung, Lui y Chi, 2005; Purdy y Boulton-Lewis, 2003).

La importancia de ofrecer una formación y orientación profesionales eficaces y adecuadas a los trabajadores de edad también ha quedado reflejada en la citada Recomendación de la OIT sobre el Desarrollo de los Recursos Humanos. La Recomendación reconoce que la formación de grupos específicos de la población, como los trabajadores mayores, puede contribuir a lograr una mayor equidad en el empleo y mejorar la integración de estos colectivos en la economía y la sociedad. Pese a ello, las oportunidades que tienen estos trabajadores de participar en actividades de formación sigue siendo limitada. En muchos contextos, los empresarios no parecen estar dispuestos a invertir en la formación permanente y en la actualización de las competencias profesionales de los trabajadores que se acercan a la edad de jubilación, dado que el tiempo en el que podrán obtener una rentabilidad de la inversión realizada será limitado (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2006a). En Europa, por ejemplo, aunque el acceso de los trabajadores a la formación aumentó entre 1995 y 2005, los empresarios ofrecieron escasas oportunidades de formación a los trabajadores de edad. De acuerdo con un estudio reciente, “sólo uno de cada cinco trabajadores mayores de 55 años manifestó haber recibido formación pagada o facilitada por su empresa durante los últimos 12 meses (en comparación con el 27% del conjunto de los trabajadores). En el caso de otras categorías de formación, como la formación en el puesto de trabajo, los trabajadores de edad salen también peor parados que sus compañeros más jóvenes” (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2006a, pág. 6).

Aunque existen algunas excepciones⁵, la mayor parte de los trabajadores de edad que han superado la edad de jubilación ocupan puestos de trabajo de cualificación media o baja, como consecuencia principalmente de la percepción de que sus competencias profesionales están obsoletas y, en especial, de que carecen de los conocimientos necesarios en materia de tecnologías de la información (Chan, Phillips y Fong, 2003). De hecho, estos trabajadores tienen menores probabilidades que los jóvenes de utilizar las nuevas tecnologías, como los ordenadores o la Internet. Aunque esta diferencia se ha ido reduciendo a lo largo de la última década⁶, se requieren esfuerzos adicionales de forma que las personas mayores (así como las de mediana edad) actualicen sus conocimientos y puedan mantener su competitividad en el mercado de trabajo. Finalmente, es importante reconocer que las personas de edad pueden ser reticentes a participar en actividades de formación, sobre todo si han estado desarrollando un mismo trabajo en el mismo sector durante muchos años. Tal vez esto se deba al temor a tener que aprender cosas nuevas. Los hombres, en particular, tienden a ser reacios a adquirir nuevos conocimientos. Los programas dirigidos a los trabajadores de edad deben tener en cuenta las anteriores consideraciones y desarrollar medidas e incentivos adecuados para ellos.

La formación permanente permite a las personas de edad actualizar sus competencias y seguir siendo competitivas en el mercado de trabajo

5 Por ejemplo, en algunos países de Asia occidental se ofrece a los trabajadores de edad oportunidades de participar en actividades educativas y de formación a través de programas especiales en ámbitos como la adquisición o actualización de conocimientos informáticos, con el fin de prepararlos para el empleo productivo (Comisión Económica y Social para Asia Occidental, 2002). En Europa, una serie de empresas han establecido políticas de gestión de las edades para responder de forma eficaz al envejecimiento de su fuerza de trabajo. En Austria existe un ejemplo de buena práctica: Voestalpine, una empresa internacional de acero, puso en marcha un programa para responder al reto que planteaba el envejecimiento de su plantilla. El programa, conocido como LIFE (Light-hearted, Innovative, Fit, Efficient), tiene como finalidad retener a los trabajadores de edad, integrar a los nuevos, promover la transferencia de conocimientos técnicos de una generación de trabajadores a la siguiente y mejorar la seguridad a través de una mejora de la ergonomía. La formación también constituye una parte importante del programa y cada empleado dispone anualmente de un mínimo de 33 horas para emplearlas en proyectos y actividades de formación (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2006a).

6 En el caso de los ordenadores, se espera que la brecha siga reduciéndose con el tiempo. Es posible, por supuesto, que surjan nuevas tecnologías que produzcan el mismo fenómeno.

Posible efecto de una mayor participación en el mercado de trabajo sobre el crecimiento económico

Un aumento de la participación de los trabajadores de edad en la fuerza de trabajo puede acelerar el crecimiento del PIB...

¿Qué efecto tendría un aumento del índice de participación de los trabajadores de edad en el mercado de trabajo sobre el tamaño de la fuerza de trabajo y el crecimiento de la producción per cápita? Se utilizó un análisis de descomposición para examinar las consecuencias que podría tener sobre el crecimiento un aumento de la participación de los trabajadores de 55 a 64 años. El análisis se aplicó a cinco economías que se encuentran en distintos momentos de la transición demográfica y presentan diferentes características en relación con los índices de participación en el mercado de trabajo de los trabajadores de edad avanzada: países en rápido proceso de envejecimiento (Alemania, Italia y Japón) y países de envejecimiento moderado (Estados Unidos de América e India)⁷.

Para la simulación, se supuso que los índices de participación de los trabajadores de 55 a 64 años convergerían hacia los de los trabajadores de 15 a 54 años a partir de 2005. A continuación, se compararon los resultados obtenidos con los de una hipótesis “de referencia”, en la que los índices de participación permanecerían constantes (véase el gráfico IV.4).

...si se complementa con estrategias encaminadas a aumentar su productividad

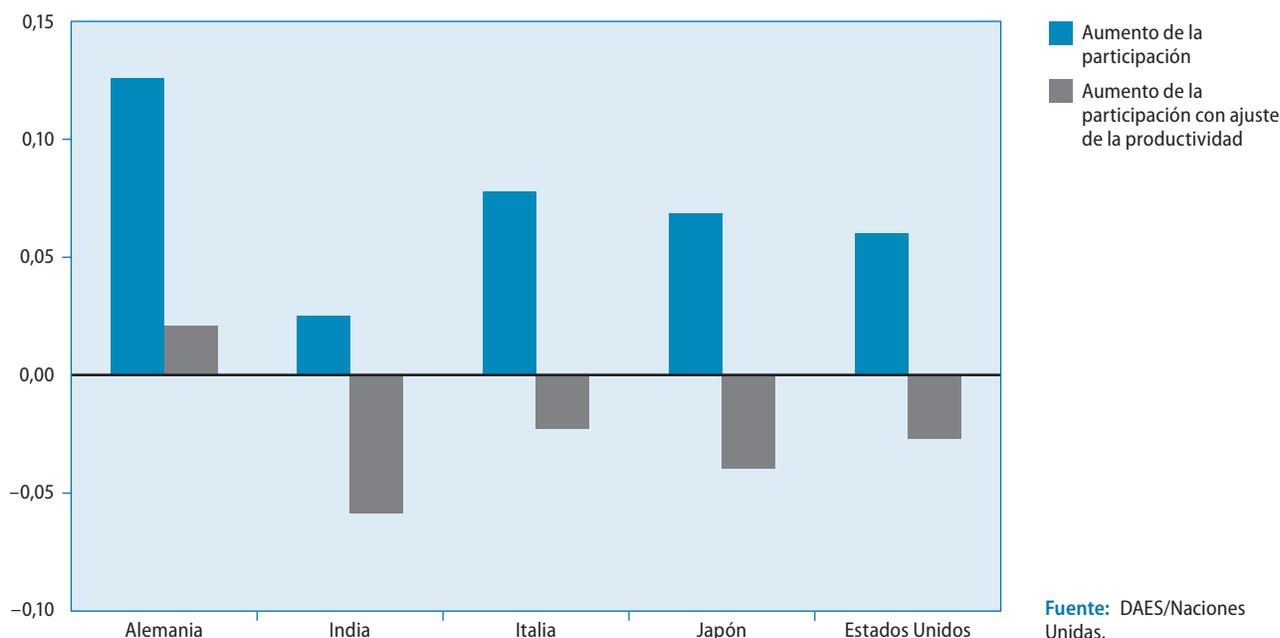
El gráfico muestra que un aumento del índice de participación en la fuerza de trabajo de las personas con edades comprendidas entre los 55 y los 64 años hasta el nivel de los grupos de edades más jóvenes de la fuerza de trabajo ayudaría a incrementar la tasa de crecimiento anual del PIB, pero sólo por un margen pequeño. La estimación del mayor efecto se obtuvo para Alemania, donde el PIB per cápita aumentaría hasta 0,13 puntos porcentuales. En los países en los que las diferencias en los índices de participación de los trabajadores jóvenes y de edad eran relativamente pequeñas, el efecto del aumento de los índices de participación de estos últimos sobre la tasa prevista de crecimiento del PIB per cápita sería insignificante. No obstante, un crecimiento semejante de los índices de participación debería contribuir positivamente a la sostenibilidad financiera de los sistemas de pensiones de los países mencionados (véase el capítulo V).

Asimismo, también se simuló el efecto de un posible descenso de la productividad de los trabajadores de edad sobre el crecimiento del PIB (que se presenta más adelante). Se supuso, con un alto grado de arbitrariedad, un crecimiento medio de la productividad del 1,5% anual, en comparación con el 2% anual de otros trabajadores. Con esta hipótesis, y con la única excepción de Alemania, un aumento de los índices de participación de los trabajadores de edad produciría efectivamente una reducción de la tasa de crecimiento del PIB per cápita en relación con la hipótesis de referencia en la que se supone que dichas tasas

⁷ Este ejercicio de descomposición se basa en la identidad contable, según la cual el nivel de producción global del PIB es igual al producto entre el número de trabajadores (L) y su nivel de productividad individual (ε). En términos matemáticos, esta identidad puede expresarse como $PIB = L \cdot \varepsilon$. De acuerdo con ello, la tasa de crecimiento del PIB per cápita es aproximadamente igual a la suma de la tasa de crecimiento del empleo y la tasa de crecimiento de la productividad laboral, menos la tasa de crecimiento de la población, es decir: $(\hat{PIB}/\hat{N}) = \hat{L} + \hat{\varepsilon} - \hat{N}$. Con un crecimiento del empleo dado basado en el número de personas que se prevé participen en el mercado de trabajo, se supuso un crecimiento de la productividad laboral de un 2% anual; en estas condiciones, es posible calcular la tasa de crecimiento anual de la producción per cápita. Y a la inversa, puede estimarse el crecimiento necesario de la productividad suponiendo un crecimiento constante del PIB per cápita. Se calculó la fuerza de trabajo sobre la base de las previsiones de población en edad de trabajar (de 15 a 64 años) de las *Perspectivas sobre la Población Mundial: Revisión 2004*, base de datos de población. Las tasas de actividad para el período 2000-2020 se calcularon a partir de la base de datos de estadísticas laborales de la OIT (LABORSTA), disponible en <http://laborsta.ilo.org/>. Se supuso que las tasas de actividad se mantendrían en los niveles de 2020 durante el resto del período de análisis.

Gráfico IV.4

Aumento de la participación de los trabajadores de edad en el mercado de trabajo: impacto sobre la tasa media de crecimiento anual del PIB per cápita, 2000-2050, para una selección de países con ajuste de la productividad (*incremento porcentual del crecimiento del PIB per cápita*)



no aumentan. Así pues, si se produce un descenso de la productividad de estos trabajadores, las políticas destinadas a incrementar su índice de participación en el mercado de trabajo no lograrían aumentar el nivel de producción per cápita, a menos que dichas políticas fueran acompañadas de medidas tendentes a mejorar también la productividad de los trabajadores de edad, como se ha puesto de manifiesto anteriormente.

¿El envejecimiento de la fuerza de trabajo conlleva un descenso de la productividad?

Aunque sea posible contrarrestar parcialmente la tendencia decreciente de la mano de obra en algunos países a través de una combinación de políticas como las descritas en la sección anterior, el cambio en la estructura por edades de la fuerza de trabajo resulta inevitable a medida que las sociedades continúan envejeciendo. Por tanto, es preciso considerar los factores siguientes: *a*) el efecto probable del cambio en la estructura por edades de la fuerza de trabajo sobre la productividad laboral; *b*) el potencial de crecimiento de la productividad global, y *c*) la identificación de intervenciones políticas capaces de generar un aumento de la productividad.

Efecto del envejecimiento sobre la productividad laboral

Si el crecimiento de la productividad no es lo suficientemente rápido como para compensar los inminentes cambios de la oferta de mano de obra, la carga de mantener y mejorar los niveles de vida y, al mismo tiempo, mantener una población cada vez más numerosa de personas de edad dependientes se vuelve más gravosa.

Desde un punto de vista macroeconómico, la productividad crece, entre otros factores, como consecuencia de avances en los conocimientos, que adquieren la forma de innovaciones, como nuevos métodos de trabajo o el desarrollo de nuevas tecnologías o productos. Dado que la innovación implica cierto grado de creatividad, y ésta suele ser mayor entre los miembros más jóvenes de la sociedad (véase más adelante), la innovación suele estar asociada con los trabajadores jóvenes. Así pues, se argumenta que una reducción de la proporción de trabajadores jóvenes puede provocar que los avances de la ciencia y la tecnología sean más lentos, lo que podría tener efectos negativos sobre el crecimiento de la productividad.

El envejecimiento de la población trabajadora puede influir sobre el crecimiento de la productividad...

El efecto del envejecimiento sobre la productividad se percibe con mayor nitidez en el ámbito empresarial que en el macroeconómico. Un estudio de gran influencia en el campo de “edad y aprendizaje” (Lehman, 1953) reveló una innovadora “curva de la edad” que mostraba que la productividad comenzaba a aumentar en las “ocupaciones creativas”, como las ciencias, las artes o el atletismo en torno a los 20 años de edad, alcanzando el punto culminante en el período comprendido entre finales de la treintena hasta mediada la cuarentena para, posteriormente, iniciar su declive⁸.

...aunque dicho efecto es gradual y varía según las ocupaciones

Investigaciones posteriores han apoyado esta tesis e indicado que los descensos de la productividad asociados a la edad se producen de forma gradual y varían según las ocupaciones (véase la sinopsis de los estudios de Skirbekk (2003)). Por ejemplo, en aquellas ocupaciones en las que una disminución de la capacidad cognitiva pueda afectar el rendimiento (como sucede en el caso de las ciencias), es más probable que se produzca un descenso de la productividad entre los trabajadores de edad. En cuanto a los puestos directivos, por ejemplo, en aquellas profesiones en las que la experiencia constituye un factor más importante del rendimiento laboral, los trabajadores de edad pueden trabajar con la misma eficacia que sus compañeros más jóvenes, o incluso más que ellos⁹.

El factor de la experiencia puede contribuir a contrarrestar los descensos de la productividad relacionados con la edad, al tiempo que se ha puesto de manifiesto que los cambios en la estructura organizativa, el uso más eficaz de las TIC en determinadas ocupaciones y la garantía de un mejor acceso a los conocimientos, la educación y la formación a lo largo de la vida activa son elementos que ayudan a mantener y mejorar la productividad (Comisión Europea, 2006; Black y Lynch, 2004). Así pues, los perfiles de productividad relacionados con la edad pueden variar a lo largo del tiempo, a medida que los avances tecnológicos y los cambios estructurales que experimente una economía hagan que las competencias relacionadas con determinadas ocupaciones queden más o menos obsoletas en el mercado de trabajo nacional (Comisión Europea, 2006; Nishimura y otros, 2002).

Los países deben analizar sus propios perfiles de edades a fin de elaborar estrategias que permitan impulsar la productividad

De acuerdo con los datos de la bibliografía disponible actualmente, cabe afirmar que, a medida que los trabajadores sigan envejeciendo en muchos países de ingresos altos y medianos, el perfil de edades de la mano de obra dejará de presentar una elevada proporción de trabajadores de “máxima productividad”. De esta hipótesis se desprende que estas economías deberán impulsar el crecimiento de la productividad laboral, lo que exigirá un incremento sustancial de las inversiones en capital en sentido amplio, es decir, en capital humano, capi-

⁸ Lehman descubrió que los químicos alcanzaban su nivel máximo de productividad entre los 26 y los 30 años de edad. En las disciplinas de las matemáticas, la física, la botánica, la electrónica y los inventos prácticos, la productividad máxima se alcanzaba entre los 30 y los 34 años.

⁹ Es posible que estos estudios contengan ciertos sesgos asociados con la forma de medir las variables pertinentes. Por ejemplo, la medición de las capacidades cognitivas no tenía en cuenta la experiencia ni las capacidades de gestión que, con frecuencia, aumentan con la edad, mientras que los estudios basados en las evaluaciones de supervisores eran subjetivos y podrían estar sesgados en contra del colectivo de trabajadores de edad (Börsch-Supan, 2004).

tal intangible (investigación y desarrollo) y capital físico. En el otro lado de la balanza se encuentran las economías de bajos ingresos y con una mayor proporción de población joven, en las que la estructura por edades de la fuerza de trabajo irá modificándose y propenderá a un potencial de productividad mayor. Sin embargo, pueden existir factores no demográficos que impidan que estos países disfruten de los beneficios de su oportunidad demográfica.

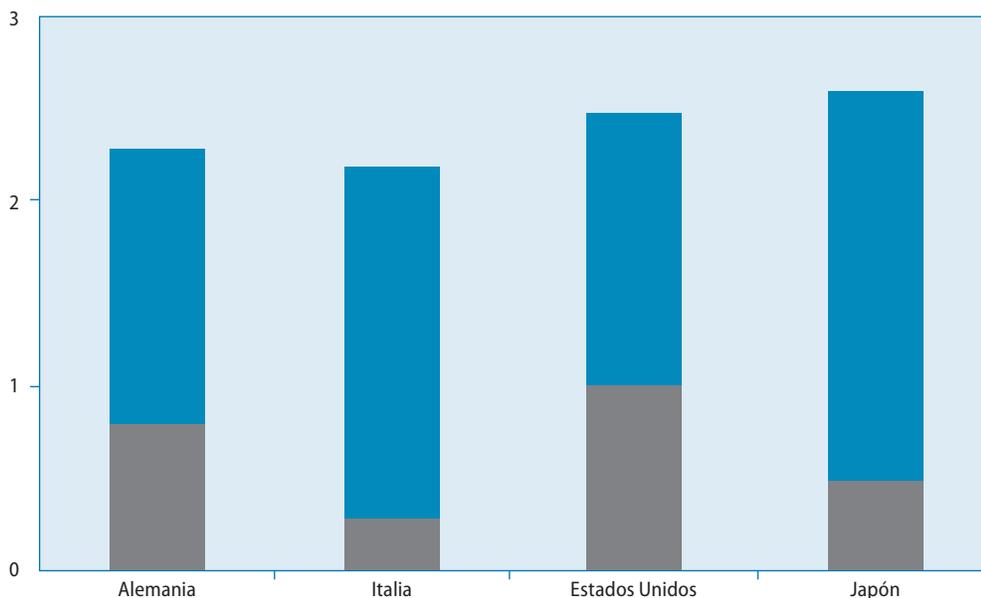
¿Puede el crecimiento de la productividad compensar los cambios de la producción asociados a la edad?

El supuesto de que las mejoras de la productividad laboral podrían contrarrestar el efecto del envejecimiento de la población sobre el crecimiento económico plantea la cuestión del volumen de productividad que sería necesario para compensar el efecto del envejecimiento, y cuál sería el incremento de esta variable para sostener un determinado nivel de bienestar. En el caso del Japón, por ejemplo, y suponiendo que el resto de factores permaneciesen invariables, la productividad laboral debería crecer un 2,6% anual con objeto de lograr un crecimiento del 2% anual de los ingresos per cápita durante los próximos 50 años. Se necesitaría más del 80% de este crecimiento de la productividad laboral para compensar el efecto del envejecimiento de la población sobre el crecimiento (véase el gráfico IV.5). Esto también es válido, aunque en menor grado, para otros países cuyas poblaciones se encuentran en pleno proceso de envejecimiento, como Italia y Alemania, así como para los Estados Unidos de América. Sin embargo, el crecimiento de la productividad que sería necesario en todos estos casos no parece inalcanzable si se tienen en cuenta las tendencias históricas. Asimismo, es importante señalar que el citado crecimiento de un 2% anual del PIB per cápita es menor que el que estas economías han logrado (como promedio) en el pasado. Finalmente, el hecho de mantener una tasa anual de crecimiento de la productividad del 2% al 2,5% durante cinco decenios no

Es importante mejorar la productividad laboral para sostener el crecimiento económico

Gráfico IV.5

Efecto del envejecimiento de la población sobre la tasa media de crecimiento anual de la productividad laboral, 2000-2050, Alemania, Estados Unidos de América, Italia y Japón (porcentajes)



■ Efecto del envejecimiento
■ Otros factores de la oferta de mano de obra

Fuente: DAES/Naciones Unidas.

Nota: el efecto del envejecimiento se calcula sobre la base de un ejercicio imaginario: el crecimiento de la productividad necesario para generar un determinado nivel de crecimiento del PIB per cápita ante los cambios previstos en la estructura por edades de la población se compara con el crecimiento de la productividad necesario para mantener el mismo nivel de crecimiento del PIB per cápita en ausencia de tales cambios. Se supone que la relación de dependencia de las personas de edad permanece constante en el nivel observado en 2000.

Son necesarias inversiones en I+D y en capital (físico y humano) para lograr un aumento de la productividad

se antoja una tarea fácil y puede requerir un entorno político capaz de estimular el progreso tecnológico y la innovación.

Las inversiones en capital en sentido amplio, a saber, capital físico, investigación y desarrollo (I+D) y capital humano, se han considerado desde hace tiempo factores fundamentales para el crecimiento de la productividad¹⁰. La Comisión Europea ha puesto en marcha políticas destinadas a mejorar la calidad de las inversiones en I+D, infraestructuras y capital humano, así como a estimular la creación de sinergias tecnológicas dentro de la economía con el fin de lograr el aumento necesario de la productividad (Comisión de las Comunidades Europeas, 2006). Por ejemplo, además de las iniciativas que demandan que se duplique el presupuesto que la Unión Europea dedica a investigación, existen otras encaminadas a la creación de “polos de innovación” regionales y de un “Instituto Europeo de Tecnología”. Estos polos de investigación atraerían a investigadores de todo el mundo y permitirían establecer vínculos más estrechos entre la investigación y la industria a fin de impulsar la innovación. En las economías en desarrollo, las políticas en materia de tecnología e innovación suelen estar orientadas hacia determinadas industrias y sectores específicos con una particular importancia estratégica para el crecimiento. Entre tanto, numerosos países en desarrollo se enfrentan al desafío de mejorar la productividad de su economía aumentando la productividad de los sectores no estructurados de baja cualificación, en los que trabaja una parte importante de la población.

En este sentido, es igualmente importante realizar un mayor esfuerzo inversor tanto en infraestructuras como en capital humano para mejorar la productividad (Naciones Unidas, 2006*a*). Además, la mejora del acceso a la tecnología y la creación de vínculos hacia atrás y hacia adelante en la cadena de suministro entre el sector estructurado y el no estructurado pueden potenciar las competencias de los trabajadores y lograr, en última instancia, un mayor crecimiento de la productividad global (Oficina Internacional del Trabajo, 2004*c*). Así, mientras los países en desarrollo se encuentran inmersos en una fase de su transición demográfica, en la que sigue habiendo una oportunidad demográfica (véase el recuadro IV.1), sólo podrán obtener los beneficios de esta oportunidad mediante la adopción de las políticas necesarias para aprovechar el potencial productivo de la población en edad de trabajar.

Envejecimiento y pautas de consumo

Las pautas de consumo pueden cambiar con la edad

Como se ha expuesto anteriormente, el envejecimiento de la población afectará al crecimiento económico debido a su impacto sobre la oferta de mano de obra. Sin embargo, no es ésta la única vía a través de la que se percibirán los efectos del envejecimiento sobre la economía. El crecimiento económico está estrechamente relacionado con las pautas de consumo, inversión y ahorro. Las pautas de consumo pueden cambiar con la edad. A nivel macroeconómico, tales cambios pueden tener consecuencias para la demanda de productos y servicios y, por tanto, para las oportunidades de inversión, influyendo por esta vía sobre las pautas de inversión y asignación del trabajo en las economías cuya población se encuentre en proceso de envejecimiento. Además, el nivel global de consumo de las personas de edad también puede variar y ejercer un efecto negativo sobre el crecimiento económico en caso de producirse una caída de la demanda.

¹⁰ Véanse, por ejemplo, investigaciones anteriores como las de Romer (1986); Mankiw, Romer y Weil (1992); Coe y Helpman (1995), y Lichtenberg (1992).

Pautas de ingresos y consumo durante el ciclo de vida

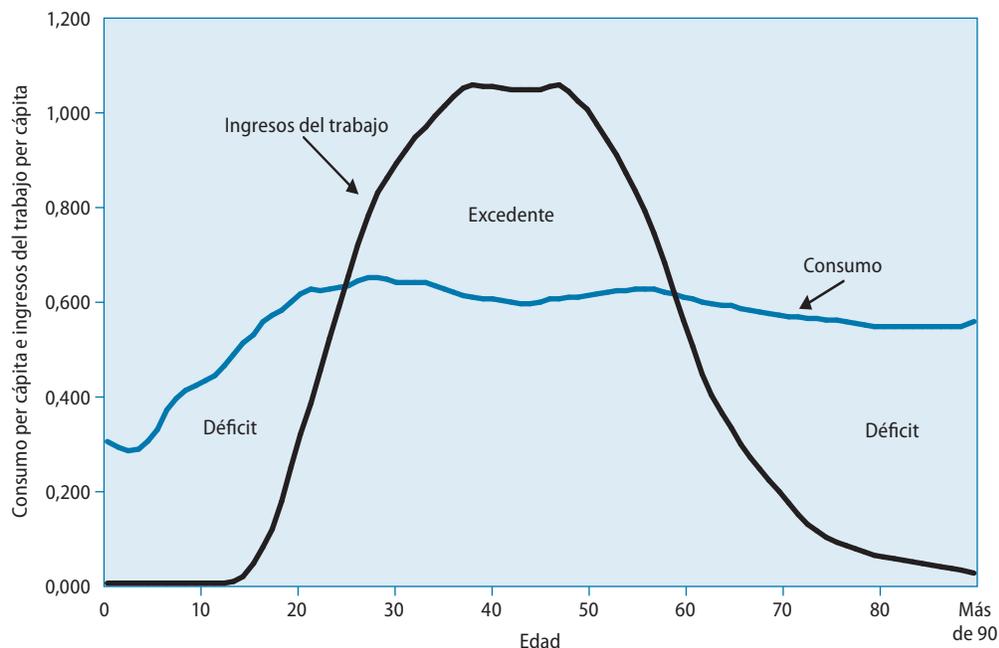
El conocimiento generado por la teoría económica acerca del consumo (y las pautas de ahorro) y su relación con el envejecimiento se deriva del modelo del ciclo de vida y está basado en la hipótesis del consumo constante (Friedman, 1957; Modigliani y Brumberg, 1954; Ando y Modigliani, 1963). Este modelo indica una trayectoria constante del consumo y una propensión al ahorro con forma de curva. El consumo financiado a través del ahorro acumulado o con transferencias intergeneracionales se produce incluso en ausencia de ingresos procedentes del trabajo (véase el gráfico IV.6).

La intuición en la que se basa el gráfico es simple: todo el mundo necesita consumir, pero las personas de edad y las más jóvenes tienen menores probabilidades de participar en el mercado de trabajo y obtener ingresos. El consumo de los hijos depende de las transferencias de sus padres, mientras que las personas de edad, una vez que abandonen el mercado de trabajo, dispondrán de su riqueza acumulada y gastarán sus ahorros o bien recibirán transferencias intergeneracionales. Durante sus años de trabajo, las personas obtienen un nivel de ingresos superior a sus niveles de consumo, con lo que generan un excedente que se puede utilizar en el cuidado de sus hijos y personas de edad dependientes que vivan en el hogar, así como para ahorrar a fin de garantizar unos ingresos después de la jubilación.

Sin embargo, los datos disponibles no siempre coinciden con este modelo en el que se supone una estabilidad relativa de los niveles de consumo a lo largo del ciclo de vida. Los estudios empíricos indican que el consumo puede caer a niveles inferiores tras la jubilación, lo que no encuentra explicación si se utiliza el modelo de consumo constante (Banks, Blundell y Tanner, 1998; Bernheim, Skinner y Weinberg, 2001). Este descubrimiento ha dado lugar a la aparición del término “el rompecabezas de la jubilación y el consumo”. Se ha observado una significativa caída del consumo en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte,

Los niveles de consumo pueden experimentar cambios a lo largo del ciclo de vida

Gráfico IV.6
Perfil del ciclo de vida económico del mundo en desarrollo



Fuente: Lee y Mason (2007).
Nota: Valores basados en estimaciones detalladas de una serie de países en desarrollo. Todos los valores se han normalizado dividiéndolos por la productividad media del trabajo de la población con edades comprendidas entre los 30 y los 49 años.

pero no en los Estados Unidos de América, por ejemplo. En otros países, como Italia, no se percibe una reducción brusca del consumo incluido el ocio (Miniaci, Monfardini y Weber, 2003). En los Estados Unidos, los niveles de consumo de las personas de edad son considerablemente superiores a los niveles medios de la población en edad laboral debido al mayor consumo de productos de provisión pública y, más concretamente, de servicios de salud (Lee y Mason, 2007). También se han observado mayores niveles de consumo durante la vejez en otros países desarrollados como el Japón o Suecia, si se incluían en el análisis los productos y servicios de provisión pública. Las tendencias varían según los distintos países y regiones: los niveles de consumo durante la vejez permanecen relativamente constantes en la Provincia china de Taiwán, pero tienden a disminuir en Indonesia y Tailandia. En Costa Rica se detecta una tendencia inicial decreciente que, sin embargo, se invierte en la vejez¹¹.

El consumo puede reducirse tras la jubilación debido a la desaparición de los gastos relacionados con la actividad laboral y a la mayor disponibilidad de tiempo libre

Los argumentos presentados para explicar el rompecabezas de la jubilación y el consumo en los países desarrollados, donde el fenómeno resulta más evidente, incluyen el papel que desempeñan los gastos derivados del trabajo, que se reducirán a partir de la jubilación. Además, la mayor disponibilidad de tiempo libre permite a las familias adquirir productos con mayor eficacia y/o producir determinados bienes en el hogar. Asimismo, en el caso de que el momento de la jubilación llegue antes de lo previsto o de que exista incertidumbre con respecto a las necesidades futuras, las personas pueden limitar el consumo a fin de optimizar el uso de los recursos disponibles. Smith (2004) concluye que el citado rompecabezas desaparece una vez que se tienen en cuenta las consecuencias de disponer de más tiempo libre o la incertidumbre que genera la época de la jubilación.

Incluso en el caso de que no se reduzca el nivel de consumo tras la jubilación, es posible que el consumo de la población jubilada no crezca tan rápidamente como el de los trabajadores, ya que las pensiones, que representan, por término medio, la principal fuente de ingresos de las personas de edad que tienen acceso a estos sistemas de protección social, crecen a un ritmo más lento que los salarios, sobre todo si no están indexadas con éstos (véase el capítulo V; Schaffnit-Chatterjee, 2007).

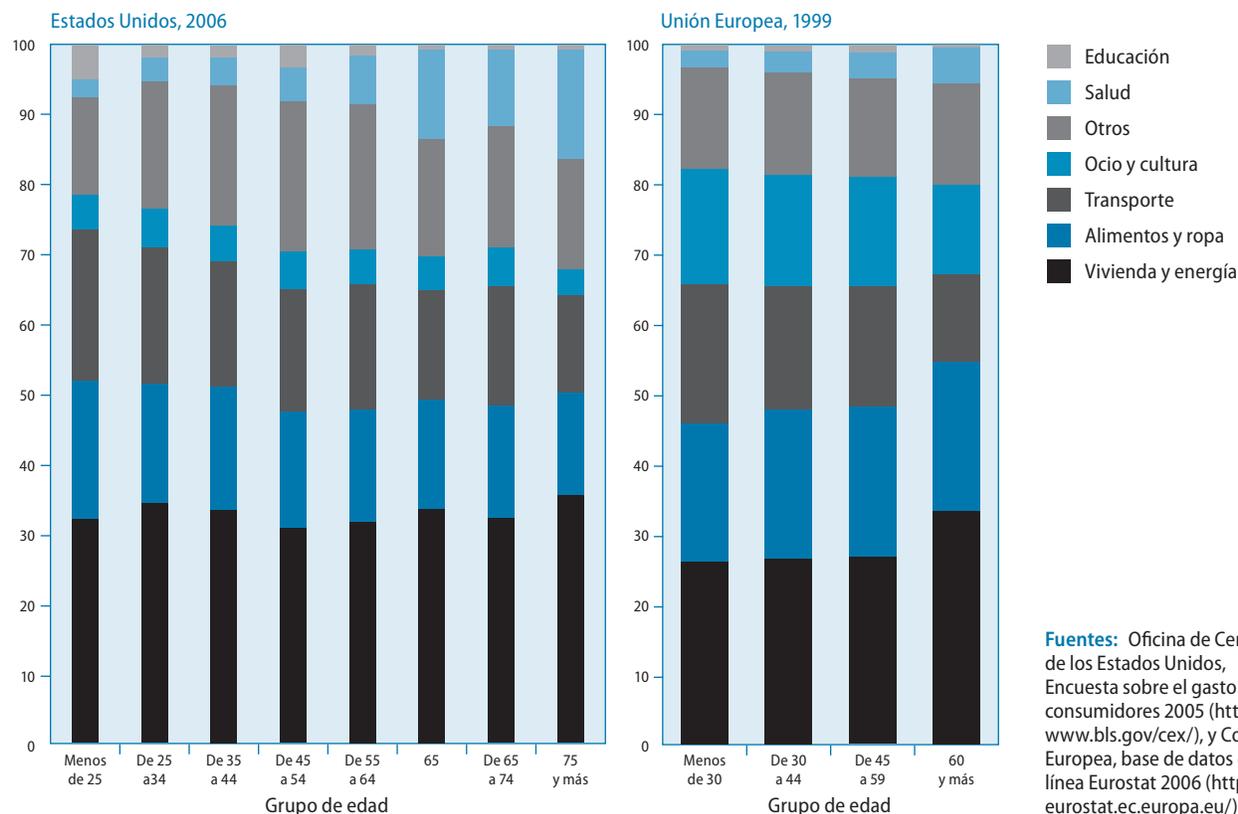
¿Varían con la edad las pautas de consumo?

Las personas de edad tienden a gastar una mayor proporción de sus ingresos en vivienda y servicios sociales

Las necesidades y los gustos cambian a lo largo del ciclo vital. Las personas de edad suelen gastar una mayor proporción de sus ingresos en vivienda y servicios sociales en comparación con los grupos de población más jóvenes (Lührmann, 2005; Lee y Mason, 2007). En el gráfico IV.7, basado en datos obtenidos de una encuesta sobre ingresos y gastos en los hogares, se muestra que, aparentemente, la proporción de gasto que los hogares dedican a servicios domésticos, energía y salud aumenta de forma constante con la edad tanto en los Estados Unidos de América como en la Unión Europea. Basándose en las actuales tendencias de consumo entre los mayores de 65 años residentes en países desarrollados, es posible pronosticar un aumento de la demanda de gastos sanitarios y cuidados a largo plazo (véase el capítulo VI). Los gastos en vivienda y energía también aumentan porque las personas de edad pasan más tiempo en casa. Por el contrario, es posible que se reduzcan los gastos en actividades de ocio y transporte, mientras que el porcentaje dedicado al consumo de productos básicos, como los alimentos y la ropa, se mantendrá relativamente constante.

¹¹ Base de datos nacional de cuentas de transferencias (instituciones coordinadoras: Population and Health Studies Program, East-West Centre and Center for the Economics and Demography of Aging, University of California at Berkeley), disponible en <http://www.schemearts.com/proj/nta/web>.

Gráfico IV.7

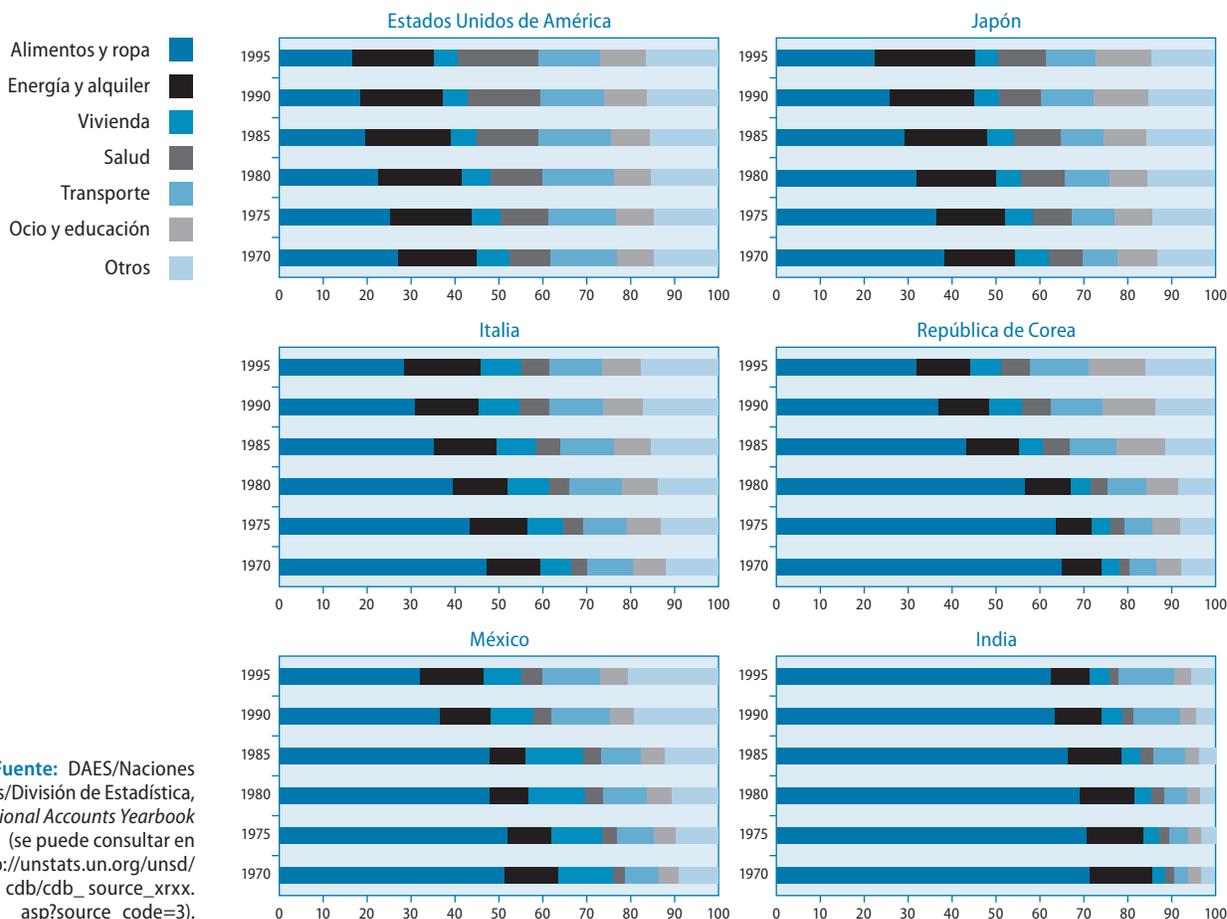
**Estructura del gasto en consumo por grupo de edad, Estados Unidos de América (2006)
y Unión Europea (1999) (porcentaje del gasto)**


Las tendencias del consumo de los hogares a largo plazo y a nivel agregado parecen confirmar las observaciones anteriores. La proporción del gasto en energía y atención de la salud han crecido notablemente en los países seleccionados desde 1970, mientras que la proporción del gasto dedicada a alimentos y ropa ha disminuido. Cabe esperar que estas tendencias se mantengan en el futuro; sin embargo, un análisis más detallado sugiere que los cambios de las pautas de consumo debidas al envejecimiento ocurren lentamente a lo largo del tiempo y que su magnitud es relativamente modesta para el conjunto de la economía (Lührmann, 2005; Schaffnit-Chatterjee, 2007). Además, los cambios son graduales.

Cabe señalar que los gastos relacionados con los servicios, especialmente los de atención de la salud, y el gasto en energía han ido incrementando su proporción sobre el gasto total, tanto en los países relativamente jóvenes como en aquellos en los que el envejecimiento es más patente (véase el gráfico IV.8). Los ingresos seguirán siendo, sin lugar a dudas, el factor más importante para la determinación de la estructura y el nivel de la demanda de una economía. Así pues, al analizar la influencia del cambio demográfico en las pautas de consumo, es preciso tener en cuenta la relación entre la edad y los ingresos. Si éstos varían con la edad y la vejez puede implicar, en determinadas circunstancias, una disminución de los ingresos, tal como se ha expuesto en el capítulo V, entonces el envejecimiento de la población afectará a la estructura de la demanda. Este efecto no se deberá exclusivamente al envejecimiento de la población en sí mismo (con sus diferentes gustos y necesidades) sino también a los cambios que este fenómeno

Los cambios en las pautas de consumo inducidos por la edad son graduales y modestos en relación al conjunto de la economía

Gráfico IV.8
Estructura del consumo de los hogares, para una selección de países, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990 y 1995 (porcentaje del gasto total)



Fuente: DAES/Naciones Unidas/División de Estadística, *National Accounts Yearbook* (se puede consultar en http://unstats.un.org/unsd/cdb/cdb_source_xrxx.asp?source_code=3).

provoca sobre los ingresos. Unos ingresos menores para una población mayor cada vez más numerosa producirán un descenso de los niveles de consumo y un aumento de la demanda del consumo de productos básicos. Por tanto, al proyectar la estructura de la demanda en el futuro es necesario también tener en cuenta los posibles cambios que experimentará el poder adquisitivo de las personas de edad o elaborar supuestos sobre los mismos.

Como se ha indicado anteriormente, el aumento de los ingresos per cápita es el principal factor determinante de los cambios observados en el consumo de los países incluidos en el gráfico IV.8. A medida que aumentan los ingresos per cápita, el consumo se desplaza de los productos básicos, como alimentos o ropa, hacia los servicios. El crecimiento de la proporción del gasto sanitario resulta particularmente evidente en los Estados Unidos, debido seguramente al hecho de que los incrementos de los precios de los servicios de atención de la salud han sido relativamente mayores que los experimentados por los precios de otros productos y servicios (véase el capítulo VI). En cualquier caso, la estructura de la demanda no sólo varía como consecuencia de los cambios en los gustos y preferencias (que pueden depender de la edad) sino también de los cambios en los niveles de ingresos.

Los ingresos siguen siendo el factor más importante para la determinación de la estructura y el nivel de demanda de la economía

El envejecimiento y la dinámica del ahorro

Los cambios en la estructura por edades de la población pueden tener importantes consecuencias para el ahorro. Sobre la base de la descripción del comportamiento de las personas que proporciona el modelo del ciclo de vida, cabe suponer que las economías con elevadas relaciones de dependencia de los niños presentarán unas tasas de ahorro relativamente bajas. Las tasas de crecimiento de los países en los que predomine la población en edad de trabajar aumentarán a un ritmo más rápido y las tasas de ahorro podrían ser superiores a medida que los individuos ahorren en previsión del momento de su jubilación. Por el contrario, se reducirán las tasas de ahorro de las economías caracterizadas por una elevada dependencia de las personas de edad (véase el recuadro IV.1).

En el cuadro IV.3 se presentan los datos referentes al ahorro de los hogares expresados como porcentaje de los ingresos disponibles, y las relaciones de dependencia de las personas de edad para una selección de países desarrollados. Durante los dos últimos decenios, las tasas de ahorro neto de los hogares han experimentado un descenso en la mayoría de los países, al tiempo que las relaciones de dependencia de las personas de edad han seguido una tendencia al alza. Esto podría indicar que, de hecho, los cambios demográficos tienen importantes consecuencias para las tasas de ahorro, al menos a nivel agregado, aunque su efecto no es uniforme en todos los países.

En Francia, por ejemplo, las tasas de ahorro de los hogares han permanecido relativamente constantes pese a las elevadas relaciones de dependencia de las personas de edad. En Australia, a diferencia de lo que sucede en Alemania, dicha relación de dependencia apenas ha variado y, sin embargo, las tasas de ahorro de los hogares sufrieron un fuerte descenso en el período 1989-2007. Los países con mayores relaciones de dependencia, que son Italia y el Japón, no presentan las tasas de ahorro más bajas, sino que éstas, de hecho, se registran en Australia y los Estados Unidos de América, países en los que, precisamente, se alcanzaron las relaciones de dependencia de las personas de edad más bajas en 2007. En varios países (Australia, el Canadá, los Estados Unidos de América y los Países Bajos), la caída de las tasas de ahorro de los hogares ha sido más rápida que el aumento de las relaciones de dependencia de las personas mayores.

Las diferencias entre estas economías pueden estar relacionadas con otros factores. Por ejemplo, la presencia de mercados financieros con un alto grado de desarrollo, sumada a la falta de regulación financiera en los Estados Unidos, permite a los agentes económicos, así como al sector empresarial y los hogares, acceder con mayor facilidad a los mercados de capitales, tanto en calidad de inversionistas como de prestatarios. Debido a la eliminación de barreras para acceder a un préstamo, por una parte, y a la posibilidad de obtener ganancias de capital derivadas de las inversiones realizadas, por otra, la relación entre el envejecimiento y las pautas de ahorro en función del salario, como sugiere el modelo del ciclo de vida, se debilita.

Por ejemplo, las revaluaciones de las reservas de riqueza que se producen como consecuencia de las fluctuaciones de los precios de los activos en los mercados de capitales tienen también un importante efecto en el ahorro de los hogares. El hecho de que los movimientos favorables de los precios de los activos produzcan un aumento de su valor neto anima a los individuos a ahorrar menores cantidades en relación a lo que harían en ausencia de dichos movimientos, lo que implica un mayor consumo y un menor ahorro que en el caso contrario. Este resultado se ha observado en el sector de hogares de los Estados Unidos de América, cuyo nivel de ahorro ha venido disminuyendo debido al incremento de la riqueza generado

Las tasas de ahorro disminuirán en las economías con altas relaciones de dependencia de las personas de edad...

...aunque el efecto del envejecimiento sobre las tasas de ahorro no es uniforme en todos los países

El envejecimiento no es el único factor que provoca la generación de ahorro

Cuadro IV.3

Tasa de ahorro de los hogares y relación de dependencia de las personas de edad, para una selección de países de la OCDE, 1989, 1995, 2000, 2003 y 2007

		1989	1995	2000	2003	2007
Alemania	Relación de dependencia de las personas de edad	21,5	22,2	23,3	25,5	29,5
	Tasa de ahorro de los hogares	12,7	11,0	9,2	10,3	10,2
Australia	Relación de dependencia de las personas de edad	16,4	17,6	18,3	18,5	19,1
	Tasa de ahorro de los hogares	7,9	6,7	2,8	-3,1	-1,2
Canadá	Relación de dependencia de las personas de edad	16,2	17,9	18,5	18,6	19,3
	Tasa de ahorro de los hogares	13,0	9,2	4,7	2,8	1,1
Estados Unidos	Relación de dependencia de las personas de edad	18,6	19,2	19,2	18,6	18,5
	Tasa de ahorro de los hogares	7,1	4,6	2,3	2,1	0,5
Francia	Relación de dependencia de las personas de edad	20,9	23,2	24,7	24,7	25,4
	Tasa de ahorro de los hogares	8,8	12,9	12,0	12,8	11,5
Italia	Relación de dependencia de las personas de edad	21,6	23,3	26,9	28,4	31,1
	Tasa de ahorro de los hogares	24,5	19,4	10,4	11,5	10,0
Japón	Relación de dependencia de las personas de edad	16,8	21,0	25,2	27,6	31,7
	Tasa de ahorro de los hogares	13,6	11,9	8,3	4,0	2,4
Países Bajos	Relación de dependencia de las personas de edad	18,4	19,4	20,0	20,6	21,2
	Tasa de ahorro de los hogares	15,5	14,6	7,0	8,5	5,5
Reino Unido	Relación de dependencia de las personas de edad	23,9	24,3	24,6	24,4	24,1
	Tasa de ahorro de los hogares	6,7	10,2	5,1	4,9	5,6

Fuente: *World Population Prospects: The 2006 Revision* (se puede consultar en <http://esa.un.org/unpp/>); *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial, 2005*, y OCDE, *Economic Outlook*, No. 80 (se puede consultar en <http://www.oecd.org/dataoecd/5/48/2483858.xls>).

Nota: La relación de dependencia de las personas de edad es el número de personas de 65 y más años por cada 100 personas con edades comprendidas entre 15 y 64 años. Las tasas de ahorro de los hogares se expresan como porcentaje de la renta disponible de los hogares.

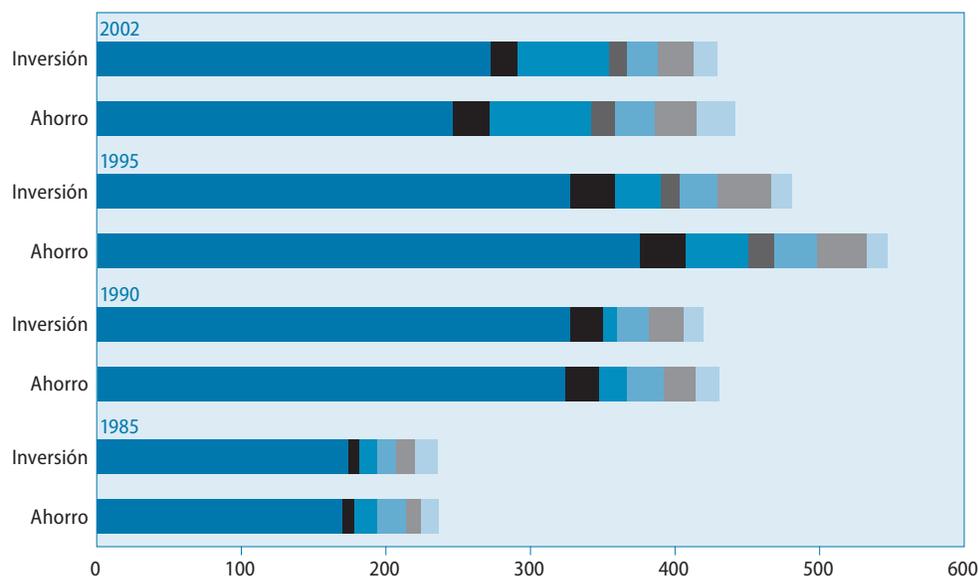
^a Previsiones.

tras las ganancias que registró el mercado de valores a mediados de los años noventa y, más recientemente, las derivadas de la inversión inmobiliaria. Se ha señalado, de hecho, que la reducción del ahorro privado en los Estados Unidos no puede atribuirse a los cambios demográficos, puesto que la disminución de las tasas de ahorro ha sido un fenómeno común a todos los grupos de edad (Deaton, 2005).

Si bien el envejecimiento no es el único factor que influye en las pautas de ahorro y quizá no sea posible medir con certeza la magnitud de su efecto sobre el ahorro, el envejecimiento y el aumento del volumen de población jubilada producirán con seguridad un crecimiento del número de personas inactivas, cuyas necesidades de consumo también deberán satisfacerse. Así pues, cabe esperar que se transfiera una proporción cada vez mayor de los ingresos generados por la población activa a la inactiva. Si los ingresos no crecen con suficiente rapidez, los ahorros se verán afectados (se deberá renegociar la distribución del consumo entre la población trabajadora y la jubilada, o bien tendrá que disminuir el consumo de ambos colectivos). En el caso de los Estados Unidos, por ejemplo, los cálculos efectuados por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas indican que, tomando como base los niveles actuales de la población activa e inactiva, el porcentaje del consumo total con respecto al PIB aumentará del 71% en 2000 al 75% en 2050. Este incremento, aunque significativo, no es drástico. Esto no significa, sin embargo, que la tasa de ahorro nacional vaya a disminuir en cuatro puntos porcentuales para 2050. Naturalmente, tanto la importancia como la duración del efecto de la existencia de una proporción creciente de consumidores inactivos dependen de cada país. El resultado dependerá no sólo de la dinámica demográfica, sino también de las diferencias en los niveles

Gráfico IV.9

Ahorro e inversión per cápita en el mundo, por grupos principales de países y regiones, 1985, 1990, 1995 y 2002 (dólares corrientes)



Fuente: DAES/Naciones Unidas, a partir de la base de datos de los *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial, 2005*.

^a No incluye a la República Checa, la República de Corea, Eslovaquia, Hungría, México, Polonia y Turquía.

^b Incluye a Albania, Bulgaria, la República Checa, Eslovaquia, Hungría y Polonia.

^c Incluye a todas las economías en desarrollo de Asia oriental, el Pacífico y Asia meridional; no incluye China.

^d Incluye a los países en desarrollo del África subsahariana, el África septentrional y Oriente Medio.

de consumo de los diversos grupos de edad, la tasa deseada de crecimiento de dichos niveles de consumo y la tasa de crecimiento global del PIB¹².

Repercusiones para el ahorro en el mundo

Como se ha expuesto anteriormente, el aumento del volumen de población jubilada puede ejercer cierta presión sobre el ahorro, sobre todo en ausencia de un rápido crecimiento. Cabría esperar que las circunstancias que se produzcan en las regiones que envejecen, constituidas principalmente por países con una presencia dominante en la economía mundial, influyan en los niveles de ahorro e inversión en el mundo (véase el gráfico IV.9)¹³. A escala mundial, los países desarrollados, en los que el envejecimiento de la población es un fenómeno más avanzado, aportaron en 2002 un 63% a la totalidad del ahorro en el mundo y generaron un 68% de las inversiones mundiales. Pese a que este grupo de países representa la mayor parte de los ahorros mundiales, están entrando ya en una fase en la que se prevé un aumento de la relación de dependencia de las personas de edad en los próximos

Los países en los que el proceso de envejecimiento está más avanzado representan la mayor parte del ahorro mundial

¹² Se supuso un crecimiento del 2% anual del PIB per cápita, como promedio, durante el período 2000-2050. El consumo incluye tanto el consumo público como el privado y también se estimó para esta variable un crecimiento medio per cápita del 2% anual, tanto para la población activa como para la inactiva. Los datos referentes a los niveles de consumo de los diversos grupos de edades (menores de 15 años, de 15 a 64 y 65 y más) para el año 2000 se extrajeron de Lee y Mason (2007), mientras que los datos poblacionales se obtuvieron de la División de Población del DAES/Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2004 Revision*, base de datos de población.

¹³ Desde un punto de vista contable, el ahorro y la inversión mundiales son idénticos. La diferencia que se observa en algunos años se debe a errores y omisiones, así como al hecho de que no se incluyeron todos los países en el ejercicio.

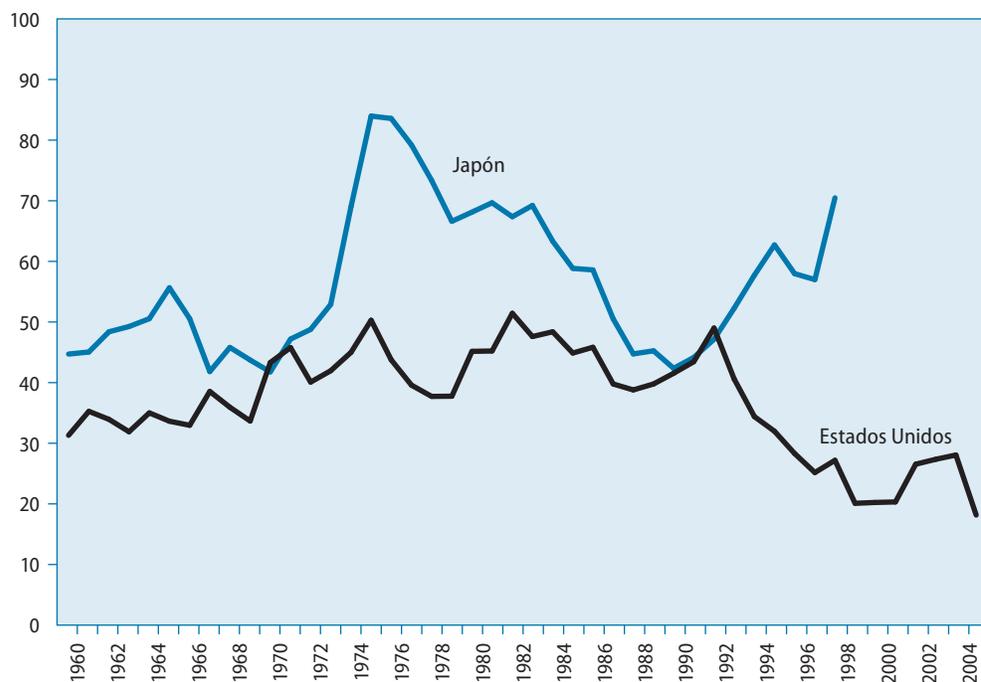
decenios. China, con una cuota del 16%, también desempeña un papel importante en la oferta mundial de ahorro y se prevé que experimente un rápido proceso de envejecimiento a medida que su relación de dependencia de las personas de edad aumente desde aproximadamente 10 en 2000 hasta 39 en 2050.

La existencia de una relación estrecha entre el nivel de ahorro en el mundo y el observado en los países de la OCDE implicaría que, si el envejecimiento es un factor fundamental en la generación de ahorro y el resto del mundo no puede crecer a un ritmo mayor, los ahorros mundiales disminuirán en el futuro. Este descenso de los ahorros en el mundo podría producir una reducción de los recursos disponibles para inversiones financieras, lo que crearía presiones sobre los tipos de interés, aunque este último efecto dependería de la evolución de la demanda de inversión a escala mundial.

Aunque la edad puede influir en el nivel de ahorro, éste depende de otros muchos factores, aparte de las variables demográficas que propone el modelo del ciclo de vida. Entre otras cosas, el modelo contempla exclusivamente los ahorros personales o de los hogares, pese a que el sector empresarial y el sector público también influyen en el nivel global de ahorro de la economía. Además, la importancia relativa del ahorro individual o el de los hogares con respecto al ahorro nacional varía según los países, y también dentro de cada país a lo largo del tiempo (véase el gráfico IV.10). Por tanto, debemos ser prudentes a la hora de hablar de los efectos dramáticos del envejecimiento de la población sobre las pautas de ahorro. Entre los factores que influyen en el comportamiento del consumo y el ahorro se encuentran los siguientes: la presencia y profundidad de los mercados financieros, la innovación y la desregulación financieras, la existencia de sistemas de pensiones obligatorios que puedan afectar el esfuerzo de ahorro voluntario a través de una reducción

El ahorro de los hogares es uno de los componentes del ahorro nacional

Gráfico IV.10
Ahorro bruto de los hogares como proporción del ahorro bruto nacional, Estados Unidos de América y Japón, 1960-2005 (porcentajes)



Fuente: Departamento de Comercio de los Estados Unidos de América, cuadros de cuentas nacionales de ingresos y productos (<http://www.bea.gov/national/nipaweb/Index.asp>), cuadro 5.1 titulado "Ahorro e inversión" (consultado el 9 de mayo de 2007), y Oficina Estadística e Instituto de Investigación y Formación Estadística del Japón, Cuentas Nacionales (<http://www.stat.go.jp/english/data/chouki/03.htm>), cuadros 03-08 y 03-11-d (consultados el 9 de mayo de 2007).

de los incentivos al ahorro de las personas de edad (véase el capítulo V), la presencia de herencias que puedan alentar al ahorro durante la vejez, y las fluctuaciones en los niveles de ingresos y de actividad económica en general, así como los meros rasgos culturales o el marco institucional existente.

El comportamiento individual también varía y no se ajusta necesariamente a los supuestos del modelo del ciclo de vida. Algunas personas darán un mayor valor a las herencias que desean dejar a sus familias, de manera que continuarán ahorrando después de la jubilación. Otros preferirán utilizar sus ahorros con anterioridad una vez jubilados a fin de disfrutar más de la vida mientras conservan una buena salud, y, finalmente, otros tal vez prefieran distribuir la riqueza acumulada durante un período de tiempo más prolongado.

Además, los efectos propios de los grupos de edad y los cambios culturales también pueden afectar a las personas, generando un comportamiento de ahorro diferente del previsto por la teoría. Como consecuencia de ello, la hipótesis según la cual las personas acumulan riqueza durante la época de actividad laboral y la van consumiendo durante la jubilación (lo que implicaría la existencia de unas altas tasas de ahorro en las economías en las que predominen las personas en edad de trabajar en la estructura por edades de la población, y unas tasas de ahorro reducidas o negativas en los países en proceso de envejecimiento) ha de analizarse en un contexto más amplio, como es el contexto económico e institucional de la economía en cuestión.

Desde un punto de vista contable aplicable a una economía cerrada, a escala mundial, el ahorro debe ser igual a la inversión y, como se muestra en el gráfico IV.9, la inversión per cápita debe disminuir al mismo ritmo que el ahorro. Sin embargo, no es posible establecer una relación causal inequívoca entre estos dos agregados. No está claro que el ahorro genere inversión y, con ella, crecimiento económico. Por ejemplo, los datos empíricos sobre los países desarrollados sugieren que, con frecuencia, un mayor nivel de ahorro es consecuencia de un crecimiento más rápido, es decir, que es el crecimiento el que impulsa al alza los niveles de ahorro.

De hecho, la mayor parte de los países desarrollados han experimentado un modesto aumento de las tasas nacionales de ahorro e inversión, aunque dicho aumento no ha sido inmediato, sino que se ha producido un tiempo después de observarse un repunte del crecimiento (Naciones Unidas, 2005*d*, sinopsis, pág. v). A su vez, estos repuntes del crecimiento están relacionados con diversas situaciones nacionales e internacionales, que incluyen intervenciones políticas creíbles y estables. Posteriormente, el crecimiento se apoya sobre la inversión de capital y los incrementos de la productividad. En muchos países en desarrollo, el grueso de la formación de capital se ha financiado a través del ahorro nacional y, en este sentido, es preciso eliminar las restricciones a la movilización del ahorro en dichos países.

Además, no resulta evidente que un descenso de la fuerza de trabajo produzca necesariamente una reducción de la demanda de inversión en los países en proceso de envejecimiento. Como se ha visto anteriormente, en las economías en proceso de envejecimiento, la menor oferta de mano de obra y los cambios en la estructura de la demanda agregada pueden ejercer presión sobre los salarios, por lo que los empresarios pueden preferir dirigir sus esfuerzos hacia inversiones en tecnologías que economícen mano de obra, en lugar de reducir las inversiones en caso de reducirse la disponibilidad de recursos laborales o de que aumentara el costo de los mismos. La velocidad del cambio tecnológico y su efecto sobre la productividad, así como la obsolescencia de la maquinaria y los equipos actuales como consecuencia de dicho cambio, constituyen también factores importantes para la demanda de inversiones. Además, en un mundo cada vez más integrado como es el actual, la inversión responde no sólo a las oportunidades que ofrece el mercado nacional, sino también a las oportunidades del mercado

El comportamiento individual puede no coincidir con los supuestos del modelo del ciclo de vida

No es posible establecer una relación causal entre ahorro e inversión

La inversión puede aumentar en respuesta a los descensos de la oferta de mano de obra

mundial. De acuerdo con ello, la forma en la que la inversión reacciona ante los cambios en el tamaño y el coste de la fuerza de trabajo y a las modificaciones previstas en el nivel y la composición de la demanda, sumados al necesario cambio tecnológico y otras intervenciones que permitan aumentar la productividad, serán en última instancia fundamentales para determinar y sostener el crecimiento en el futuro.

El envejecimiento y la estructura y estabilidad de los mercados financieros

Aunque no se sabe a ciencia cierta si el ahorro nacional y mundial disminuirá realmente en el futuro a consecuencia del envejecimiento de la población, las consecuencias de este fenómeno ya se están percibiendo en los mercados financieros. Cada vez es mayor la proporción de ahorro de las familias que se invierte en fondos de pensiones o en otros planes financieros de inversión para la jubilación. Los cambios demográficos, junto con la complejidad creciente de los instrumentos financieros y los cambios en los arreglos institucionales que se han producido en numerosos países, han conducido a una mayor presencia de los fondos de pensiones y de inversión colectiva en los mercados financieros, que viene acompañada de numerosas consecuencias potenciales.

Los inversionistas institucionales están transformando la estructura de los sistemas financieros

La presencia de los inversionistas institucionales en las economías desarrolladas y su elevada tasa de crecimiento en numerosas economías emergentes están transformando la estructura de los sistemas financieros en todo el mundo. Durante el período comprendido entre 1990 y el final de 2003, los activos gestionados por los inversionistas institucionales¹⁴ en las economías desarrolladas aumentaron aproximadamente de 14 billones a 47 billones de dólares, y de aproximadamente el 78% al 160% de su PIB total. Los tres grupos institucionales principales (compañías aseguradoras, fondos de pensiones y sociedades de inversión) a los que las familias recurren para depositar sus ahorros para la jubilación experimentaron un intenso crecimiento durante este período (véase el cuadro IV.4). Varias economías en desarrollo han registrado un crecimiento similar en cuanto a la presencia de inversionistas institucionales. Chile ocupa la primera posición con un total de activos de fondos de pensiones que, en 2004, ascendía a nada menos que el 65% del PIB, seguido de Singapur (63%) (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2005).

La privatización del sistema de pensiones ha sido un factor que ha propiciado el cambio hacia los inversionistas institucionales

Los factores que han propiciado este cambio hacia los inversionistas institucionales varían en función del país pero un rasgo común ha sido el énfasis dado recientemente a la financiación, por entidades privadas, de las pensiones y las jubilaciones a medida que aumenta la presión sobre las pensiones financiadas por el gobierno (véase el capítulo V). De hecho, en aquellas economías emergentes que han establecido sistemas plenamente capitalizados, el aumento de los activos gestionados por los fondos de pensiones del 6,3% de su PIB combinado en 1992 al 20,3% en 2002 demuestra que la transferencia del ahorro a estos canales está transformando sus sistemas financieros con la misma rapidez y eficacia con que lo hiciera anteriormente en las economías más desarrolladas. No obstante, existen otros factores que también contribuyen a ello: el aumento de la riqueza, los incentivos fiscales, las oportunidades para diversificar las participaciones, el incremento de la liquidez y la mayor

¹⁴ Entre los inversionistas institucionales, se incluyen compañías aseguradoras, fondos de pensiones, sociedades de inversión, fondos de alto riesgo, fondos de inversión inmobiliarios y fondos de capital de inversión y capital de riesgo. Entre las sociedades de inversión, se incluyen sociedades de inversión de capital fijo y de inversión dirigida, fondos de inversión colectiva y fondos fiduciarios de inversión.

Cuadro IV.4

Activos gestionados por inversionistas institucionales, economías desarrolladas, 1990-2004

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Billones de dólares EE.UU.							
Inversionistas institucionales	13,8	23,5	39,0	39,4	36,2	46,8	..
Compañías aseguradoras	4,9	9,1	10,1	11,5	10,2	13,5	14,5
Fondos de pensiones	3,8	6,7	13,5	12,7	11,4	15,0	15,3
Sociedades de inversión	2,6	5,5	11,9	11,7	11,3	14,0	16,2
Fondos de alto riesgo	0,0	0,1	0,4	0,6	0,6	0,8	0,9
Otros	2,4	2,2	3,1	3,0	2,7	3,4	..
Porcentaje del PIB							
Inversionistas institucionales	77,6	97,8	152,1	155,3	136,4	157,2	..
Compañías aseguradoras	27,8	37,8	39,4	45,3	38,4	45,4	44,0
Fondos de pensiones	21,2	27,8	52,6	50,1	42,9	50,4	46,4
Sociedades de inversión	14,8	22,7	46,3	45,9	42,7	47,2	49,0
Fondos de alto riesgo	0,1	0,4	1,6	2,2	2,2	2,7	2,8
Otros	13,6	9,1	12,4	11,7	10,1	11,5	..

eficacia resultante de los avances tecnológicos, la liberalización financiera y los productos innovadores (Davis, 2003).

Inversionistas institucionales: la transformación de los mercados financieros

El aumento de la importancia del papel que desempeñan los inversionistas institucionales como administradores principales del ahorro de las familias ha dado lugar a efectos externos positivos para el desarrollo financiero y el crecimiento económico. El auge de los inversionistas institucionales y el incremento de la oferta de liquidez financiera han propiciado realmente la transformación de los mercados financieros hacia una mayor complejidad de los instrumentos financieros y una variedad más amplia de instrumentos disponibles en los mercados, lo que contribuye a una innovación mayor y más profunda en los mercados financieros de las economías desarrolladas y fomenta el desarrollo financiero en las economías de mercado emergentes. En el caso de los Estados Unidos, por ejemplo, los fondos de pensiones y de inversión colectiva han contribuido al aumento espectacular de los activos de las empresas patrocinadas por el Gobierno relacionadas con la vivienda, como Fannie Mae, Freddie Mac y algunos fondos comunes de hipotecas de ámbito federal, así como el grupo de emisores de títulos respaldados por activos, que incluye las filiales financieras de los fabricantes de automóviles, los emisores de tarjetas de crédito, las sociedades de préstamos hipotecarios y otras entidades crediticias no bancarias (D'Arista, 2006). En los mercados emergentes, la aparición de los fondos de pensiones se ha visto acompañada por una mayor capitalización del mercado de valores, el desarrollo de los mercados de obligaciones de empresas y la expansión de los vencimientos de la deuda debido a la naturaleza de largo plazo de las inversiones en fondos de pensiones y la mayor disponibilidad de financiación a largo plazo. Mientras tanto, el incremento de la oferta de liquidez propiciada por los fondos de pensiones también puede contribuir a la estabilidad del mercado, ya que protege de posibles circunstancias adversas (Davis, 2005).

Por otro lado, el cambio hacia los inversionistas institucionales y los sistemas de pensiones plenamente capitalizados (véase el capítulo V) ha permitido la aparición de nuevos canales

Fuente: Fondo Monetario Internacional (2005), cap. III, pág. 67, cuadro 3.1.

Nota: Puede que los datos reflejen un recuento doble de los activos pertenecientes a fondos de pensiones de contribución definida y gestionados por las sociedades de inversión. Entre las sociedades de inversión, se incluyen sociedades de inversión de capital fijo y de inversión dirigida, fondos de inversión colectiva y fondos fiduciarios de inversión. Entre otros inversionistas institucionales, se incluyen fondos de inversión inmobiliarios y fondos de capital de inversión y capital de riesgo. El PIB es el total para los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.

Los inversionistas institucionales han contribuido a profundizar y desarrollar los mercados financieros

Se necesitan marcos monetarios y de reglamentación actualizados, dado que ha aumentado el riesgo de inestabilidad del sistema

para el ahorro durante los tres últimos decenios sin que se preste atención suficiente a la necesidad de actualizar los marcos monetarios y de reglamentación centrados en los bancos y que tradicionalmente han dominado los sistemas financieros nacionales. En primer lugar, cabe señalar que la presencia creciente de inversionistas institucionales ha supuesto una mayor competencia para el sector bancario. Por consiguiente, los bancos han llegado a aceptar mayores riesgos embarcándose en transacciones con un alto coeficiente de endeudamiento a fin de mantener o ampliar las operaciones y los beneficios. Además, los bancos (especialmente aquellos con base en los Estados Unidos) han confiado cada vez más en las obligaciones no depositarias para la financiación, ya que el ahorro se transfiere de los bancos a los inversionistas institucionales. Al estrechar los lazos entre los diversos sectores financieros, estas transformaciones han aumentado la probabilidad de que los problemas de un grupo de instituciones se propaguen a otros, lo que agravaría el riesgo de inestabilidad del sistema.

Las autoridades monetarias han perdido mucha influencia sobre la oferta de crédito

En segundo lugar, las autoridades monetarias (al menos en los Estados Unidos) han perdido mucha influencia sobre la oferta de crédito, ya que el aumento del poder de mercado de los inversionistas institucionales ha llevado a los mercados financieros a abandonar el tradicional sistema basado en los bancos y a adoptar un sistema basado en el mercado¹⁵, lo que contribuye a incrementar la prociclicidad en los mercados financieros (D'Arista, 2006). Existen dos motivos que explican este aumento de la prociclicidad. La primera es que el hecho de que los inversionistas institucionales no estén sujetos a controles monetarios cuantitativos por parte del banco central, como los requisitos relativos a la reserva y la liquidez, dificulta que la autoridad monetaria lleve a cabo una política contracíclica. Además, agrava el problema el hecho de que los inversionistas institucionales actúen principalmente en mercados secundarios a escala tanto nacional como internacional. Esto implica que la autoridad monetaria ha perdido gran parte de su capacidad para intervenir y esterilizar los ingresos mediante los instrumentos monetarios que existen actualmente. La segunda explicación tiene que ver con que la reorientación del ahorro de las familias hacia instrumentos del mercado crediticio, como obligaciones y acciones de empresas, produce un efecto de riqueza procíclico en los balances de las familias: durante una fase ascendente, los precios de los activos pueden subir y dar lugar a períodos de derroche, mientras que, durante la fase descendente, los precios de los activos pueden caer y contribuir a una disminución del consumo, lo que magnifica las oscilaciones del ciclo económico.

Se necesita un marco de estabilización macroprudencial

Respondiendo a estas transformaciones, el Banco de Pagos Internacionales (BPI) ha propuesto un marco de estabilización macroprudencial que pretende restituir a las autoridades monetarias parte del control que deberían ejercer, especialmente sobre el crecimiento descontrolado de los créditos. No obstante, el marco excluye funciones importantes de la política monetaria: aquellas que deberían orientarse hacia los actores financieros no bancarios, como los inversionistas institucionales, que ha sido el sector protagonista del apalancamiento financiero.

Por último, con la liberalización creciente de los mercados financieros en todo el mundo, la concentración de capital en manos de los inversionistas institucionales también puede tener consecuencias para la asignación de corrientes de capital internacionales (véase el recuadro IV.2). En particular, el papel desempeñado por los inversionistas institucionales en la inestabilidad de las corrientes de capital y en el aumento del potencial de riesgo del sistema suscita una serie de preguntas en torno a la estabilidad del sistema financiero mundial

¹⁵ En un sistema basado en los bancos, éstos dominan la asignación de créditos y la intermediación financiera, mientras que, en un sistema basado en el mercado, estos papeles los comparten los mercados financieros, que ofrecen el crédito a través del comercio de acciones y títulos.

Recuadro IV.2

Fondos de pensiones: corrientes internacionales de capital y sesgo nacional

El envejecimiento de las poblaciones y la necesidad de reservar recursos para la jubilación, junto con los cambios de los arreglos institucionales, han dado lugar a un crecimiento sustancial de los activos gestionados por los fondos de pensiones, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Los efectos probables de estas transformaciones sobre el volumen y la dirección de las corrientes de capital internacionales dependerán de las estrategias de inversión adoptadas por los fondos y de las regulaciones y prácticas vigentes en los diferentes países.

Los fondos de pensiones invierten las contribuciones aportadas por los patrocinadores y beneficiarios con el fin de asegurar los futuros derechos de pensión de los beneficiarios. En la medida en que los mercados financieros internacionales no están perfectamente correlacionados, la diversificación de las carteras de valores internacionales puede reducir los riesgos y permitir el acceso a inversiones más rentables, brindando oportunidades para invertir en industrias y actividades económicas, además de una mayor variedad de instrumentos financieros que tal vez no existan en los mercados nacionales. También facilita una salida comercial a los países en los que los mercados financieros y de valores son pequeños en relación con el volumen de ahorro para la jubilación, lo que ayuda a prevenir la aparición de burbujas especulativas.

Pese a lo expuesto anteriormente, los fondos de pensiones, tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados, muestran una tendencia marcada a elegir los activos nacionales antes que los extranjeros. Esta tendencia se conoce comúnmente con el nombre de sesgo nacional. Según el Fondo Monetario Internacional (2005), en 2003 los fondos de pensiones de las cinco economías de mayor volumen pertenecientes a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (Alemania, Estados Unidos, Francia, Japón y Reino Unido) invirtieron en total sólo el 14% de sus carteras de valores en activos extranjeros (el 5% en acciones extranjeras y el 9% en obligaciones extranjeras). Los fondos de pensiones de los países en desarrollo también tienden a invertir principalmente en activos nacionales (véase el cuadro 1). Además, la asignación de las carteras de valores parece ser específica de cada país. Los inversionistas institucionales que operan en los países en desarrollo y en los países europeos —ya sea debido a la existencia de un sistema financiero relativamente menos desarrollado o a la presencia más pronunciada de un Estado de bienestar— tienden a ser más conservadores en sus inversiones, tal y como lo demuestra su asignación de fondos a obligaciones públicas o de empresas, o a depósitos de ahorros.

Los fondos de capital y de inversión colectiva parecen ser la clase de activos financieros preferidos por los fondos de pensiones en el Canadá, los Países Bajos, el Reino Unido y los Estados Unidos (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2005).

El sesgo nacional también puede deberse a la política regulatoria. Muchos países tienen sus inversiones sometidas a una regulación estricta e imponen límites rígidos a la adquisición de acciones y valores extranjeros para evitar desequilibrios monetarios. Algunos países suelen imponer límites a la asignación de activos extranjeros o no la permiten en absoluto. Por ejemplo, el límite máximo actual impuesto a la asignación de activos extranjeros se sitúa en el 5% en Hungría y en el 10% en la Argentina, Colombia y el Perú. En la República Dominicana y el Uruguay no se permite a los fondos de pensiones invertir en el extranjero, mientras que en México se suprimió tal restricción en octubre de 2005.

Los límites evolucionan con el tiempo. En el caso de Chile, la inversión en el extranjero no estaba permitida en un principio y fue introduciéndose gradualmente. En 2005, aproximadamente el 30% de los fondos gestionados por los fondos de pensiones de Chile se invirtieron en el extranjero, lo que contribuyó, no obstante, a aumentar la prociclicidad de las corrientes de capital.

Los límites también son habituales en los países desarrollados. Recientemente, el Gobierno de Noruega anunció que el Fondo de Pensiones del Gobierno aumentará sus inversiones en acciones a escala mundial del 40% al 60% (*Financial Times*, 14/15 de abril de 2007, pág. 4). Por

Recuadro IV.2 (continuación)

Fondos de pensiones: corrientes internacionales de capital y sesgo nacional

ejemplo, las regulaciones fiscales impuestas a los fondos del Canadá limitan la inversión extranjera al 30% de la cartera de valores. En Italia y Alemania, el límite está situado en el 20%.

Por otra parte, en países como los Países Bajos, el Reino Unido y los Estados Unidos los fondos de pensiones están sujetos simplemente al “principio de prudencia”, que exige que los administradores de los fondos de pensiones tomen decisiones de inversión sensatas y basadas en lo que los otros inversionistas institucionales perciben como la mejor práctica.

Cuadro 1

Asignación de las carteras de valores por parte de los fondos de pensiones como parte de la inversión total, selección de países de América Latina y Europa, 2005 (porcentajes)

	Sector público estatal	Sector empresarial	Sector financiero	Sector extranjero	Otros activos
América Latina					
Argentina	55,7	13,0	19,8	10,1	1,4
Bolivia	75,8	11,5	8,7	2,5	1,5
Colombia	47,3	19,4	18,8	14,5	0,0
Costa Rica	74,5	2,7	18,9	3,9	0,0
Chile	15,0	23,8	29,8	31,2	0,2
El Salvador	77,7	0,3	15,2	6,8	0,0
México	73,9	12,0	2,0	8,1	4,0
Perú	21,0	52,2	18,8	8,0	0,0
Uruguay ^a	84,5	4,0	9,0	0,0	2,5
Europa					
Bulgaria	43,6	26,4	30,0	0,0	0,0
Polonia	62,0	32,0	2,8	1,7	1,5

Fuente: Federación Internacional de Administradores de Fondos de Pensiones

a Los fondos de pensiones no están autorizados a invertir en activos extranjeros.

Los reguladores consideran que estos límites a la inversión son necesarios para evitar que los fondos de pensiones corran un riesgo excesivo y para proteger así los derechos de los pensionistas y las prestaciones futuras. En numerosas circunstancias, se imponen límites con arreglo a objetivos macroeconómicos, como promover el desarrollo de los mercados de capitales locales, mantener los escasos recursos de la economía nacional, prevenir un movimiento especulativo contra la moneda y facilitar la financiación de las reformas de los sistemas de pensiones (tema tratado en el capítulo V). En los países en desarrollo, prevenir los desequilibrios monetarios y las corrientes procíclicas basados en las expectativas referentes a los tipos de cambio son dos de las preocupaciones principales subyacentes a la imposición de límites a la inversión.

No obstante, las regulaciones impuestas a la asignación de inversión no explican por completo la proporción tan reducida que representan los activos extranjeros en las carteras de valores de los fondos de pensiones. El cuadro 2 muestra que, para muchos países que adoptan restricciones en la asignación de activos internacionales, la proporción de activos extranjeros que están en manos de los fondos de pensiones se sitúa en general muy por debajo del límite máximo permitido.

Otros factores, que reflejan las estrategias de los fondos de pensiones y la naturaleza de las transacciones nacionales, contribuyen a que las inversiones en activos extranjeros sean tan escasas. Los administradores de fondos de pensiones no sólo pretenden obtener la máxima rentabilidad, sino también armonizar su cartera de activos con la estructura de sus obligacio-

nes. En particular, los fondos de pensiones que han alcanzado su madurez evitarán recurrir a instrumentos que entrañen un riesgo cambiario y una pérdida potencial de capital, y primarán las obligaciones nacionales en su lugar. Además, los costos de transacción son más elevados en el comercio internacional de activos. El acceso a un mercado extranjero puede conllevar costos extraordinarios debidos al registro y las comisiones que se aplican a las transacciones monetarias. Asimismo, la escasez relativa de información sobre los mercados extranjeros puede suponer un obstáculo significativo para ciertas inversiones, en particular en aquellos casos en los que las normas de publicación de información difieren sustancialmente de las de los mercados nacionales (véase Ahearne, Griever y Warnock, 2004, y Van Nieuwerburgh y Veldkamp, 2006). Por último, los administradores de fondos de pensiones son proclives a mostrar una tendencia a la liquidez con respecto a la asignación de sus carteras de valores, como reflejan las altas cuotas de pagarés del tesoro nacionales. Esta tendencia a la liquidez también puede deberse, en parte, a las disposiciones regulatorias.

Cuadro 2

Asignación real de activos extranjeros por parte de los fondos de pensiones y límites impuestos a ésta, selección de países desarrollados y en desarrollo (porcentajes)

	Asignación de activos extranjeros	
	Límite	Asignación real
Países desarrollados, 2002		
Reino Unido	Principio de prudencia ^a	22,9
Estados Unidos	Principio de prudencia ^a	11,0
Alemania	30,0 ^b	7,0
Japón	30,0 ^c	22,9
Canadá	30,0	15,0
Hungría	30,0	2,5
Polonia	5,0	1,6
Países en desarrollo, 2006		
Argentina	10,0	10,0
Perú	8,0	8,0
México	10,0	8,1

Fuentes: Fondo Monetario Internacional, Informe sobre la estabilidad financiera mundial, septiembre de 2005 (Washington D.C., FMI, 2005), y Federación Internacional de Administradores de Fondos de Pensiones.

a Se aplica el principio de prudencia.

b Referido a las acciones emitidas en otros países de la Unión Europea. Por otra parte, el límite a las obligaciones y las acciones emitidas por países no pertenecientes a la UE se sitúa en el 10%.

c No existen límites para los fondos de empleados públicos.

En un futuro, es probable que la absorción de activos de fondos de pensiones por parte de los países en desarrollo aumente en los próximos 5 a 10 años, siempre que los administradores de pensiones consideren dichos países suficientemente atractivos en cuanto a sus estrategias de inversión. Incluso en el supuesto de que las acciones de las carteras de valores no experimenten cambios y que persista el sesgo nacional, dado que el ahorro de las familias se canaliza cada vez más hacia los fondos de pensiones, un incremento del volumen total de recursos lógicamente se traducirá de forma natural en un incremento del volumen de las inversiones internacionales de los fondos de pensiones. Si bien representan una importante fuente de financiación y una oportunidad de crecimiento para los países en desarrollo, estas transformaciones también pueden causar cierta preocupación en vista de la vulnerabilidad de muchos de los mercados emergentes ante la volatilidad de las corrientes de capitales.

y las conexiones establecidas entre las instituciones y los mercados de todo el mundo. Las reformas deberían llevarse a cabo de tal forma que se garantice la protección de los mercados financieros internacionales frente a la excesiva inestabilidad de las corrientes de capital. Puesto que la mayoría de las entradas de capital —especialmente a las economías desarrolladas— se destinan a mercados secundarios, suelen contribuir a una mayor inestabilidad en lugar de una expansión económica sostenida, mientras que las salidas de capital dan lugar a crisis financieras y monetarias. La introducción de controles de capital puede ayudar a paliar la pro-ciclicidad y la inestabilidad ligadas a las corrientes de capital —en particular las corrientes de carteras de valores— hacia los países en desarrollo, lo que contribuye a una mayor estabilidad macroeconómica de sus economías (Ocampo, 2005, Naciones Unidas, 2006a).

Conclusiones

Con una población en proceso de envejecimiento, el porcentaje de la población en edad de trabajar se irá reduciendo y la propia fuerza de trabajo irá envejeciendo. Eso es especialmente cierto en el caso de los países (principalmente desarrollados) con bajas tasas de fecundidad. Por el contrario, los países con tasas de fecundidad relativamente altas (principalmente las economías de bajos ingresos) seguirán experimentando hasta 2050 un fuerte crecimiento de la fuerza de trabajo, que puede suponer la oportunidad de conseguir un crecimiento económico acelerado.

El envejecimiento de la población podría convertirse en un lastre para el crecimiento económico si no se controla la progresión del descenso de la fuerza de trabajo o se hacen mayores esfuerzos por incrementar la productividad laboral. En la mayoría de los contextos, el aumento de la productividad tendrá que ser un complemento de las medidas que se adopten para contener el descenso de la fuerza de trabajo.

Se han propuesto varias medidas para mitigar los efectos de las crecientes relaciones de dependencia, entre las que cabe mencionar la migración internacional, la contratación externa del empleo y un incremento de los índices de actividad laboral.

A menudo se menciona la migración internacional como un posible instrumento para conseguir un abastecimiento suficiente de trabajadores en los países desarrollados, pero no se piensa que ningún país vaya a admitir el enorme número de migrantes necesario para detener el envejecimiento de la población.

Desviar el trabajo hacia otros lugares es otra posibilidad, pero con ello no se resolvería el problema de la creciente relación de dependencia de las personas de edad. Aunque la deslocalización del trabajo aliviaría la escasez de mano de obra al desplazar la producción hacia trabajadores situados en el extranjero, no reduciría la presión sobre los sistemas de pensiones de jubilación porque el empleo, y por tanto la base contributiva de estos regímenes, no aumentaría.

El análisis del presente capítulo sugiere que el mayor potencial para contrarrestar los cambios previstos en el crecimiento de la fuerza de trabajo reside en el aumento de las tasas de participación de las mujeres y de los trabajadores mayores. De hecho, muchos países cuentan todavía con un margen considerable para adoptar medidas encaminadas a incrementar la tasa de participación de los trabajadores mayores, normalmente los que tienen una edad comprendida entre los 55 y los 64 años, haciendo que la edad de jubilación real se acerque más a la edad de jubilación obligatoria. No obstante, estas medidas han de complementarse con intervenciones encaminadas a incrementar la productividad de los trabajadores mayores, si es que la productividad tiende a disminuir con la edad.

El aumento de la participación de las mujeres y los trabajadores de edad podría compensar en parte la reducción de la mano de obra

También hay una gama de opciones con respecto a la supresión de los desincentivos de la prolongación del empleo, como la alteración de las prácticas de los centros de trabajo para acomodar mejor las necesidades de los trabajadores a medida que envejecen; el mejoramiento de las condiciones de trabajo para mantener la capacidad laboral durante el curso de la vida; la lucha contra la discriminación basada en la edad, y la promoción de una imagen positiva de los trabajadores mayores. Estos trabajadores estarán también en mejores condiciones para prolongar su vida laboral si se les da la oportunidad de recibir un aprendizaje permanente y disponer de iniciativas de formación en el puesto de trabajo. Está previsto que esas medidas fomenten el crecimiento económico de los países que envejecen, aunque su efecto puede no ser muy importante.

De forma más general, sin embargo, la preocupación por el hecho de que el envejecimiento de las poblaciones y las fuerzas de trabajo conduzcan a un descenso importante del crecimiento económico parece en gran medida infundada. El análisis que se presenta en este capítulo indica que el crecimiento de la productividad necesario para mantener un nivel determinado de crecimiento del PIB per cápita resulta esperanzador si se compara con el de anteriores experiencias. No obstante, mantener un crecimiento de la productividad relativamente elevado durante períodos prolongados puede suponer un reto, y de ahí la importancia de realizar esfuerzos constantes encaminados a mejorar las aptitudes y fomentar el desarrollo tecnológico.

Los países con una fuerza de trabajo creciente y todavía relativamente joven tal vez consigan acelerar el crecimiento. No obstante, para obtener ese dividendo demográfico tendrán que resolver un conjunto diferente de problemas. En lugar de preocuparse por una inminente escasez de mano de obra, tendrán que concentrarse en crear oportunidades de empleo digno, especialmente para el creciente número de jóvenes que habrán de integrarse en la fuerza de trabajo. Incrementar las tasas de empleo en la economía formal ayudará a recaudar impuestos y permitirá ampliar los sistemas de protección social en los lugares donde aún están poco desarrollados, con lo que los trabajadores mayores podrán jubilarse contando con una mayor seguridad financiera. El crecimiento de la productividad también es importante, por supuesto, en las economías en desarrollo, no sólo para prestar apoyo a una cada vez más numerosa población de personas de edad, sino para ayudar a mejorar el nivel de vida y a reducir la pobreza.

Hay una opinión generalizada de que el envejecimiento de la población tendrá repercusiones en las pautas de consumo, inversión y ahorro. Saber si el envejecimiento de la población afectará a estas variables y cómo lo hará es esencial para prever la forma en que el desarrollo y el crecimiento económico tendrán lugar en el futuro. Aunque la teoría económica cuenta con algunas nociones claras acerca de esa relación, en realidad es bastante difícil predecir cómo influirá el envejecimiento en las futuras pautas de consumo y crecimiento.

Las necesidades de consumo y los gustos de las personas varían a lo largo del ciclo vital. Se ha establecido firmemente que las personas mayores de edad tienden a gastar una mayor proporción de sus ingresos en vivienda y servicios sociales en comparación con los grupos de población más jóvenes. Así pues, el envejecimiento de la población podría conducir a cambios importantes en la composición de la demanda de bienes y servicios.

Un análisis más detallado de las tendencias actuales sugiere, sin embargo, que estos cambios ocurren lentamente a lo largo del tiempo. Además, los niveles de consumo están más estrechamente relacionados con los ingresos que con la estructura demográfica. Esta compleja realidad hace que sea difícil pronosticar futuras tendencias en el consumo, puesto

La preocupación por posibles caídas pronunciadas del crecimiento económico parece infundada

Los cambios en el consumo guardan una relación más estrecha con los ingresos que con la edad

que el crecimiento de los ingresos de las personas de edad en los próximos decenios se muestra bastante incierto.

De manera similar, las consecuencias del envejecimiento en las pautas de ahorro son difíciles de calcular. A menudo se supone que las economías con un alto nivel de dependencia de las personas de edad y de los niños tienen unas tasas relativamente bajas de ahorro nacional, mientras que, por el contrario, las economías con una gran proporción de la población en edad de trabajar cuentan con unas tasas de ahorro elevadas. Aunque el envejecimiento pueda influir, hay otros muchos factores que afectan el comportamiento en relación con el ahorro y el propio nivel de ahorro de la economía.

La presencia creciente de inversionistas institucionales hace necesario actualizar las medidas que regulan los mercados financieros

Lo que está claro, en cualquier caso, es que cada vez es mayor la proporción del ahorro de las familias que se canaliza hacia fondos de pensiones y otros planes financieros de inversión para la jubilación. Los inversionistas institucionales, que normalmente se ocupan de gestionar ese ahorro, se han convertido ya en los principales actores en los mercados financieros. Esos inversionistas no sólo gestionan un gran volumen del ahorro de las familias de los países desarrollados, sino también, cada vez en mayor medida, los de los países en desarrollo, en los que ha crecido la importancia de los sistemas de pensiones gestionados por entidades privadas. Los inversionistas institucionales contribuyen al desarrollo y la profundización de los mercados financieros en los países desarrollados y en las economías de mercado emergentes, pero, al hacerlo así, operan en buena medida fuera de los mecanismos de supervisión y regulación del mercado que se aplican de una forma más general al sistema bancario. Si no se controlan, las operaciones de los fondos de pensiones en los mercados financieros podrían convertirse en una fuente de inestabilidad y potenciar la especulación. Asimismo, a medida que crece el volumen de inversiones financieras que se gestiona fuera del sistema bancario, las autoridades monetarias pierden cierto grado de control del crecimiento del crédito y, por tanto, se reduce la eficacia de las políticas monetarias. Es necesario perfeccionar las medidas regulatorias de ámbito internacional para evitar los posibles efectos desestabilizadores que las actividades de grandes fondos de pensiones pueden tener en los mercados financieros e impedir que se ponga en peligro la seguridad económica de los ingresos de las personas de edad.

Apéndice

Grupos de países y zonas ordenados por tasas de fecundidad, inmigración e índices de participación en la fuerza de trabajo

Fecundidad	Inmigración	Índices de participación en la fuerza de trabajo	País o zona				
Alta	Alta	Alta	Arabia Saudita	Jordania	Qatar		
		De baja a moderada	Belice Côte d'Ivoire	Gabón Gambia	Jamahiriya Árabe Libia Omán	Ribera Occidental	
	Moderada	Alta	Comoras	Congo	Ghana	Namibia	
		De baja a moderada	Burkina Faso	República Árabe Siria			
	Baja	Alta	Bangladesh Benin Bolivia Burundi Camboya Cabo Verde Chad Djibouti Etiopía Filipinas	Guinea Guinea-Bissau Kenya Liberia Malawi Mauritania Mozambique Nepal Níger	Pakistán Paraguay República Centroafricana República Democrática del Congo Rwanda Senegal Sierra Leona	Somalia Sudán Swazilandia Tayikistán Togo Uganda Yemen Zambia Zimbabwe	
			De baja a moderada	Afganistán Angola Bhután Botswana	Eritrea Guatemala Haití Honduras	Lesotho Madagascar Malí	Nigeria República Democrática Popular Lao
		Moderada	Alta	Emiratos Árabes Unidos	Estados Unidos Kazajstán	Kuwait	Nueva Zelandia
			De baja a moderada	Bahrein Brunei Darussalam Costa Rica	Francia Guadalupe Irlanda	Israel Líbano Martinica	Reunión
	Moderada	Alta	Bahamas	Islandia			
		De baja a moderada	Kirguistán	Malasia			
Baja	Alta	Azerbaiyán Brasil Colombia Ecuador	Indonesia Mongolia Myanmar Panamá	Perú Tailandia Turkmenistán Uruguay	Venezuela (República Bolivariana de) Viet Nam		
		De baja a moderada	Albania Argelia Argentina Chile Egipto El Salvador	Guyana India Irán (República Islámica del) Jamaica Marruecos	México Nicaragua República Dominicana República Popular Democrática de Corea	Sudáfrica Suriname Túnez Turquía Uzbekistán	

Grupos de países y zonas ordenados por tasas de fecundidad, inmigración e índices de participación en la fuerza de trabajo (continuación)

Fecundidad	Inmigración	Índices de participación en la fuerza de trabajo	País o zona				
Baja	Alta	Alta	Canadá	Macao (China)	Suiza		
		De baja a moderada	Alemania Australia Austria Belarús	Croacia Chipre España Estonia	Hong Kong (Región Administrativa Especial de China) Letonia	Luxemburgo Países Bajos Singapur Suecia Ucrania	
		Moderada	Alta	Dinamarca	Noruega		
	Baja	Moderada	De baja a moderada	Armenia Bélgica	Eslovenia Federación de Rusia	Grecia Portugal	Reino Unido
			Alta	China			
		De baja a moderada		Antigua Serbia y Montenegro Bosnia y Herzegovina Bulgaria Cuba	Eslovaquia Finlandia Georgia Hungria Italia	Japón Lituania Malta Mauricio Polonia	República Checa República de Corea Rumania Sri Lanka Trinidad y Tabago

Fuentes: División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas, Trends in Total Migrant Stock: the 2005 Revision: documentación en CD disponible en http://www.un.org/esa/population/publications/migration/UN_Migrant_Stock_Documentation_2005.pdf (consultada el día 21 de febrero de 2007); banco de datos de Población, Recursos, Medio Ambiente y Desarrollo: Revisión de 2005, y Oficina Internacional del Trabajo, Banco de Datos Estadísticos sobre el Empleo: Estimaciones y proyecciones sobre población económicamente activa: de 1980 a 2020.

Nota: Los países se clasifican de la manera siguiente:

- 1) Tasa global de fecundidad (TFR): fecundidad alta = $TFR \geq 3,0$; fecundidad moderada = $1,80 \leq TFR \leq 3,0$; fecundidad baja = $TFR < 1,80$.
- 2) Migración internacional como parte de la población (MIG): migración alta = $MIG \geq 10\%$ de la población; migración moderada = $5\% \leq MIG \leq 10\%$; migración baja = $MIG < 5\%$.
- 3) Índices de participación en la fuerza de trabajo de la población de 15 y más años (LFPR): LFPR alta = $LFPR \geq 65\%$; LFPR de baja a moderada = $LFPR < 65\%$.

Capítulo V

La seguridad de los ingresos en la vejez

Introducción

Es frecuente que el nivel de vida de las personas se reduzca en las edades más avanzadas. La disminución de las posibilidades económicas y el deterioro de la salud a menudo incrementan la vulnerabilidad ante la pobreza a medida que las personas envejecen. No obstante, esas condiciones varían mucho en los distintos contextos y entre diferentes grupos de personas mayores. Las estrategias tienden a variar en consecuencia. En las economías desarrolladas, las pensiones son la principal fuente de ingresos y protección en la vejez, mientras que en los países en desarrollo son pocos los que tienen el acceso a una pensión y, por tanto, se tiene que recurrir a otras fuentes de ingresos. De hecho, el 80% de la población mundial no está suficientemente protegida en la vejez frente a los riesgos relacionados con la salud, la discapacidad y la reducción de los ingresos (Organización Internacional del Trabajo, 2002). Eso quiere decir que, sólo en los países en desarrollo, unos 342 millones de personas mayores no disfrutan hoy día de una garantía suficiente de sus ingresos. Ese número se incrementará hasta los 1.200 millones para 2050 si no se amplía la cobertura de los mecanismos que actualmente se ocupan de ofrecer una garantía de los ingresos a las personas de edad. La transición demográfica plantea un enorme reto en lo tocante a garantizar la disponibilidad y la sostenibilidad de los sistemas de pensiones y otros sistemas que ofrecen seguridad económica a un número cada vez mayor de personas de edad, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

Para las personas carentes de protección, el concepto de jubilación simplemente no existe; tienen que depender de su trabajo, lo que constituye un reto aún mayor para las personas de edad avanzada (80 y más años). Para sobrevivir, las personas mayores también cuentan con el apoyo de la familia y la comunidad, las cuales, si también tienen unos recursos limitados, puede que no sean capaces de ofrecer unos seguros sociales sólidos. A ese respecto, las personas de edad que no han contraído matrimonio, que han enviudado o que no tienen hijos (especialmente las mujeres) corren un mayor riesgo de caer en la pobreza. Mientras tanto, los países con sistemas de pensiones oficiales han logrado reducir con éxito, y en algunos casos eliminar, la pobreza en la vejez.

Con todo, la sostenibilidad de los actuales sistemas de pensiones está siendo cuestionada. El aumento de la esperanza de vida, el diseño inadecuado de los programas, la mala gestión, el crecimiento económico insuficiente y la generación de empleo inapropiada han socavado la viabilidad financiera de muchos de esos sistemas. Además, el incremento de la relación de dependencia de las personas mayores, como se describe en el capítulo II, supondrá el aumento de la presión sobre los sistemas de apoyo oficiales y no oficiales si no se puede acelerar y mantener el crecimiento económico (y la generación de empleos

La seguridad económica de las personas de edad está en juego en todo el mundo

Los mecanismos de apoyo no oficiales no proporcionan seguros sociales sólidos

Se necesita una reforma y una ampliación de los sistemas de pensiones de vejez

dignos). Al mismo tiempo, la reducción del número de miembros de las familias y de la importancia de la familia ampliada también modificará la disponibilidad y las modalidades de apoyo no oficial (véase el capítulo III).

Los sistemas de pensiones han de garantizar la seguridad de los ingresos en la vejez para todos y, como mínimo, tienen que proporcionar beneficios que sitúen a los receptores por encima del umbral de la pobreza o de cualquier otro nivel mínimo aceptable socialmente. Las cuestiones relacionadas con la solidaridad, la accesibilidad, la asequibilidad y la sostenibilidad son factores esenciales en el diseño y la reforma del sistema de pensiones de vejez. En la práctica, estos principios parecen abordarse más adecuadamente mediante sistemas de pensiones nacionales basados en varios pilares dirigidos a necesidades específicas, los cuales se complementan entre sí y se adaptan a las circunstancias particulares. Por ejemplo, en un país con un gran sector no estructurado se puede alcanzar una cobertura universal a través de un pilar que ofrezca un mínimo de beneficios. Preferiblemente, este mínimo debería tener una cobertura universal. El análisis que figura en el presente capítulo demuestra que un sistema de pensiones social y universal que ofrezca beneficios equivalentes al umbral de la pobreza (extrema) internacional puede resultar asequible para la mayoría de los países en desarrollo, incluida la mayoría de los países de bajos ingresos. Se podría introducir otro pilar que proporcionara pensiones básicas para aquellos sectores de la sociedad que disponen de empleo estructurado. De acuerdo con este pilar, el objetivo de estas pensiones podría ser alcanzar un nivel mínimo aceptable que pudiera desempeñar la función del salario. Además, este pilar debe crear los incentivos necesarios para una participación constante al tiempo que debe incluir mecanismos de solidaridad dirigidos hacia los aportantes que cuentan con menos recursos para aumentar sus beneficios. Por último, se debe alentar a aquellos sectores más prósperos de la sociedad a complementar las pensiones públicas con sus propios ahorros acumulados, bien a través de planes de pensiones privados o patrocinados por los empleadores, bien a través de otras formas de acumulación de activos, a los que puedan recurrir cuando se produzca la jubilación.

Los sistemas de pensiones pueden administrarse de forma privada o pública, pero, en última instancia, la responsabilidad de garantizar, regular y supervisar la prestación de una pensión básica corresponde en exclusiva al gobierno. Varios países han introducido reformas estructurales en sus sistemas de pensiones, pasando de un sistema de pago sobre la marcha con prestaciones definidas a un sistema de contribución definida plenamente capitalizado (véanse las definiciones en el recuadro V.1). En última instancia, estos sistemas, en particular el último, no pueden garantizar la seguridad de los ingresos en la vejez. Además, los sistemas de pensiones todavía tendrían que ajustarse con el fin de hacer frente a los aumentos previstos de la presión demográfica: a medida que aumente la población dependiente, se necesitarán más recursos si se pretende mantener un cierto nivel de bienestar y que la carga no constituya un lastre para la población activa. No obstante, esto no equivale a decir que los actuales sistemas de pago sobre la marcha no necesiten reformas. En este capítulo se explican algunos de los ajustes que deberían introducirse y que podrían contribuir notablemente a garantizar la sostenibilidad financiera de los sistemas actuales al tiempo que ofrecerían un mínimo de seguridad de los ingresos para todos sobre la base de la solidaridad intergeneracional.

Vejez y pobreza económica

Los sistemas de pensiones reducen las probabilidades de caer en la pobreza durante la vejez

La información disponible acerca de la incidencia de la pobreza entre las personas de edad es dispersa, de difícil acceso y no suele ser comparable entre países o regiones, ya que los datos se obtienen mediante diferentes metodologías, conceptos y para distintos períodos de cobertura. No obstante, cabe señalar que, en general, en los países en los que los sistemas de pensiones

Recuadro V.1

Sistemas de pensiones: múltiples modalidades

Existe una gran diversidad con respecto al diseño de los sistemas de pensiones de vejez. En los sistemas de carácter contributivo, los beneficiarios (y sus empleadores en algunos casos) tienen que contribuir a la financiación de los beneficios. Estas contribuciones suelen adoptar la forma de impuesto sobre la renta del trabajo. El derecho a percibir prestaciones de jubilación en el futuro depende de si el posible beneficiario tiene un mínimo historial de contribución.

El gobierno también puede participar en la financiación de los sistemas de carácter contributivo con fondos procedentes de los ingresos generales (o de impuestos para fines específicos) con el fin de subsidiar a los trabajadores de bajos ingresos, cubrir gastos administrativos y/o compensar el déficit. Los sistemas de carácter no contributivo, que constituyen otra alternativa, suelen financiarse con los ingresos procedentes de la tributación general y suelen reportar un beneficio fijo. Estos sistemas pueden tener carácter universal (si cubren a toda la población) o específico (si sólo cubren a un grupo determinado, a saber, los pobres). El mecanismo para seleccionar ese grupo específico de beneficiarios puede basarse en una determinación de los medios de vida, es decir, el acceso a los beneficios puede depender de que los receptores cumplan ciertos criterios (por ejemplo, que sus ingresos se sitúen por debajo de un nivel determinado).

Las prestaciones de jubilación pueden financiarse sobre la base de pago sobre la marcha, según la cual las contribuciones abonadas al sistema por la generación actual de trabajadores se desembolsan para pagar los beneficios a los jubilados y no se produce ninguna acumulación de activos financieros. A la inversa, los beneficios pueden financiarse por anticipado, es decir, mediante recursos acumulados anteriormente, en un sistema plenamente capitalizado, en el que cada generación financia su propia pensión. En un sistema plenamente capitalizado, las reservas de pensiones deberían ascender al 100% del valor actual de todas las obligaciones por pensiones contraídas con los aportantes actuales.

Los sistemas con prestaciones definidas son sistemas de pensiones que garantizan la aplicación de una fórmula predefinida o prescrita que determina, por ejemplo, un determinado nivel de capacidad para desempeñar la función del salario. Los sistemas de contribuciones definidas prescriben una contribución periódica y los beneficios futuros dependen del nivel de contribuciones realizadas y de la rentabilidad que genere la inversión de dichas contribuciones. Los sistemas de pago sobre la marcha suelen operar sobre una base de prestaciones definidas. No obstante, recientemente algunos países han reformado sus sistemas de pago sobre la marcha y han introducido un enfoque de contribuciones definidas, según el cual las contribuciones actuales se utilizan para financiar las prestaciones actuales; así pues, estos sistemas conservan la característica del sistema de pago sobre la marcha. No obstante, en virtud de estos sistemas, al contrario de lo que ocurre con los tradicionales de pago sobre la marcha, las contribuciones se ingresan en una cuenta individual "hipotética" que genera una "rentabilidad hipotética" basada en una fórmula predeterminada; en otras palabras, los recursos en realidad no se ingresan a un depositario, lo que convierte este enfoque en un puro ejercicio de contabilidad. Dado que el capital hipotético acumulado y la rentabilidad totales determinarán más tarde la prestación de jubilación de la persona, estos enfoques pueden considerarse sistemas con contribuciones definidas.

oficiales o las transferencias de pensiones públicas tienen una amplia cobertura, las personas mayores probablemente se ven menos afectadas por la pobreza absoluta que el resto de la población¹. Esto ocurre tanto en países en desarrollo, como la Argentina, el Brasil, Chile y el Uruguay, como en economías desarrolladas. En los Estados Unidos de América, por ejemplo, la tasa de pobreza para la población total en 2004 era más alta (12,7%) que para las personas de 65 y más años (9,8%) (Administración de la Seguridad Social, 2006; Oficina de Censos de

¹ La pobreza absoluta indica que una persona o una familia es incapaz de costearse una cesta de bienes y servicios mínima.

los Estados Unidos, 2006). De hecho, la ampliación de la cobertura de las pensiones de vejez y el aumento de las prestaciones están entre los principales factores que han contribuido a la reducción de la pobreza entre las personas de edad en los Estados Unidos, del 35% en 1960 (Engelhardt y Gruber, 2004) a menos del 10% en la actualidad.

Las estimaciones sobre la pobreza entre las personas de edad de otros países desarrollados con una amplia cobertura de las pensiones suelen basarse en un concepto de pobreza relativa. Los estudios relacionados tienden a utilizar una definición del umbral de la pobreza basada en una proporción de los ingresos medios. Ser pobre, de acuerdo con el concepto de pobreza relativa, no implica necesariamente que una persona o una familia sea incapaz de costearse una cesta de bienes y servicios mínima. Antes bien, habida cuenta de que mide las posiciones de las personas con respecto a la media o la mediana de la distribución, en este contexto la pobreza relativa debería considerarse con mayor precisión como un indicador de desigualdad. A este respecto, los datos disponibles revelan que en algunos países desarrollados el porcentaje de personas de edad situadas en el nivel inferior de la distribución del ingreso es excesivo. En Dinamarca, por ejemplo, el 47% de las personas de 65 y más años pertenecían a los dos decilos inferiores de la distribución del ingreso en 1996, mientras que la cifra correspondiente era aproximadamente el 30% para Grecia, Portugal y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (Heinrich, 2000). La pobreza relativa parece ser más alta entre las personas mayores que entre el resto de la población en la mayoría de los países desarrollados que se muestran en el gráfico V.1a. En el caso de los Estados Unidos, por ejemplo, la pobreza relativa se mantuvo estable en los años ochenta y noventa, lo que pone de relieve que las personas de edad no participaron del aumento de los niveles de vida logrado por el resto de la población (Engelhardt y Gruber, 2004). Se observaron tendencias similares en Irlanda a finales de los años noventa, cuando los ingresos de las personas de edad no habían crecido al mismo ritmo que la media de ingresos (Förster y d'Ercole, 2005).

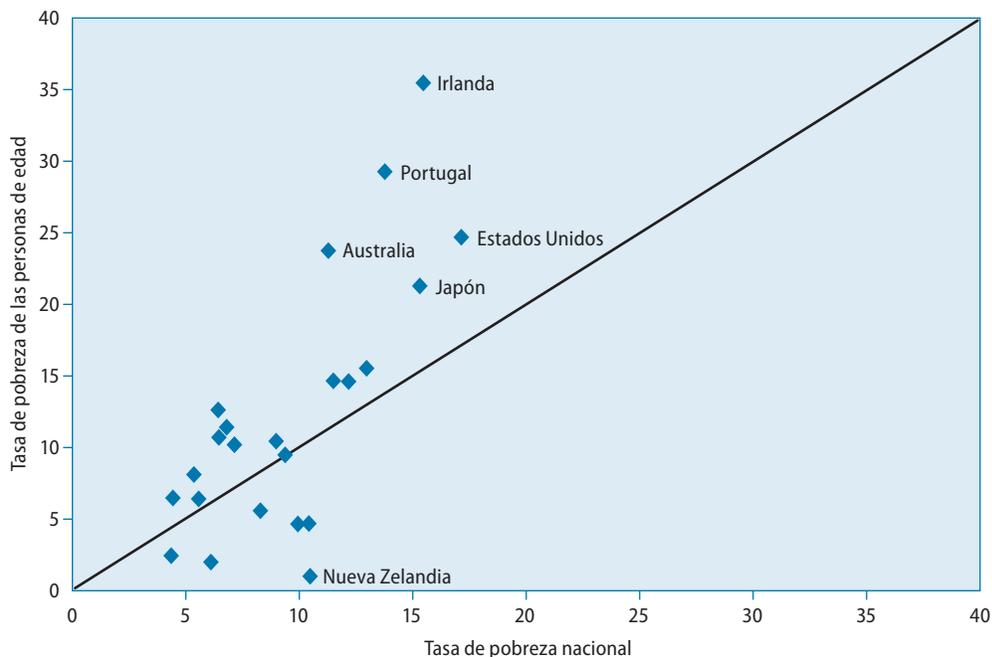
Para los países con o sin sistemas de pensiones limitados, la pobreza entre las personas de edad tiende a ser comparable con la media nacional (véase el gráfico V.1b), pero suele ser más alta que entre la población en edad de trabajar. Cuando no se tiene acceso a las pensiones de jubilación, existe un riesgo mayor de caer en la pobreza en las edades más avanzadas, debido frecuentemente a las escasas oportunidades de empleo y/o a la reducción de la capacidad laboral de las personas de edad. Los datos disponibles para América Latina demuestran que las personas de edad (de 60 y más años) no necesariamente tienen más probabilidades de estar desempleadas que otros grupos de edad de la fuerza de trabajo (Gasparini y otros, 2007). Antes bien, cuando están desempleadas, las personas mayores tienden a trabajar menos horas y a recibir salarios más bajos que los más jóvenes.

Un mayor nivel de educación suele dar acceso a empleos mejor remunerados. La incidencia del analfabetismo todavía es relativamente alta entre las personas de edad en los países en desarrollo. Como estas personas también han cursado menos años de escolarización, a la hora de seguir trabajando, tienen más probabilidades de tener un empleo poco cualificado. En el Brasil, por ejemplo, la incidencia de la pobreza entre las personas de 60 y más años y sin escolarización alguna era del 33% en 1997, mientras que la pobreza sólo afectaba al 6,5% de las personas de edad con ocho años de escolarización (Paes de Barros, Mendonça y Santos, 1999). El riesgo de caer en la pobreza en la vejez también puede estar relacionado con el número de miembros de la familia. Las personas de edad en América Latina tienden a vivir en hogares más pequeños y, por tanto, tienen menos posibilidades de beneficiarse de los bienes compartidos en el hogar, es decir, se benefician menos de las economías de escala en el consumo que las personas de hogares más grandes (Gasparini y otros, 2007).

La vulnerabilidad ante la pobreza también depende del nivel de educación, el acceso a empleos y el número de miembros de las familias

Gráfico V.1a

Índices de recuento de la pobreza nacional de las personas de edad, para una selección de economías desarrolladas, en torno a 2000

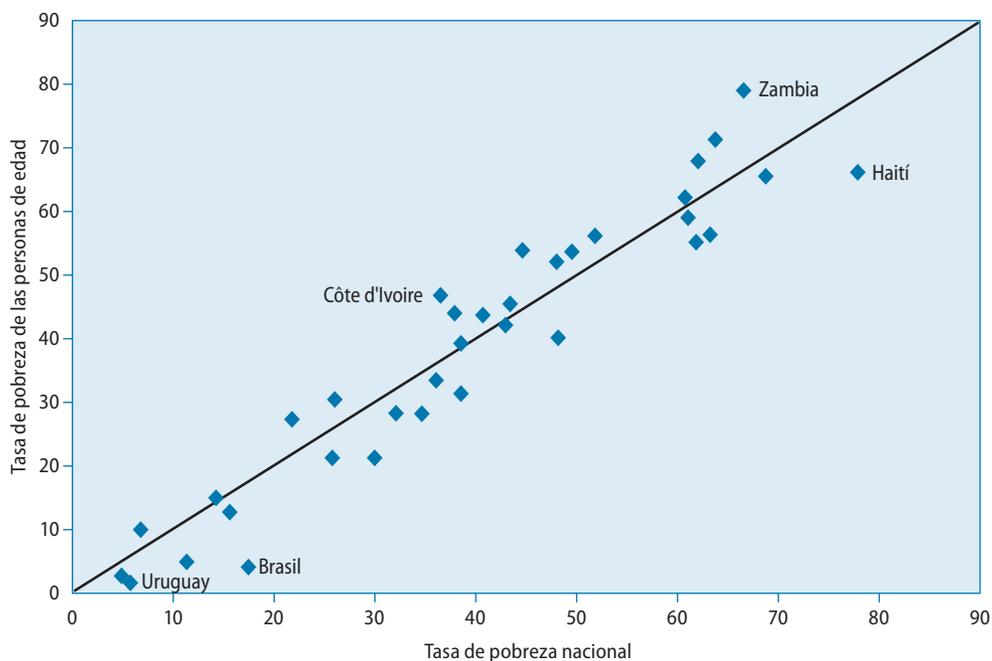


Fuente: Förster y d'Ercole (2005).

Nota: Personas de edad son las que tienen 65 y más años. Las tasas de pobreza se estiman sobre la base del 50% de la media de ingresos per cápita.

Gráfico V.1b

Índices de recuento de la pobreza nacional de las personas de edad, para una selección de economías en desarrollo, 1997-2005



Fuentes: Gasparini y otros (2007), y Kakwani y Subbarao (2005).

Nota: Pobreza de personas de edad se refiere a aquellos individuos de 60 y más años.

En cuanto a la incidencia de la pobreza, también existen grandes diferencias entre los beneficiarios y los no beneficiarios de los sistemas de pensiones. Por ejemplo, en el caso de los Estados Unidos, mientras que la tasa de pobreza entre los beneficiarios de pensiones era del 7,7% en 2004, la cifra correspondiente para los no beneficiarios era considerablemente más alta: se situaba en el 25,4% (Administración de la Seguridad Social, 2006). Asimismo, en otros contextos, la repercusión que las pensiones de vejez tienen en la reducción de la pobreza puede ser considerable. En ausencia de prestaciones de jubilación, y siendo iguales las demás circunstancias, la pobreza entre las personas de edad sería mucho más alta². En el cuadro V.1 se presentan datos para un grupo de países de América Latina. Destaca el caso del Brasil, donde el 85% de las personas de 60 y más años que viven en zonas rurales reciben pensiones. La incidencia de la pobreza en este grupo se sitúa en el 3,5% (el umbral de la pobreza es de 2 dólares de los EE.UU. de paridad de poder adquisitivo (PPA) al día) y se situaría en el 51% en ausencia de dichas prestaciones (Gasparini y otros, 2007).

Incluso cuando el nivel de prestaciones es menor que el valor monetario del umbral de la pobreza, las pensiones de jubilación pueden ayudar a reducir la intensidad de la pobreza y la vulnerabilidad económica de las familias fortaleciendo las estrategias de sustento e introduciendo otros mecanismos de apoyo que garanticen la seguridad de los ingresos. Por ejemplo, en el Brasil, una proporción considerable de beneficiarios de pensiones rurales afirmaron que utilizaban parte de sus pensiones para comprar semillas y herramientas de labranza para apoyar la producción agrícola (Delgado y Cardoso, 2000). Además, los ingresos procedentes de las pensiones suelen compartirse con otros miembros de la familia. En Namibia, por ejemplo, más del 70% de los ingresos procedentes de las pensiones se compartía entre los miembros de la familia y se gastaba en alimentos y en la educación de los nietos (Palacios y Sluchynsky, 2006). A este respecto, compartir la pensión puede contribuir a reducir el nivel total de pobreza. Naturalmente, el efecto de la pobreza dependerá del volumen de las prestaciones de jubilación y de la ausencia de otras fuentes de ingresos que compensen la pérdida de poder adquisitivo. Si las prestaciones de jubilación son demasiado pequeñas, compartirlas implicará unos mínimos aumentos positivos del ingreso per cápita para los miembros de la familia. No obstante, incluso en este caso, las pensiones pueden contribuir a la reducción de la pobreza si los beneficios se destinan a mejorar la situación educativa o nutricional de los miembros de la familia.

Las pensiones de vejez no necesariamente eliminan la pobreza y, de hecho, existen grandes diferencias entre el bienestar de unos pensionistas y el de otros. La incidencia de la pobreza tiende a ser más alta entre los pensionistas de mayor edad, habida cuenta de que las prestaciones de jubilación y un historial de contribución más largo favorecen a los más jóvenes. Las mujeres pensionistas, en general, tienden a ser más pobres que los hombres pensionistas, debido en parte al hecho de que no es frecuente que las mujeres de edad hayan participado en el mercado de trabajo ni que hayan adquirido una pensión por cuenta propia. Son más longevas que los hombres y suelen sobrevivir a sus maridos; por consiguiente, reciben las prestaciones de familiares supérstites, que son más reducidas que las pensiones de jubilación habituales. En el caso del Reino Unido, por ejemplo, la prestación de familiares supérstites equivale habitualmente al 50% de la pensión de la pareja, al tiempo que

Las mujeres de edad
tienden a ser más pobres
que los hombres de edad

² Los resultados se obtuvieron en un ejercicio hipotético en el que se calculaban las tasas de pobreza tras excluir las pensiones del total de ingresos de las familias. La hipótesis implícita (y sólida) de este ejercicio era que, en ausencia de un sistema de pensiones, los ingresos de las personas de edad se verían reducidos en una cantidad equivalente a las pensiones que recibían, aunque podría no ser el caso real. Sin pensiones, las personas de edad podrían recibir transferencias de sus familiares o de la comunidad, o bien podrían permanecer en el mercado de trabajo con el fin de compensar la pérdida de ingresos.

Cuadro V.1

Proporción de personas que perciben pensiones e índice de recuento de la pobreza y proporción de personas de 60 y más años, a escala nacional y por zonas urbanas y rurales, para una selección de países de América Latina, 2001-2005^a (porcentajes)

	Nacional			Zonas urbanas			Zonas rurales		
	Proporción que recibe pensiones	Incluidos los ingresos de pensiones	Excluidos los ingresos de pensiones	Proporción que recibe pensiones	Incluidos los ingresos de pensiones	Excluidos los ingresos de pensiones	Proporción que recibe pensiones	Incluidos los ingresos de pensiones	Excluidos los ingresos de pensiones
Argentina	56,4	4,5	39,5	56,4	4,5	39,5	..	..	..
Bolivia	11,1	42,1	50,4	19,4	19,4	30,9	2,7	67,7	72,3
Brasil	77,3	3,7	47,9	75,7	3,7	47,2	85,2	3,5	51,3
Chile	54,5	1,8	22,7	57,9	1,6	21,4	37,9	2,9	29,1
Ecuador	10,7	33,3	39,2	17,6	24,6	32,9	4,2	41,6	45,2
El Salvador	14,1	31,2	35,6	20,0	21,4	27,4	4,2	47,6	49,2
Guatemala	10,6	28,0	30,6	15,1	20,6	25,0	5,9	35,8	36,5
Haití	0,9	66,4	68,8	2,5	60,0	63,4	0,1	69,5	71,4
Honduras	5,4	39,2	41,3	9,7	22,2	25,3	1,7	60,8	61,6
Jamaica	14,0	54,0	60,6	17,3	56,4	65,2	11,9	52,0	56,8
México	20,1	27,1	40,4	25,4	20,4	35,4	7,3	44,0	53,0
Nicaragua	10,4	40,1	43,5	14,5	33,8	37,9	3,8	50,3	52,5
Panamá	38,7	12,4	38,8	52,0	4,8	32,2	18,5	23,9	48,8
Paraguay	12,2	21,0	27,2	17,7	14,5	23,2	5,0	29,6	32,4
República Dominicana	11,2	14,7	17,1	13,9	12,4	15,3	7,0	18,1	19,8
Uruguay	77,9	0,8	20,2	77,9	0,8	20,2	..	..	..
Venezuela (República Bolivariana de)	17,1	28,1	41,1	17,1	28,1	41,1	..	..	..

Fuente: Gasparini y otros (2007).

Nota: El umbral de la pobreza se sitúa en 2 dólares de los EE.UU. de paridad de poder adquisitivo (PPA) al día.

a Resultados de un ejercicio de simulación.

los ingresos procedentes de otras prestaciones del Estado también disminuyen tras la viudez (Whitehouse, 2000). Además, como se ha mencionado anteriormente, el modo en que están organizadas las familias puede tener un efecto agravante sobre la pobreza; por ejemplo, las personas de edad que viven solas no podrán beneficiarse tanto de las economías de escala en el consumo como aquellas que viven en familias ampliadas. En consecuencia, suele observarse un aumento de la incidencia de la pobreza tanto entre los hombres como las mujeres pensionistas que viven solos; asimismo, las mujeres de edad tienen más probabilidades de ser pobres que los hombres de edad, ya que con mayor frecuencia son ellas las que viven solas en la vejez (véanse el cuadro V.2 y el capítulo III).

El aumento de la participación femenina en la fuerza de trabajo puede reducir el riesgo que corren las mujeres de caer en la pobreza en la vejez durante los próximos decenios. No obstante, mientras las mujeres sigan teniendo una vida activa más corta que los hombres y continúen percibiendo sueldos más bajos, el nivel de prestaciones de jubilación probablemente será más bajo y proporcionará una seguridad de los ingresos insuficiente para las personas de edad. Además, si las prestaciones de jubilación tienen su origen en sistemas plenamente capitalizados y se determinan sobre una base de contribuciones definidas (véase el recuadro V.1 para las definiciones), los ingresos anuales procedentes de las pensiones serán más bajos

Cuadro V.2
Incidencia de la pobreza entre las personas de 65 y más años y entre las personas de 65 y más años que viven solas, por sexo, para una selección de países desarrollados, 1996 (porcentajes)

	Hombres	Mujeres	Mujeres que viven solas	Hombres que viven solas
Alemania	6,9	11,5	12,8	7,8
Austria	9,2	12,6	17,9	12,0
Bélgica	11,5	15,1	20,2	6,2
Dinamarca	9,8	10,8	12,4	11,9
España	4,1	5,4	3,6	3,7
Francia	8,3	10,8	12,9	11,4
Grecia	23,9	26,6	30,4	24,1
Italia	7,4	9,6	11,5	7,5
Países Bajos	4,0	4,3	5,6	4,6
Reino Unido	11,7	18,1	25,6	16,9

Fuente: Heinrich (2000).

Nota: La tasa de pobreza está establecida en el 50% de la mediana de los ingresos per cápita.

que para los hombres debido a la mayor longevidad de las mujeres. En definitiva, la incidencia de la pobreza tiende a ser más alta entre las mujeres de edad, y todavía más entre aquellas que viven solas.

Esto no significa que las personas de edad que viven con una pareja o en una familia compuesta por varias generaciones sean necesariamente menos vulnerables ante la pobreza. Otros factores pueden entrar en juego. La convivencia con otros miembros de la familia revela escasa o ninguna información acerca de cómo se generan los ingresos y de cómo se asigna el consumo en el seno de la familia. En algunos casos, las familias grandes pueden ser un síntoma de la propia pobreza, más que una fuente de apoyo y de solidaridad intergeneracional (Lloyd-Sherlock, 2006).

El riesgo de caer en la pobreza y la vulnerabilidad ante ella varían a escala individual y nacional, según las diferencias existentes no sólo en la disponibilidad y la adecuación de las pensiones de jubilación sino también en las modalidades y la dinámica de los mecanismos de seguros sociales tradicionales y en las estrategias de las familias. No obstante, se observó que la pobreza era más alta que la media nacional en los hogares subsaharianos cuyo jefe de familia era una persona de edad, ya viviera sola, con sus hijos adultos o en compañía de sus nietos³. Un estudio de 15 países del África al sur del Sáhara reveló que la incidencia de la pobreza era considerablemente más alta en ocho países entre las familias en las que las personas mayores vivían con niños, normalmente sus nietos (Kakwani y Subbarao, 2005). De hecho, se ha demostrado que, “entre las personas de edad que no viven solas, aquellas que viven con nietos pero no con hijos suelen presentar los índices más bajos de bienestar material” (Naciones Unidas, 2005b, cap. V, pág. 109).

En estas modalidades de convivencia, a menudo conocidas como “hogares que omiten una generación”, los hijos adultos han desaparecido a causa de la mortalidad producida por el VIH/SIDA y las personas de edad son los únicos sostenes de la familia y las únicas personas encargadas del cuidado de los niños. Más del 60% de los niños huérfanos de Sudáfrica y Zimbabwé, y el 50% de los de Botswana, Malawi y la República Unida de Tanzania, viven con sus

El SIDA contribuye al aumento de la vulnerabilidad ante la pobreza en la vejez

³ No obstante, existen excepciones: en Madagascar, Mozambique y Nigeria, se encontraron niños que estaban en una situación mucho peor que la de los ancianos (Kakwani y Subbarao, 2005, pág. 2).

abuelos. En Namibia, la proporción de huérfanos que viven con sus abuelos aumentó del 44% en 1992 al 61% en 2000. Este fenómeno no se limita a África: en Tailandia, la mitad de los huérfanos viven con sus abuelos (Zimmer y Dayton, 2003). Debido a la limitada protección de los mecanismos de seguridad social oficial y a la repercusión desastrosa en comunidades enteras, estas personas de edad siguen trabajando, ya que cargan con la responsabilidad de cuidar a sus nietos huérfanos.

Fuentes de apoyo económico e ingresos para las personas de edad

Las estrategias de ingresos de las personas de edad varían enormemente entre países y regiones, pero probablemente son más complejas y diversas en los países en desarrollo que en las economías desarrolladas. En dichas economías, que cuentan con sistemas de pensiones sólidos y de amplia cobertura y con mercados de capitales profundos, la fuente principal de ingresos y de protección se desplaza del empleo a los ingresos procedentes de las pensiones en el momento en que la persona alcanza una edad de jubilación determinada.

En los países en desarrollo, pocas personas tienen acceso a las prestaciones de jubilación y la mayoría tiene que depender de otras fuentes de ingresos que a menudo son inseguras. Los que hayan sido pobres durante sus mejores años de trabajo seguirán siéndolo, o incluso lo serán aún más, durante su vejez. Los que se encontraban por encima del umbral de la pobreza pero no han podido acumular ahorro para financiar el consumo durante la vejez también corren el riesgo de caer en la pobreza a medida que envejecen. Los mecanismos de apoyo no oficiales, como la familia y la comunidad, no suelen proporcionar una fuente de ingresos estable y fiable, y tan sólo pueden ofrecer unos seguros limitados. Al operar en pequeña escala, no pueden poner en común los riesgos con el fin de prestar una mayor protección contra las crisis que afecten a los ingresos y de garantizar un cierto nivel de prestaciones, como hacen los sistemas de seguros que proporciona el Estado.

Durante la vejez, las personas tienden a depender de cuatro fuentes de ingresos principales: *a)* transferencias privadas procedentes de la familia y de redes sociales; *b)* transferencias públicas procedentes de pensiones y de otros programas de transferencia de efectivo; *c)* ingresos en concepto de salarios, y *d)* activos financieros y de otro tipo, incluidas las pensiones privadas.

Los datos disponibles ponen de manifiesto que la composición de las diversas fuentes de ingresos es específica para cada contexto. La importancia de las transferencias privadas tiende a disminuir a medida que aumenta el nivel medio de ingresos, como parece ser el caso, por ejemplo, del Japón, la República de Corea y la Provincia china de Taiwán (véase el cuadro V.3). Esta tendencia puede indicar que cuanto más alto es el nivel de los ingresos medios de la población menor es la importancia de las transferencias privadas como fuente de ingresos durante la vejez.

La importancia relativa de las diversas fuentes de ingresos también tiende a variar en función de la edad y el género del jefe de familia. En el caso de los Estados Unidos en 2004, por ejemplo, las personas con edades comprendidas entre 65 y 69 años obtenían la mayor parte de sus ingresos de su trabajo (aproximadamente el 32%) que aquellos con edades comprendidas entre 75 y 79 años (14%). Mientras tanto, las pensiones financiadas con fondos públicos son una fuente de ingresos relativamente más importante para las mujeres de edad (el 51% de los ingresos anuales) que para los hombres de edad (35%) (Instituto de Investigación sobre Beneficios del Empleado (EBRI), 2006).

Las estrategias de sustento de las personas de edad varían entre países

La limitada cobertura de las pensiones implica un aumento de la inseguridad económica en los países en desarrollo

Cuadro V.3
Principales fuentes de ingresos durante la vejez como proporción de los ingresos totales, para una selección de países y en la Provincia china de Taiwán, para una selección de años (porcentajes)

	Año	Ingresos en concepto de salarios	Transferencias privadas	Transferencias públicas	Activos y otros
Estados Unidos	2000	15,2	7,2	36,8	40,9
Japón	1981	31,3	15,6	39,9	10,5
	1988	24,5	9,0	56,4	9,7
	1999	19,0	2,6	65,0	13,4
Provincia china de Taiwán	1986	29,8	67,8	1,2	1,2
	1993	42,8	53,2	1,6	2,4
República de Corea	1981	16,2	72,4	2,0	8,7
	1994	37,6	44,3	3,5	10,6
Tailandia	2002	39,3	35,4	7,3	18,0

Fuentes: Barrientos (2007); Lee y Mason (2007); Fondo de Población de las Naciones Unidas (2006).

Los ingresos en concepto de salarios constituyen una de las principales fuentes de ingresos durante la vejez en los países en desarrollo

Los ingresos en concepto de salarios durante la vejez tienen una mayor importancia en los países en desarrollo que en los países desarrollados. Las cuestiones relacionadas con el acceso a los mercados de trabajo y la preparación para obtener empleo de las personas de edad se han abordado en el capítulo IV y no volverán a tratarse aquí. No obstante, en los contextos de pobreza generalizada, la participación constante en el mercado de trabajo agravará con toda probabilidad la situación de pobreza durante la vejez, ya que la productividad laboral puede disminuir a medida que aumenta la edad. Esto no quiere decir que las personas de edad no deberían intentar permanecer en los mercados de trabajo si así lo desean. No obstante, es muy poco probable que las personas cuyos ingresos en concepto de salarios no bastaron para situarlas por encima del umbral de la pobreza durante su edad laboral logren aumentar sus ingresos procedentes del trabajo a medida que envejecen. En estas circunstancias, la participación continua en los mercados de trabajo no será suficiente para garantizar una vejez sin pobreza.

En los países desarrollados, los sistemas de pensiones contributivas constituyen el instrumento principal para garantizar la seguridad de los ingresos durante la vejez y proporcionar transferencias de ingresos regulares y fiables en la vejez (Diamond, 1996). Los activos financieros y de otro tipo acumulados durante la vida activa de las personas representan fuentes de ingresos relativamente más importantes en los países desarrollados que en los países en desarrollo. Los países desarrollados tienen mercados de capitales más profundos, lo que proporciona una amplia variedad de instrumentos financieros para el ahorro, mientras que el aumento de los ingresos medios ofrece más posibilidades de ahorrar durante la vida activa.

Los activos desempeñan un papel más importante como fuente de ingresos durante la vejez en los países desarrollados

Estas condiciones son más limitadas en los países en desarrollo. La acumulación de activos forma parte de las estrategias de ingresos utilizadas por las personas en los países en desarrollo, incluidos los pobres. No obstante, los activos suelen emplearse para facilitar el consumo, como protección contra circunstancias adversas, como malas cosechas, en lugar de proporcionar una seguridad de los ingresos durante la vejez. Incluso cuando los activos se acumulan para facilitar recursos durante la vejez, pueden resultar una fuente insegura de recursos en muchos contextos de países en desarrollo. La rentabilidad y el valor de los activos pueden ser muy inestables. Por ejemplo, en las sociedades rurales, mientras que el ganado puede representar un activo importante, éste, como cualquier otro tipo de animales, puede

morir durante un período de sequía, o bien el producto de la venta puede ser inferior al previsto en la medida en que otras personas (afectadas por la misma crisis) también intenten vender su ganado (Dercon, 1998). Las crisis financieras que afectan a muchas economías de mercado emergentes a veces han causado una erosión del valor de los activos financieros que poseen las familias, incluido el ahorro de las personas de edad.

Las transferencias privadas constituyen una importante fuente de ingresos durante la vejez en gran parte del mundo en desarrollo. Estas corrientes de recursos pueden adoptar la forma de apoyo monetario, transferencia de activos o apoyo en especie en forma de alimentos, ropa, alojamiento y tiempo dedicado a los cuidados. En general, los hijos son los mayores proveedores de transferencias privadas para las personas de edad. También pueden colaborar otros familiares o amigos, pero los que se encargan normalmente suelen ser miembros de la familia ampliada (Hermalin, 2002). Las probabilidades de recibir apoyo familiar son más altas cuando las personas de edad viven con sus hijos y otros familiares que cuando viven solas. La convivencia con otros miembros de la familia influye más en la posibilidad de que las personas mayores reciban transferencias privadas que el hecho de que estas personas tengan hijos que todavía estén vivos (Naciones Unidas, 2005b).

Las transferencias privadas también pueden resultar fuentes de ingresos poco fiables. En primer lugar, la dependencia de las redes familiares puede no ser una garantía de protección de las personas de edad frente a la pobreza, en particular en situaciones en las que estas mismas redes son vulnerables a las crisis económicas. En segundo lugar, en la mayoría de los contextos, estas transferencias son voluntarias y se basan en arreglos no oficiales susceptibles de cambio. Tan sólo en unos pocos países figura oficialmente, en la constitución o en otra legislación, la obligación que tiene la familia de proporcionar apoyo a los padres mayores (Bongaarts y Zimmer, 2001). Dicha legislación existe en China y Singapur, por ejemplo. En el caso de Singapur, se han adoptado políticas en virtud de las cuales la familia tiene primacía como principal fuente de ingresos y de cuidado para las personas de edad; asimismo, la ley contempla el apoyo económico prestado a los padres mayores por parte de los hijos (Chan y otros, 2003).

La importancia de las transferencias privadas a la hora de garantizar la seguridad de los ingresos en la vejez probablemente está en declive en muchos contextos debido a la reducción del número de miembros de la familia, el aumento del número de personas de edad que viven solas y los cambios de actitud con respecto al cuidado de las personas de edad (como se ha explicado en el capítulo III), aunque no existen pruebas empíricas y sistemáticas a este respecto. Por tanto, la posibilidad de eliminar la pobreza en la vejez en los países en desarrollo dependerá en gran medida de que se pueda ampliar la cobertura y garantizar la adecuación del nivel de prestaciones de los sistemas oficiales de pensiones.

Sistemas oficiales de pensiones: garantizar la seguridad de los ingresos en la vejez

La incapacidad de los mecanismos no oficiales para proporcionar una seguridad de los ingresos adecuada y lo bastante fiable en la vejez resalta la necesidad de encontrar formas que permitan mejorar y ampliar los mecanismos oficiales con el fin de garantizar el apoyo económico a todas las personas de edad. De una forma u otra, ya existen mecanismos oficiales en la mayoría de los países. Los sistemas de pensiones ocupacionales o relacionados con los empleadores tienen una larga historia: el primer sistema de gestión pública y de base amplia se

Las transferencias privadas son importantes, pero a veces no son fuentes de ingresos fiables

Se necesita un enfoque oficial para garantizar la seguridad económica en la vejez

introdujo hace algo más de un siglo en Alemania bajo el mandato del primer canciller, Otto von Bismark (véase el recuadro V.2).

Los sistemas de pensiones públicas también constituyen un instrumento importante para efectuar una redistribución de los ingresos entre las cohortes, en particular entre los grupos con ingresos más bajos, a fin de reducir la pobreza entre aquellos que anteriormente tenían ocupaciones mal remuneradas y, por tanto, no fueron capaces de acumular riqueza. No obstante, el grado en que los sistemas oficiales proporcionan seguridad de los ingresos a las personas de edad varía de forma considerable. Existen grandes disparidades en lo referente a cobertura, adecuación de las prestaciones y costo de las contribuciones de los sistemas de pensiones de vejez, no sólo entre países sino también dentro de éstos.

Los datos comparativos entre países indican que la proporción de fuerza de trabajo que contribuye a un sistema oficial de pensiones aumenta con los ingresos per cápita. Por otra parte, como se muestra en el gráfico V.2, algunos países, incluidos Armenia, Belarús, Georgia, Kirguistán y Ucrania, tienen una cobertura de pensiones más alta de lo que cabría esperar dados sus niveles de producto interno bruto (PIB) per cápita. La importancia de las

La cobertura de las pensiones de la fuerza de trabajo aumenta con el nivel de ingresos

Recuadro V.2

Una breve historia de la seguridad de los ingresos en la vejez

A Alemania se le reconoce el mérito de haber sido el primer país industrializado de Occidente que adoptó (en 1889) un mecanismo oficial para establecer un programa de pensiones públicas para la vejez y los discapacitados; en este caso, se trataba de un sistema de pensiones de carácter contributivo en el que los trabajadores, al alcanzar la edad de jubilación de 70 años, tendrían derecho a percibir una pensión regular. El pago de la pensión estaba financiado por las contribuciones de las personas que en aquel momento estaban trabajando. Por eso, a este sistema se le dio el nombre de pago sobre la marcha.

El sistema de pensiones de Alemania ha servido de modelo para muchos sistemas de pensiones en todo el mundo y, a lo largo del siglo XX, la mayoría de las economías desarrolladas también introdujeron programas de pensiones públicas de un modo u otro. Entre éstas, se encuentran (por nombrar algunas) el Reino Unido, cuya Ley Nacional de Seguros, aprobada en 1911, exige entre otras cosas el seguro de vejez, siguiendo las recomendaciones presentadas por Sir William Beveridge en 1942, tras la Segunda Guerra Mundial; Francia, que hizo obligatorios los planes de seguro para las personas de edad y los enfermos en 1928; los Estados Unidos, cuya Ley de Seguridad Social entró en vigor en 1935, y Chile, que estableció su sistema de seguridad social en 1926.

La seguridad social se reconoció como derecho en la Declaración relativa a los objetivos y propósitos de la Organización Internacional del Trabajo, adoptada en Filadelfia (Pensilvania) el día 10 de mayo de 1944; asimismo, forma parte integrante de la aplicación de la Declaración Universal de Derechos Humanos (10 de diciembre de 1948)^a, que afirma que “toda persona [...] tiene derecho a la seguridad social, y a obtener [...] la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad” (artículo 22) y que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial [...] los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (artículo 25).

Garantizar estos derechos, reafirmados en numerosas ocasiones desde su reconocimiento y de una relevancia intrínseca para las disposiciones de muchos convenios y recomendaciones, puede plantear un problema a las sociedades en proceso de envejecimiento; no obstante, éstas deberían reconocer que tienen la obligación de abordar ese problema.

^a Resolución 217 A (III) de la Asamblea General.

pensiones sociales en estos países pone de relieve que el compromiso con la universalidad es una cuestión primordial.

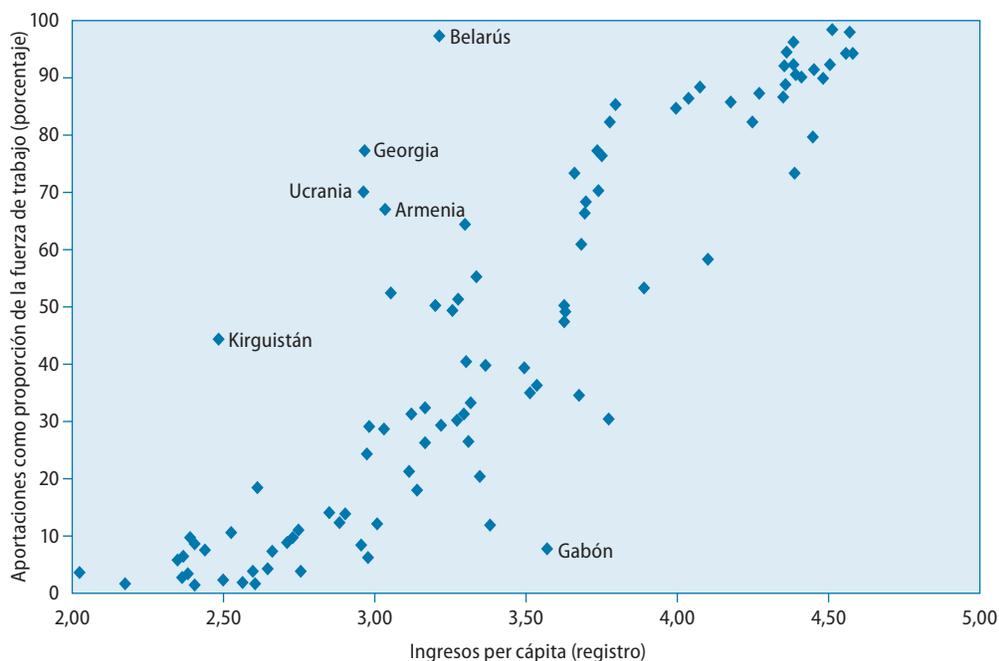
La reducción de la cobertura en muchos países en desarrollo se debe en parte a la forma en que se generan y se recaudan las contribuciones. Tan sólo unos pocos países financian el establecimiento de reservas para las pensiones públicas a través de la tributación general (en otras palabras, sólo unos pocos tienen sistemas de pensiones de carácter no contributivo). Con mayor frecuencia, los sistemas de pensiones públicas se financian a través de contribuciones impuestas a los ingresos derivados de los salarios (sistemas de carácter contributivo). En estos casos, las condiciones exigidas para percibir las prestaciones de jubilación dependen de la participación previa. Así pues, el enfoque de carácter contributivo excluye habitualmente a los trabajadores autónomos y a otros trabajadores del sector no estructurado, para quienes la participación, en el mejor de los casos, sólo es posible por voluntad propia. No obstante, existen varios países que han logrado introducir sistemas de pensiones de vejez para algunos segmentos de trabajadores del sector no estructurado y que se plantean ampliar aún más esta cobertura. Éste es el caso de la India (véase el recuadro V.3).

Dadas las relaciones que se observan en el gráfico V.2, cabría esperar que, gracias al crecimiento económico y la industrialización, la cobertura de las pensiones también aumentara en los países en desarrollo. No obstante, éste no parece ser el caso, ni siquiera en los países en desarrollo más avanzados.

En muchos contextos, la liberalización de los mercados de trabajo, que tuvo lugar durante los años ochenta y noventa, ha limitado la expansión del empleo remunerado en el sector estructurado y ha convertido al sector no estructurado en el empleador principal (Gill, Packard y Yermo, 2004; Rofman, 2005). La cobertura de las pensiones en América Latina, por ejemplo, no ha mejorado en los últimos 15 años, ya que la mayor parte del incremento

Gráfico V.2

Aportantes a los sistemas de pensiones públicas como proporción de la fuerza de trabajo, por ingresos per cápita^a



Fuentes: Palacios y Pallarès-Miralles (2000), y Banco Mundial (2005).

^a Última observación entre 1988 y 1998.

Recuadro V.3

La ampliación de la seguridad social en la India

Se espera que la proporción de la población de la India de más de 65 años, que representaba el 5% en 2005, se triplique hasta el 15% en 2050. La garantía de la seguridad de los ingresos a través de arreglos tradicionales basados en los salarios está limitada por la fragmentación de la fuerza de trabajo. Aproximadamente el 92% de la fuerza de trabajo (más de 362 millones de personas) no dispone de ninguna protección que garantice la seguridad de sus ingresos, ya que sus empleos se encuadran en sectores no oficiales. De estos trabajadores, 337 millones trabajan en el sector no estructurado y 26 millones en el sector empresarial estructurado, aunque de pequeña escala (en el que se incluyen todas las empresas sin personalidad jurídica propia que emplean a menos de 10 personas). En total, 235 millones de personas están empleadas en el sector agrícola.

La India ha emprendido varias reformas de las pensiones en los últimos años. No obstante, éstas se han limitado en gran parte a los sistemas de pensiones del sector estructurado y público. Un ejemplo es el nuevo sistema de pensiones, que conlleva la introducción de un sistema de contribuciones definidas para los funcionarios nuevos de las administraciones públicas a partir de 2004. En el sector privado estructurado, se han puesto en funcionamiento un "fondo de previsión del empleado" y un "plan de pensiones del empleado", como parte de la Organización del Fondo de Previsión del Empleado. Estos sistemas son obligatorios para los trabajadores de 177 industrias definidas que ganan menos de 6.500 rupias (156 dólares de los EE.UU.) al mes en establecimientos con más de 20 trabajadores. Dichos sistemas sólo cubrirían a aproximadamente 15 millones de trabajadores en 2004 (Shah, 2005).

La garantía de la seguridad de los ingresos en la vejez a la amplia mayoría de los trabajadores del sector no estructurado es limitada y fragmentada. El Gobierno central y los gobiernos de los estados han puesto en marcha numerosos programas. Un ejemplo es el Programa Nacional de Asistencia Social, implantado en 1995. Éste proporciona a los pobres e indigentes mayores de 65 años que no disponen de una fuente de ingresos ni del apoyo de los miembros de su familia una pensión de vejez de 200 rupias (5 dólares de los EE.UU.) (aproximadamente la mitad del umbral de la pobreza) a través del sistema nacional de pensiones de vejez.

A pesar de la introducción de iniciativas similares, sólo el 6% del sector no estructurado (21 millones) tenía acceso en 2000 a prestaciones de seguridad social —en gran medida, asistencia social— proporcionadas por los sistemas del Gobierno central y de los gobiernos de los estados: aproximadamente 5 millones de personas estaban cubiertas por sistemas del Gobierno central, 10 millones por sistemas de los gobierno estatales y 6 millones por el sistema nacional de pensiones de vejez. Además del Gobierno central y de los gobiernos de los estados, hay organizaciones no gubernamentales involucradas en la prestación de seguridad social. Según las estimaciones, los programas patrocinados por organizaciones no gubernamentales alcanzan a 5 millones de trabajadores del sector no estructurado y proporcionan seguro médico y de vida, dejando relativamente al margen la prestación de pensiones de vejez (National Commission for Enterprises in the Unorganized Sector, 2006).

Se han presentado varias propuestas con el objetivo de proporcionar seguridad social a los trabajadores del sector no estructurado. En 2001, la Comisión nacional de trabajo rural recomendó, entre otras cosas, que se proporcionaran prestaciones de jubilación a los trabajadores de bajos ingresos basadas en la determinación de sus medios de vida. En 2003, la Comisión nacional de trabajo realizó varias recomendaciones, incluido un paquete de prestaciones de seguro de fallecimiento e invalidez, seguro médico, cobertura de maternidad y prestaciones de vejez.

Recientemente, la comisión nacional para las empresas del sector no estructurado (National Commission for Enterprises in the Unorganized Sector) presentó una amplia propuesta para ampliar la cobertura a los trabajadores de este sector. El proyecto de ley sobre seguridad social para los trabajadores del sector no estructurado contempla un amplio paquete que proporcione a los trabajadores del sector una seguridad social mínima nacional, que incluya las prestaciones universales de seguro de vida y médico, así como seguridad de los ingre-

sos en la vejez (en forma de pensiones de carácter no contributivo o sociales de vejez para los trabajadores pobres y un fondo de previsión para todos los demás). Aunque el sistema excluye a los trabajadores y agricultores que perciben ingresos superiores a 6.500 rupias al mes, cubriría a unos 300 millones de trabajadores (83%) del sector no estructurado y también proporcionaría cobertura (a través del componente de seguro médico y de maternidad) a un máximo de cuatro miembros de familia dependientes por aportante (Sengupta, 2007).

Cabe señalar que, aunque la propuesta contempla la existencia de un fondo de previsión que garantiza una tasa de rentabilidad del 10% para los trabajadores aportantes, también establece una pensión de vejez universal para los trabajadores de 60 y más años que se encuentren por debajo del umbral de la pobreza, con una prestación igual a la del sistema nacional de pensiones de vejez. El sistema prevé una financiación procedente de las contribuciones diarias de los trabajadores, los empleadores y el Gobierno de 1 rupia (0,025 dólares de los EE.UU.) cada una para cada participante. Cuando no exista empleador, como ocurre en el caso de la mayoría de los trabajadores del sector no estructurado, el Gobierno aportaría la contribución correspondiente al empleador. El total de contribuciones de 1.095 rupias (26 dólares de los EE.UU.) al año han de dividirse para cubrir el seguro de enfermedad y maternidad (380 rupias), el seguro de vida (150 rupias) y el seguro de vejez (565 rupias) (National Commission for Enterprises in the Unorganized Sector, 2006, pág. 96). Las prestaciones proporcionadas incluirán, por ejemplo, la cobertura de los costos hospitalarios hasta 15.000 rupias al año para los trabajadores y sus familias, subsidios por enfermedad para la hospitalización que supere los tres días, un seguro de vida de 15.000 rupias (360 dólares de los EE.UU.) por beneficiario y prestaciones de maternidad de hasta 1.000 rupias (24 dólares de los EE.UU.).

La Comisión ha explicado con cierto detalle cómo se espera que funcione el sistema (incluidos los procedimientos de registro, los mecanismos para el cobro de las primas y la distribución de las prestaciones) y también ha indicado con claridad que dicho sistema nacional es realmente asequible. Tras cinco años de funcionamiento, los 300 millones de trabajadores del sector no estructurado estarían cubiertos y los costos totales alcanzarían el 0,48% del PIB al año. El Gobierno central asumiría el costo de las prestaciones de jubilación para aquellas personas que se encuentren por debajo del umbral de la pobreza. Todos los demás costos se compartirían con los distintos estados, que sufragarían un 25% de los costos.

Entre los problemas ligados a la aplicación de un sistema tan amplio está el de garantizar que las personas sigan contribuyendo y que los empleadores no eludan su obligación de contribuir. Vigilar que se cumplan las condiciones exigidas para tener derecho a los beneficios puede ser otro problema en la práctica. No obstante, con una voluntad política suficiente, se pueden superar estos obstáculos y, sin duda, la aparición de un sistema de estas características contribuirá notablemente a proporcionar una mayor seguridad de los ingresos en la vejez para los trabajadores del sector no estructurado.

del empleo se ha debido a la creación de puestos de trabajo en el sector no estructurado y las reformas del sistema de pensiones no han logrado aumentar la cobertura (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2006; véase también el análisis de las reformas de las pensiones que figura más adelante).

Incluso en los países en los que la cobertura es amplia, la seguridad de los ingresos en la vejez puede estar en juego, ya que cada vez se pone más en duda la sostenibilidad de los sistemas de pensiones actuales. Los países con escasos resultados en los ámbitos del crecimiento y el empleo durante períodos de tiempo más largos se ven sometidos a una presión mayor en cuanto a la viabilidad financiera de sus sistemas de pensiones. La elevada prevalencia de las prácticas de jubilación anticipada y los costos crecientes de las prestaciones asociadas al bienestar pueden menoscabar aún más la sostenibilidad de los sistemas de pensiones. En algunos casos, los problemas se han visto agravados por la mala gestión, las decisiones de inversión poco acertadas y la mala gobernanza de los propios sistemas de

Cada vez se pone más en duda la sostenibilidad de los sistemas de pensiones actuales ...

... pues el envejecimiento de la población puede propiciar un aumento de los costos y una disminución de los ingresos

pensiones, que han llevado a la quiebra de éstos y a una disminución drástica de las prestaciones para los pensionistas⁴.

Se estima que, con el envejecimiento de la población, muchos de los sistemas de pensiones actuales —no sólo los planes privados (es decir, proporcionados por el empleador), sino también los sistemas públicos de numerosos países en desarrollo y desarrollados— resultarán demasiado costosos con el tiempo. En las economías desarrolladas, existe una percepción general de que los sistemas de pensiones se han vuelto insostenibles, teniendo en cuenta que el gasto público en prestaciones de jubilación ya superó en 2003 el 10% del PIB en países como Alemania, Austria, Francia, Grecia, Italia, Polonia y Suecia (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2007). Se prevé que el costo de los sistemas de pensiones públicas aumente hasta el 20% del PIB en países como Chipre, Eslovenia y Portugal durante la primera mitad del siglo actual debido al envejecimiento de la población (Comisión Europea, 2006).

El efecto previsto del envejecimiento de la población en la sostenibilidad financiera de los sistemas de pensiones actuales intensifica la necesidad imperiosa de una reforma. Los sistemas de pensiones de pago sobre la marcha se consideran particularmente vulnerables, ya que un número decreciente de trabajadores tendría que mantener a un número creciente de pensionistas. Además, en algunos países, la repercusión de la epidemia del VIH/SIDA agrava la presión que el envejecimiento natural de la población ejerce sobre los sistemas de pago sobre la marcha, afectando de manera desproporcionada a aquellas personas en edad de trabajar y, por ende, erosionando la base contributiva de los sistemas de pensiones.

Por consiguiente, tanto en las regiones y los países desarrollados como en los que están en desarrollo, resulta pertinente considerar el diseño y la reforma de los sistemas de pensiones, incluida la ampliación de la cobertura, ya que los sistemas han de ser fáciles de obtener, accesibles, sostenibles económicamente y asequibles desde el punto de vista financiero. Al mismo tiempo, han de proporcionar prestaciones significativas para todos a fin de propiciar una seguridad económica y una vejez sin pobreza.

Mantener y ampliar los sistemas de pensiones

La manera en que deberían proporcionarse las pensiones es una cuestión muy debatida. La economía de los sistemas de pensiones es demasiado compleja y específica para cada contexto, por lo que no se puede aplicar un marco único. Los sistemas de pensiones también reflejan las preferencias de la sociedad en cuanto a la redistribución de recursos entre generaciones y dentro de ellas. Y lo que es más importante, los sistemas de pensiones también indican quién debería participar. Tal y como se ha explicado anteriormente, cualquier sistema de pensiones debería construirse a partir del concepto de seguridad de los ingresos para todos.

Las personas que tienen capacidad para participar en la financiación de sus futuras prestaciones de jubilación deberían hacerlo, no sólo con el objetivo de garantizar la igualdad, sino también para cumplir con sus deberes y obligaciones como ciudadanos de un país determinado (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2000). Así pues, a la hora de abordar la cuestión de los sistemas de pensiones, puede resultar útil considerar que éstos se componen de varios niveles o “pilares”, como señalan en varios estudios el Banco

Se necesita un enfoque amplio para el diseño y las reformas de los sistemas de pensiones

⁴ Por ejemplo, en los Estados Unidos más de 23 planes de pensiones de empresas que excedían los 100 millones de dólares han incurrido en impagos debido a la mala gobernanza. El mayor impago tuvo lugar en 2005, cuando United Airlines dejó sin financiación suficiente un plan de pensiones de aproximadamente 9.800 millones de dólares, situación de la que se tuvo que hacer cargo la Pension Benefit Guaranty Corporation.

Mundial (1994) y Holzmann y Hinz (2005), y como se demuestra en la práctica adoptada por numerosos países. Los diferentes niveles del sistema deberían adaptarse a las condiciones y preferencias sociales específicas de cada país. Por ejemplo, en los países en los que predominan los mercados de trabajo estructurados, podría bastar para proporcionar seguridad de los ingresos en la vejez un único pilar público básico cuya financiación podría basarse en las contribuciones relacionadas con el salario, como es el caso de la mayoría de los sistemas de pensiones en muchos países desarrollados. En estos casos, el nivel de prestaciones podría determinarse en función de las rentas del trabajo percibidas, con el objetivo de que las prestaciones alcancen un cierto nivel de capacidad para desempeñar la función del salario. Al mismo tiempo, el sistema debería ofrecer los incentivos apropiados para garantizar la participación constante durante un período de tiempo determinado. Además, los mecanismos de solidaridad deberían construirse de manera que los trabajadores de ingresos más bajos y/o los trabajadores con unos antecedentes profesionales inestables e insuficientes también pudieran percibir unas prestaciones mínimas.

Los países en los que el empleo se concentra, en gran medida, en el sector no estructurado o en los que existen mercados de trabajo dobles podrían considerar, tal vez, dos pilares públicos básicos: uno de carácter no contributivo, que ofreciera unas prestaciones fijas mínimas, y otro de carácter contributivo, como el que se ha descrito anteriormente. Además, es importante que el diseño de los sistemas de pensiones públicas no agrave las desigualdades existentes. Por ejemplo, habrían de evitarse los desincentivos a la participación que podrían crear los sistemas de carácter contributivo para los trabajadores de ingresos más bajos y del sector no estructurado. En particular, las pensiones de carácter contributivo y no contributivo deberían estar disponibles de forma simultánea para los grupos de bajos ingresos, con un componente no contributivo que fuera disminuyendo gradualmente en relación con los ingresos previos a la jubilación (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2006). Por último, se debería alentar a los individuos capaces de asegurar sus ingresos en la vejez a que así lo hicieran (a través de sistemas de ahorro para la vejez privados o patrocinados por el empleador o mediante la acumulación de otros activos) a fin de complementar los ingresos procedentes de las pensiones públicas.

El diseño de los sistemas de pensiones influirá en la exposición a los riesgos, el reparto de éstos y, por tanto, el grado de seguridad de los ingresos en la vejez. En los sistemas de pago sobre la marcha, los derechos de pensión constituyen un derecho que afectará al futuro PIB y se materializan mediante las contribuciones y/o impuestos futuros. Este derecho depende directamente del riesgo político e, indirectamente, de los riesgos macroeconómicos y demográficos. Con respecto a estos últimos, un deterioro de las condiciones macroeconómicas o unos cambios demográficos adversos suponen un lastre aún mayor para las cohortes futuras de trabajadores, lo que dificulta aún más la satisfacción de dicho derecho. En un sistema plenamente capitalizado, las prestaciones de jubilación dependerán del valor de los activos acumulados y, en ese caso, dependerán directamente del riesgo de inversión y de la inestabilidad de la rentabilidad de dichos activos (Turner, 2003)⁵. En un sistema de contribuciones definidas, los beneficiarios de las pensiones cargan con la mayoría de los riesgos, incluido el de no poder contribuir de manera sistemática al sistema. En el sentido más estricto (sin un mínimo de garantías de pensión), un sistema de contribuciones definidas no ofrece ningún seguro. Las posibilidades de distribución entre generaciones y de alivio de la pobreza también son más limitadas. En los sistemas con prestaciones definidas, los

Los sistemas de pensiones tienen que adaptarse al contexto de cada país

Sistemas diferentes conllevan formas diferentes de reparto de riesgos

⁵ La asignación de las carteras de valores y las estrategias de inversión por parte de los fondos de pensiones se tratan en el capítulo IV.

riesgos corren en gran medida a cuenta del patrocinador o de la persona que proporciona las prestaciones, ya que existe una promesa según la cual la pensión corresponderá a una determinada fracción del salario del jubilado (Barr, 2006).

En cualquier caso, y quizás esto tenga más importancia, la capacidad de cualquier sistema de pensiones para generar las prestaciones adecuadas y seguir siendo asequible radica en la capacidad del país en cuestión para mantener el crecimiento económico.

El papel central del crecimiento de la producción en la sostenibilidad de las pensiones

Aunque el crecimiento es fundamental para el aumento de la seguridad de los ingresos para las personas de edad...

Al mismo tiempo que se centra la atención en la reforma de los sistemas de pensiones oficiales, también resulta fundamental reconocer que el crecimiento económico es necesario para que una economía pueda garantizar la seguridad de los ingresos a los jubilados. Tal y como se ha explicado en los capítulos II y IV, la transición demográfica en curso conlleva que haya menos trabajadores que contribuyan a mantener a un número mayor de consumidores que no trabajan. A largo plazo, el apoyo a las poblaciones dependientes, más numerosas —sin reducir el nivel de vida—, depende fundamentalmente de que se acelere el crecimiento económico. Ésta es una realidad palpable en especial para las economías en desarrollo con una baja cobertura de pensiones y en las que el sector no estructurado domina la actividad económica. Un aumento del empleo en el sector estructurado amplía el acceso a las pensiones fortaleciendo la participación en sistemas de carácter contributivo y, por ende, mejorando la seguridad de los ingresos en la vejez. Además, el aumento relativo del empleo en el sector estructurado contribuirá asimismo a incrementar la sostenibilidad de las pensiones en los sistemas de pago sobre la marcha ampliando la base contributiva y, por tanto, reduciendo las presiones que el envejecimiento ejerce sobre dichos sistemas.

Buena parte del debate sobre las reformas y el diseño de los sistemas de pensiones se concentra, no obstante, en los aspectos financieros de los dos sistemas de pensiones predominantes, sin prestar la atención debida a la cuestión del crecimiento de la producción. No obstante, cualquier “activo” relacionado con la pensión que adquiera la población trabajadora de hoy, ya se trate de un activo financiero en el caso de un sistema de jubilación por capitalización con cuentas individualizadas, o de una promesa del sector público en un sistema de pago sobre la marcha, constituye un derecho futuro. Así pues, el crecimiento económico es, cuando menos, tan fundamental para la sostenibilidad del sistema de pensiones como el propio diseño del sistema.

...el rendimiento del sistema de pensiones también puede afectar el crecimiento

Las consecuencias macroeconómicas del rendimiento del sistema de pensiones pueden influir a su vez en las perspectivas de crecimiento de la economía. Por ejemplo, los déficit crecientes de los sistemas de pensiones públicas pueden incrementar la deuda pública, lo que puede aumentar la presión sobre los tipos de interés, desalentar la inversión privada y, por tanto, afectar negativamente el crecimiento económico. Los déficit crecientes de las pensiones también pueden provocar un aumento de la tributación, que, a su vez, puede incrementar los costos de la mano de obra, reducir los ingresos disponibles de las familias y hundir el empleo y el crecimiento de la producción en consecuencia. Estas repercusiones macroeconómicas potenciales ponen de manifiesto la necesidad de lograr unos sistemas de pensiones equilibrados desde el punto de vista financiero. Por otra parte, el efecto de los mecanismos de financiación de las pensiones en el ahorro, ya sean plenamente capitalizadas o de pago sobre la marcha, se conoce con menor claridad. Aunque un aumento de los porcentajes de cotización puede incrementar el ahorro forzoso, un aumento general de éste puede verse compensado por una reducción del ahorro privado voluntario o del ahorro

de cualquier otra procedencia en la economía (véase a continuación). Además, los argumentos habituales presuponen que un aumento de las tasas de ahorro siempre provocará un incremento de las inversiones productivas, lo que propiciará un aumento permanente de la producción real per cápita⁶. No obstante, la relación entre un aumento del ahorro y un incremento de la inversión es en realidad más compleja y no todo el ahorro se destina necesariamente a la inversión que propicia un crecimiento más rápido (Barr y Diamond, 2006). Por último, también puede ocurrir que los esfuerzos dedicados a acumular los activos financieros necesarios para sostener el consumo en la vejez den lugar a una reducción de la demanda efectiva durante el período de ahorro de dichos activos, lo que a su vez puede perjudicar el crecimiento económico.

Reforma de los sistemas de pensiones I: perfeccionamiento del diseño de los sistemas

Las reformas de los sistemas de pensiones de carácter contributivo han tomado dos direcciones: el fortalecimiento de los sistemas existentes mediante la modificación de los parámetros básicos (reformas paramétricas) o mediante el cambio radical del diseño del sistema (reformas estructurales). En prácticamente todos los sistemas de pago sobre la marcha se han introducido reformas paramétricas, que están mucho más difundidas que las estructurales⁷. Este tipo de reforma resulta atractiva en gran medida por motivos políticos, ya que estas reformas son más fáciles de aplicar y probablemente son mejor aceptadas por parte del público que aquellas que entrañan un cambio más profundo.

Los países han introducido medidas tanto del lado de los ingresos como del de los gastos para garantizar la asequibilidad de esos sistemas. Un ajuste común ha consistido en subir la prima de contribución abonada a los sistemas de pensiones. No obstante, existen límites al ejercicio de esta opción debido a los efectos de distorsión que las tasas de aportación producen sobre los mercados de trabajo, tanto en la demanda como en la oferta de mano de obra. Otras posibilidades son la reducción de las prestaciones de jubilación (Grecia, Hungría, Italia, Portugal, República de Corea y Suiza), el reforzamiento de las condiciones exigidas para percibir una pensión (Alemania, Italia y Estados Unidos) y el cambio de la indización de las prestaciones (Alemania, Japón y Suecia). De hecho, todos los miembros de la Unión Europea (UE-25) han llevado a cabo algún tipo de ajuste de los parámetros que definen sus sistemas de seguridad social (Zaidi, 2006). Los cambios de los parámetros relativos a la edad de jubilación, la fórmula de pensión y la tasa de aportación formaban parte del paquete de reformas en la mayoría de los casos.

Los sistemas actuales se están perfeccionando para aumentar la sostenibilidad financiera

⁶ Un punto de vista alternativo, en línea con la economía keynesiana, sugiere que la demanda total, y no el ahorro, es la que impulsa la inversión. Los empresarios deciden el volumen de inversión en parte basándose en las expectativas de aumento de la demanda agregada. Los cambios pasados de la demanda agregada permiten estimar los cambios previstos en el futuro. Por tanto, para que la economía crezca con mayor rapidez, se debería alentar el consumo más que el ahorro. La intensificación del uso de capital debida a un aumento de la inversión dará lugar entonces a un crecimiento de la productividad y a una reducción de los costos unitarios, lo que se traducirá en un incremento de los salarios reales para los trabajadores y de los beneficios para las empresas. A su vez, esto llevará al aumento del ahorro necesario para financiar el incremento de la inversión.

⁷ Schwarz y Demirguç-Kunt (1999) descubrieron que, de los 82 países que estaban reformando la seguridad social, sólo 21 habían emprendido reformas “esenciales” que entrañaran un cambio sustantivo del sistema.

En un número creciente de países, a pesar de ser una medida impopular, se está barajando elevar la edad de jubilación o ya se ha procedido a ello. Por ejemplo, en los Estados Unidos la edad de jubilación se fijará en 67 años para 2027, y en Francia la última reforma propone aumentar, entre 2009 y 2012, el número de años de contribución exigidos para percibir una pensión completa en un año y este aumento irá en consonancia con el aumento de la esperanza de vida a partir de 2012. Estas medidas pretenden reducir la disparidad entre el aumento de la esperanza de vida y la edad de jubilación, que puede ser considerable⁸. Actualmente, la esperanza de vida en los países desarrollados ya es 18 años superior a la edad de jubilación obligatoria —65 años— común para muchos de ellos (véase el cuadro II.8).

Se prevé también que el aumento de la edad de jubilación incremente los ingresos, puesto que con ello se prolonga la duración de la vida activa. Al mismo tiempo, se reducen los gastos en pensiones de vejez, ya que los jubilados se benefician del sistema durante un período de tiempo menor. De hecho, esta medida es tan eficaz potencialmente que en el caso de los Estados Unidos se ha estimado que, “si se elevara la edad de jubilación normal hasta 70 años para 2030, se eliminaría aproximadamente la mitad del déficit a largo plazo de la seguridad social” y que, “si, al mismo tiempo, se elevara la edad de jubilación anticipada de 62 a 67 años, el déficit previsto actualmente desaparecería prácticamente” (Bosworth y Burtless, 1998, pág. 293).

Aplazar la jubilación resulta inevitable dado que la vida activa se ha reducido

Un aumento de la edad de jubilación obligatoria ayudará a mejorar la viabilidad de los sistemas de pensiones sólo si viene acompañado de políticas que también eleven la edad de jubilación efectiva. Esto puede obligar a realizar cambios en las condiciones del mercado de trabajo para los trabajadores de edad, como se ha explicado en el capítulo IV. Entre los países industrializados, la edad a la que se pueden percibir las prestaciones de jubilación anticipada varía desde los 53 años en Italia para algunos tipos de trabajo hasta los 62 años en los Estados Unidos, al tiempo que en la mayoría de estos países la edad de jubilación habitual es de 65 años. No obstante, en la mayoría de los países las personas se jubilan antes de cumplir 65 años. La jubilación anticipada se ve fomentada por muchos sistemas de pensiones: según Gruber y Wise (2005, pág. 5): “Una vez que las prestaciones están disponibles, una persona que continúe trabajando un año más recibirá menos prestaciones de seguridad social durante su vida que si abandona el trabajo y empieza a percibir prestaciones a la primera oportunidad”.

Esto significa que el número de pensionistas será mucho más elevado y que las prestaciones tendrán que costearse durante un período mayor que si no se produjera la jubilación anticipada, lo que añade un lastre innecesario a los sistemas de pensiones. Por tanto, los problemas que afectan a muchos sistemas de pago sobre la marcha parecen radicar en gran medida en el hecho de que existe un número más elevado de años de jubilación, no sólo por el aumento de la longevidad, sino también, y quizás esto tenga mayor importancia, debido a una reducción de la vida activa. De hecho, la Comisión Europea (2006, pág. 12) ha expresado que “los Estados miembros se enfrentan a un problema de jubilación más que a un problema de envejecimiento”. Un aumento de la edad de jubilación efectiva desde aproximadamente los 60 años hasta la edad obligatoria de 65 años es probablemente la única opción realmente eficaz de reforma paramétrica en la Unión Europea. Según algunas estimaciones, reduciría en un 40% el aumento de contribuciones a la seguridad social necesarias para financiar las prestaciones futuras, en comparación con una situación en la que no se realizaran cambios

⁸ Por ejemplo, cuando las pensiones se implantaron por primera vez en Alemania en 1889, la esperanza de vida media al nacer (44 años) era 26 años más baja que la edad de jubilación de 70 años. En consecuencia, sólo un pequeño porcentaje de trabajadores (aproximadamente el 17% de los hombres y el 21% de las mujeres) vivía lo suficiente para percibir las prestaciones.

en la edad de jubilación⁹. Retrasar la jubilación de los trabajadores y hacer que éstos formen parte de la fuerza de trabajo durante más tiempo (como se ha explicado en el capítulo IV) puede contribuir notablemente a mantener los sistemas de pago sobre la marcha, siempre y cuando los mercados de trabajo reaccionen en consecuencia y sean capaces de retener a esos trabajadores.

Reforma de los sistemas de pensiones II: introducción de cuentas hipotéticas

Varios países han llevado a cabo una reforma estructural de sus sistemas de pago sobre la marcha sin pasar a un sistema plenamente capitalizado. Estos países establecieron una capitalización individual con prestaciones basadas en contribuciones definidas al tiempo que mantuvieron la forma de pago sobre la marcha de su sistema de pensiones públicas; todo ello tras reconocer que las reformas paramétricas de los sistemas de pago sobre la marcha, como ya se ha señalado, tan sólo ofrecen una solución parcial a las deficiencias del diseño de los sistemas de pensiones. Además, en muchos sistemas de pago sobre la marcha con prestaciones definidas, la relación entre las contribuciones y las prestaciones no suele estar muy clara para los participantes (especialmente cuando las prestaciones se basan en un perfil de ingresos incompleto). Así pues, el incentivo para prolongar la participación en la fuerza de trabajo una vez alcanzada la edad mínima exigida para percibir prestaciones es escaso, en particular si la jubilación anticipada no conlleva una reducción actuarial de las prestaciones¹⁰.

En los sistemas de pago sobre la marcha con contribuciones definidas, o en los llamados planes de pensiones basados en cotizaciones definidas “hipotéticas”, las contribuciones de los individuos se registran en cuentas “hipotéticas” individualizadas, a cuyo saldo se le acredita un rendimiento hipotético anual (véase el recuadro V.1). Las prestaciones dependen del saldo de fondos (hipotético) acumulado por cada individuo, es decir, se basan en un historial de contribución completo y no sólo en un número determinado de años de contribución como ocurre en la mayoría de los sistemas de prestaciones definidas (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2006). Así pues, *a priori*, no hay necesidad de establecer una edad de jubilación, ya que los propios trabajadores pueden decidir cuándo jubilarse, basándose en el rendimiento anualizado que recibirían. Por tanto, estos planes están diseñados para abordar la cuestión de la jubilación anticipada.

Los sistemas de pago sobre la marcha con contribuciones definidas, en principio, pueden resolver el problema de sostenibilidad al que se enfrentan muchos sistemas de pago sobre la marcha con prestaciones definidas, ya que el sistema no tiene que contraer obligaciones relativas a prestaciones definidas futuras. Antes bien, las obligaciones relativas a prestaciones futuras dependen de la tasa de rendimiento. En particular, la tasa de rendimiento que se acredita a las cuentas individuales puede guardar relación, por ejemplo, con los cambios

Crear una relación más estrecha entre las contribuciones y las prestaciones puede propiciar un aumento del tiempo de participación en la fuerza de trabajo

Aunque los sistemas de contribuciones definidas fortalecen la sostenibilidad de los sistemas de pago sobre la marcha...

⁹ Si la edad de jubilación efectiva se eleva a 65 años, la tasa de aportación a la seguridad social todavía tendría que aumentarse en 20,5% para 2050 (desde el 16,1% de 2000). No obstante, si la edad de jubilación efectiva permanece sin cambios, la tasa de aportación tendrá que incrementarse hasta el 27% (Comisión Europea, 2001, pág. 191, cuadro 5, y pág. 199, cuadro 8).

¹⁰ Esto explica la tasa de aportación relativamente alta de los Estados Unidos, donde las prestaciones sufren una reducción actuarial en respuesta a la jubilación anticipada, de forma que, por ejemplo, una jubilación a la edad de 62 años conlleva una reducción actuarial del 20% de la pensión completa; esta reducción se incrementará hasta el 30% para 2027, cuando la edad de jubilación alcance los 67 años (Munnell, 2006).

...la redistribución entre los trabajadores de ingresos más bajos es limitada

de la productividad, los cambios demográficos actuales o previstos, el crecimiento de los salarios, etc. Así pues, los beneficios se ajustan automáticamente a los cambios que afectan a los parámetros pertinentes. Por ejemplo, en Letonia, la fórmula que define el rendimiento hipotético se basa en el crecimiento del total de contribuciones. En Suecia, se basa en la tasa de crecimiento de los salarios nominales, mientras que en Italia se rige por la tasa de crecimiento del PIB a precios corrientes¹¹.

Por tanto, es posible garantizar que el sistema de pago sobre la marcha con contribuciones definidas siga siendo sostenible desde el punto de vista financiero ajustando la tasa de rendimiento de las contribuciones, lo que llevará a un ajuste proporcional de las prestaciones. Así pues, reformas como éstas ayudan a mantener la sostenibilidad financiera de los sistemas de pensiones al tiempo que mantienen un componente importante de solidaridad intergeneracional. No obstante, como cualquier otro sistema de capitalización individual, este sistema no garantiza que todo el mundo vaya a tener una pensión y, por lo menos, un nivel mínimo de prestaciones, porque éstas se basan en las contribuciones de cada persona. En este caso, las reformas basadas en cotizaciones definidas hipotéticas tendrán que complementarse con medidas que garanticen una cobertura universal y un nivel mínimo de prestaciones (véase a continuación).

Reforma de los sistemas de pensiones III: paso a los sistemas plenamente capitalizados

Se suele argumentar que los sistemas plenamente capitalizados siguen siendo sostenibles desde el punto de vista financiero porque las prestaciones dependen de la cantidad que se invierte y de la rentabilidad de dicha inversión. El Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda fue una de las primeras naciones que pasaron a los sistemas de pensiones capitalizados en 1980, aunque sólo parcialmente. Chile adoptó un enfoque más radical en 1981 y sustituyó su sistema de pago sobre la marcha con prestaciones definidas de gestión pública por un sistema obligatorio de gestión privada plenamente capitalizado (véanse las definiciones en el recuadro V.1). Varios países de América Latina han seguido su ejemplo¹². También se han aplicado reformas en Europa central y oriental y, en menor medida, en Asia meridional y oriental. Kazajstán, por ejemplo, pasó a un sistema plenamente capitalizado en 1998. Otros países, como Bulgaria (2002), Hungría (1998), la ex República Yugoslava de Macedonia (2003) y Estonia (2002), han mantenido sus sistemas de pago sobre la marcha al tiempo que introducían un pilar plenamente capitalizado.

¹¹ Alemania no ha establecido explícitamente un sistema de pensiones basado en cotizaciones definidas hipotéticas, pero su plan tiene características que imitan las de un sistema de ese tipo. El plan de Alemania incluye un “factor de sostenibilidad” que ajusta las prestaciones de jubilación de manera que se tengan en cuenta los cambios en la relación de dependencia (Zaidi, 2006).

¹² Los planes públicos de prestaciones definidas de pago sobre la marcha se abolieron por completo en Bolivia (1997), El Salvador (1998), México (1997) y la República Dominicana (2003); actualmente, se exige a los trabajadores que participen en el plan de contribuciones definidas plenamente capitalizado, que tiene carácter obligatorio. En cambio, los trabajadores de Colombia (1994) y del Perú (1993) tienen la oportunidad de elegir entre un plan de prestaciones definidas de pago sobre la marcha y un plan de contribuciones definidas plenamente capitalizado. Por otra parte, existen sistemas híbridos en la Argentina (1994), el Uruguay (1996) y Costa Rica (2000), donde existe un componente público basado en el principio de pago sobre la marcha (parcialmente capitalizado en Costa Rica) que sufraga una pensión básica de prestaciones definidas; asimismo, un plan de contribuciones definidas plenamente capitalizado sometido a varios tipos de gestión abona una pensión complementaria.

Aunque, en principio, los sistemas plenamente capitalizados con capitalización individual pueden ser sostenibles desde el punto de vista financiero, la transformación de un sistema de pago sobre la marcha en un sistema plenamente capitalizado tiene consecuencias negativas para las finanzas públicas, habida cuenta de que todavía han de cumplirse las obligaciones en materia de pensiones que se hayan contraído en el marco del sistema antiguo al tiempo que las contribuciones a las pensiones se van destinando al nuevo sistema (véase el recuadro V.4). Los fondos de pensiones suelen proporcionar gran parte de la financiación para estos costos fiscales, ya que tienden a invertir una gran proporción de sus carteras de valores en bonos del Tesoro. No obstante, hay consecuencias macroeconómicas. El consiguiente aumento de la deuda del sector público puede añadir una presión al alza a los tipos de interés, lo que además aumenta los costos fiscales de la transición, y puede afectar la inversión privada. La deuda creciente del sector público puede afectar a los tipos de interés, incrementar el costo de transición y tener repercusiones sobre la inversión privada.

El argumento según el cual las reformas que conducen a sistemas plenamente capitalizados contribuyen a aumentar el ahorro, que se ha explicado anteriormente, no es aplicable a muchos países. No obstante, con respecto a América Latina, los datos indican que el ahorro puede haber aumentado en respuesta a la reforma de las pensiones, pero resulta difícil establecer la repercusión exacta, ya que la reforma de las pensiones suele formar parte de unas actividades de reforma más amplias (Holzmann y Hinz, 2005)¹³. Además, si el objetivo que se persigue es incrementar el nivel de ahorro, no es necesario descartar la reforma de los sistemas de pago sobre la marcha. En particular, se ha estimado que el aumento de la edad de jubilación en un sistema de pago sobre la marcha, con el consiguiente aumento del ahorro, podría incrementar el PIB en Europa hasta un 13% (Comisión Europea, 2006).

Se ha afirmado que la capitalización individual, en los sistemas plenamente capitalizados, ofrece unas tasas de rendimiento superiores. No obstante, se suele ignorar que un rendimiento más alto conlleva un riesgo más alto. Si bien es cierto que la rentabilidad explícita del capital puede superar la rentabilidad implícita en un sistema de pago sobre la marcha, la inestabilidad de la rentabilidad del capital también puede ser notablemente más alta. Como resultado, al sobrellevar el riesgo de inversión —tarea que puede resultar difícil, en particular para aquellas personas con empleos mal remunerados—, los participantes se exponen a la posibilidad de que disminuya su rentabilidad en el caso de que sus carteras de valores experimenten grandes pérdidas de forma prolongada hacia el final de su vida activa.

Además, al estar los beneficios ligados a las contribuciones (y su rendimiento), una interrupción involuntaria en el pago de éstas conllevará una bajada de las pensiones y un aumento del riesgo de inseguridad económica durante la vejez. Asimismo, cuando se compara la rentabilidad, es importante ajustar los gastos de administración, que pueden absorber una cantidad considerable de la rentabilidad. Estos gastos pueden representar hasta el 25% de las contribuciones (frente a los gastos de aproximadamente el 0,5% de los ingresos procedentes de las contribuciones al sistema de pago sobre la marcha con prestaciones definidas de gestión pública en los Estados Unidos) (Thompson, 2001). Los gastos

Puede que se hayan sobervalorado las ventajas de pasar a los sistemas plenamente capitalizados

Las reformas han trasladado los riesgos a los jubilados

¹³ De Mesa y Mesa-Lago (2006, pág. 154), por ejemplo, destacan este punto en el caso de Chile, señalando que la reforma fiscal contribuyó a un gran aumento del ahorro de las empresas. Acuña e Iglesias (2001) muestran un breve panorama general de los estudios empíricos sobre la repercusión de la reforma en el ahorro, del cual se concluye: “Está claro por tanto que, en el caso de Chile, los estudios empíricos no han bastado para resolver la cuestión de la repercusión de la reforma en el ahorro” (pág. 40).

La cobertura no ha aumentado en los sistemas plenamente capitalizados

de administración disminuyen el rendimiento neto para los beneficiarios. Por ejemplo, el 1% de las tasas administrativas adeudadas durante la vida activa de un aportante conllevará una reducción del 20% del valor de la pensión que éste ha de percibir (Diamond, 2004, como figura en Barr, 2006).

En el caso de Chile, tras 25 años de experiencia de reformas de las pensiones, empezando por la sustitución de un sistema de pago sobre la marcha por un sistema plenamente capitalizado con cuentas individuales, el resultado en cuanto a cobertura no ha sido demasiado satisfactorio. A pesar de la popularidad del sistema plenamente capitalizado en los primeros años de reforma, la cobertura general disminuyó, con respecto a la etapa anterior a la reforma, desde el 71% de la población empleada en 1975 hasta aproximadamente el 64% en 2000 (de Mesa y otros, 2006), debido en parte a las bajas tasas de participación de los trabajadores autónomos, ya que la participación no es obligatoria. La disminución de la estructuración del mercado de trabajo también ha influido.

Además, pese a la correlación más estrecha entre las contribuciones y las prestaciones, los sistemas de capitalización privada no han logrado aumentar el número de pagos de contribución efectuados por los participantes. Según se ha estimado, en América Latina, las densidades de cotizaciones (la relación entre el número de pagos de contribución realizados y el número de meses que ha durado la vida activa del trabajador) de una gran proporción de participantes en los sistemas de prestaciones definidas plenamente capitalizados no bastan para garantizar la percepción de una pensión de jubilación ni para generar pensiones adecuadas (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2006).

Los sistemas plenamente capitalizados con capitalización individual suelen carecer de la característica de solidaridad

Al establecer cuentas individuales, el componente correspondiente a los seguros sociales de la seguridad social se ve reducido, ya que este tipo de cuentas limitan la posibilidad de que el sistema actúe como un instrumento de redistribución en una generación y de alivio de la pobreza. En los sistemas sin capitalización individual, la redistribución se efectuará en función del método de cálculo de las prestaciones. Por ejemplo, los individuos de ingresos más bajos pueden recibir mayores prestaciones (en relación con sus contribuciones) o conseguir que el valor de sus prestaciones se ajuste de forma más favorable en comparación con el ajuste que se aplica a los jubilados de ingresos más altos.

Con la capitalización individual, las prestaciones dependen del valor de las contribuciones realizadas y de su rendimiento. En tales circunstancias, puede que los trabajadores con empleos mal remunerados sean incapaces de reunir una cantidad mínima de ingresos en concepto de prestaciones de jubilación, a pesar, incluso, de que contribuyan debidamente a los sistemas de pensiones. Además, las densidades de contribuciones son mucho más bajas entre los grupos de ingresos más bajos, frente a aquellos que se encuentran en una situación más favorable, y esto ocurre de manera especial en el caso de las mujeres. Ellas suelen tener una vida activa interrumpida y más reducida que las de los hombres debido a la procreación y a la crianza de los hijos. Los trabajadores de ingresos más bajos suelen mostrar mayor reticencia a contribuir a las pensiones, en particular si son trabajadores autónomos (y, por tanto, están más expuestos a pasar períodos de tiempo desempleados) y las contribuciones no son obligatorias, como es el caso de Chile. Como se ha mencionado anteriormente en la sección que trata sobre las fuentes de ingresos de las personas de edad, las pensiones tienen una importancia especial para los trabajadores de bajos ingresos, ya que es menos probable que éstos hayan podido acumular activos (considerables) que les permitan complementar sus pensiones públicas y, por tanto, corren un mayor riesgo de caer en la pobreza. Por tanto, tal vez sea necesario un cierto grado de redistribución dentro o fuera de los sistemas de pensiones, a fin de no agravar las diferencias de ingresos y prevenir la pobreza en la vejez.

Recuadro V.4

El paso de los sistemas de pago sobre la marcha a los sistemas plenamente capitalizados: una transición lenta y costosa

Una cuestión importante de la reforma estructural de las pensiones es cómo tratar y financiar la transición a partir del sistema actual. En el caso de un sistema basado en varios pilares, en el que coexisten el sistema plenamente capitalizado y el de pago sobre la marcha, la carga de la transición la suelen sufrir directamente los aportantes, que tienen la obligación de aportar una cantidad determinada al sistema plenamente capitalizado además de lo que aporten al sistema de pago sobre la marcha.

En Suecia, por ejemplo, los aportantes contribuyen con un 2,5% de sus salarios a un sistema de contribuciones definidas plenamente capitalizado, que funciona paralelamente al sistema público de pago sobre la marcha.

No obstante, cuando el sistema plenamente capitalizado sustituye al sistema de pago sobre la marcha, a los trabajadores que han contribuido al sistema pero que todavía no se han jubilado se les tiene que compensar por sus contribuciones pasadas si optan por pasar al nuevo sistema. Los jubilados actuales tienen que seguir recibiendo sus pensiones tal y como se contrataron en el marco del sistema antiguo, pero en tal caso no habrá contribuciones por parte de los trabajadores actuales que hayan pasado al nuevo sistema. En el plano fiscal (y suponiendo que no se produzcan cambios en las prestaciones de jubilación), el gobierno contraerá un déficit mayor, que tendrá que financiarse mediante una tributación más alta, recortes del gasto público o un aumento de la deuda pública, con lo que se hará explícita la deuda implícita de las pensiones.

La experiencia de la Argentina ha puesto de manifiesto que la reforma hacia sistemas plenamente capitalizados puede tener una repercusión económica considerable en las finanzas públicas. La reforma del sistema de pago sobre la marcha que la Argentina llevó a cabo en 1994 provocó un aumento considerable de la deuda pública, ya que la situación financiera del sistema de seguridad social mostró déficit crecientes a partir de 1994. El saldo entre las contribuciones a la seguridad social y los gastos era positivo en 1993 y equivalía a un 0,6% del PIB, pero para 2001 este saldo ya se había transformado en un déficit del 2,6% del PIB. Esto contribuyó a que se alcanzara una situación de deuda pública insostenible que culminó en la crisis económica general de 2001.

En el caso de Chile, el costo ligado a la financiación del déficit operacional del antiguo sistema de pensiones más el costo de los “bonos de reconocimiento” —emitidos a fin de compensar a los trabajadores que se habían pasado al nuevo sistema pero que habían incrementado sus derechos de pensión— representaban un promedio del 3,9% del PIB anual entre 1981 y 2004, y alcanzaron un máximo del 7,1% del PIB en 1984 (de Mesa y Mesa-Lago, 2006). Los costos han ido disminuyendo con el tiempo, pero se espera que persistan hasta 2038 (en el caso de los bonos de reconocimiento) y hasta 2050 (en el caso del déficit operacional), lo que pone de relieve el hecho de que la transición es un proceso a largo plazo, en particular cuando el sistema de pago sobre la marcha se suprime de golpe y no gradualmente.

Los casos expuestos ilustran lo costosas que pueden resultar las reformas (por supuesto, también puede haber costos si no se reforman unos sistemas insostenibles) y apuntan también a la necesidad de un marco fiscal sólido que apoye dichas reformas.

En realidad, en el caso de Chile se están barajando nuevas reformas dada la insatisfacción que existe con el sistema actual. Puede que las prestaciones de jubilación mínimas financiadas por el Gobierno con sus ingresos generales no estén disponibles para aquellos participantes cuyos fondos acumulados no permitan alcanzar un determinado nivel de pensión. De hecho, muchos participantes serán incapaces de cumplir la condición exigida de haber contribuido durante un mínimo de 20 años, necesaria para poder percibir una pensión mínima; asimismo, según las proyecciones efectuadas, aproximadamente el 45% de las mujeres que actualmente

Se están barajando nuevas reformas para el sistema plenamente capitalizado en Chile

tienen edades comprendidas entre los 45 y los 50 años no cumplirán las condiciones exigidas¹⁴. Aquellas personas que no cumplan las condiciones exigidas para percibir una pensión mínima pueden solicitar una pensión de asistencia social; no obstante, como el número de pensiones de asistencia social se ve limitado por el nivel de financiación disponible anualmente, no todas las personas que cumplen estos requisitos y que lo solicitan reciben una pensión. Por tanto, entre las propuestas para una nueva reforma de las pensiones en Chile, se incluyen, entre otras, una pensión de solidaridad con una base más amplia, financiada mediante la tributación general y proporcionada según la determinación de los medios de vida. Esta reforma garantizaría una pensión mensual para los trabajadores que no pudieran ahorrar con vistas a la jubilación¹⁵.

Solidaridad, accesibilidad y asequibilidad: avanzar hacia una cobertura universal

Una pensión mínima de carácter no contributivo puede constituir un componente importante de la seguridad de los ingresos en la vejez

Las cuestiones relativas a la asequibilidad son específicas de cada país. Con una mayor generación de empleo estructurado, un crecimiento económico más rápido y mejoras en la base de activos de las familias de bajos ingresos, aumenta la capacidad para contribuir a las pensiones de vejez y disminuye la necesidad de percibir pensiones de carácter no contributivo. Mientras tanto, para las personas que viven en la pobreza, la capacidad para contribuir resulta limitada, si no imposible, y las prestaciones tienen que correr a cargo de otros segmentos de la sociedad.

El sistema de pensiones mínimas más simple, diseñado para garantizar la seguridad de los ingresos de vejez, consistiría en una transferencia universal equivalente al umbral de la pobreza y que se proporcionaría a todas aquellas personas que superaran una edad determinada. Este sistema tendría un carácter no contributivo, a saber, los beneficiarios no participarían directamente en la financiación de las prestaciones. Éstas se financiarían a través del sistema general de tributación (como, por ejemplo, en Mauricio), mediante algún “impuesto de solidaridad” aplicable a aquellas personas que participen en sistemas de carácter contributivo basados en los ingresos (como en Colombia) o mediante algún impuesto para fines específicos (como en el Brasil, por ejemplo). De forma alternativa, las prestaciones podrían proporcionarse sobre una base de carácter contributivo pero, en ese caso, habría de facilitarse el acceso de aquellas personas incapaces de contribuir mediante subsidios.

Puede que las pensiones de vejez universales no resulten costosas

Se realizó un ejercicio simple a fin de evaluar el costo de las pensiones universales de carácter no contributivo para las personas de 60 y más años en los países en desarrollo y en las economías en transición. El ejercicio suponía una pensión básica equivalente a 365 dólares de los EE.UU. al año o de 1 dólar de los EE.UU. al día (expresado en dólares internacionales, es decir, en paridad de poder adquisitivo (PPA)), que correspondía al umbral internacional utilizado para definir la pobreza extrema. La pensión se pondría a disposición de todas las personas de 60 y más años. El ejercicio también suponía que la pensión universal podría permanecer constante en términos reales, situándose en 365 dólares de los EE.UU. al año durante la totalidad del período 2005-2050. Además, se suponía que el crecimiento del PIB se mantendría en la tasa media alcanzada entre 1990 y 2005. No obstante, para los países con una tasa de crecimiento superior al 5%, el supuesto de crecimiento se limitaba a un nivel máximo del 5%. Los países con un crecimiento negativo durante el período 1990-2005 no se tuvieron en cuenta en el ejercicio.

¹⁴ Además, aproximadamente al 25% del salario medio, no le basta las prestaciones de jubilación mínimas para garantizar la seguridad de los ingresos en la vejez.

¹⁵ Véase <http://ipsnews.net/news.asp?idnews=36003>.

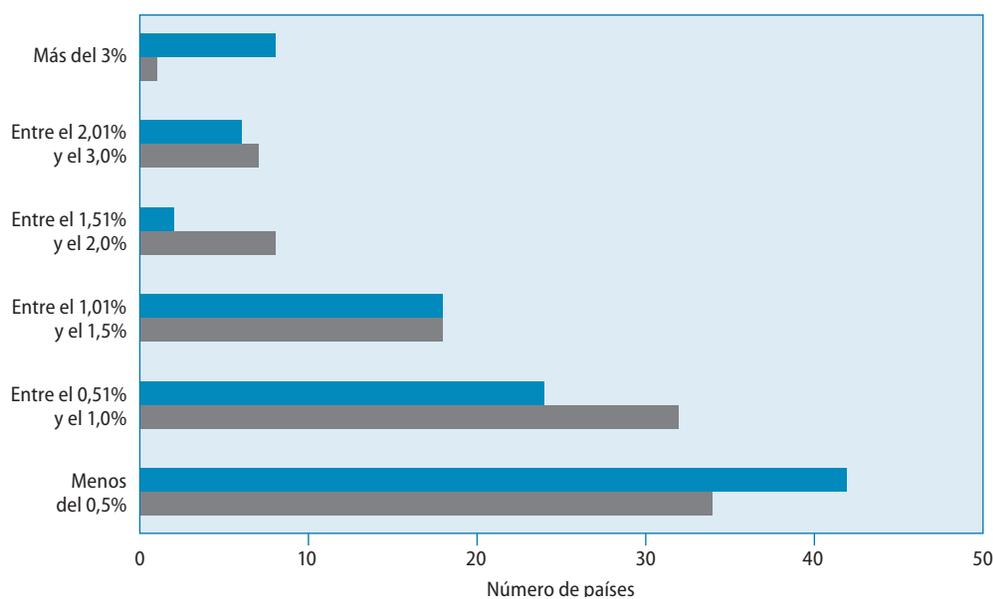
Los resultados se exponen en el gráfico V.3, que indica que los costos que conlleva proporcionar un sistema de pensiones de vejez universal con prestaciones equivalentes al umbral de la pobreza internacional no parecen ser muy altos para la mayoría de los 100 países considerados en el ejercicio. Para 66 países, el costo sería inferior al 1% del PIB en 2005 y, para 34, inferior al 0,5% del PIB. Además, los costos podrían mantenerse relativamente bajos durante todo el período, ya que para la mayoría de los países la tasa de crecimiento del PIB sería comparable, o superior, a la tasa de crecimiento de la población de 60 y más años. No obstante, para muchos de los países más pobres la carga sería mayor (véanse los resultados detallados por país en el cuadro A.4 del anexo).

Con todo, parece que los sistemas universales de pensiones de vejez que ofrecen prestaciones equivalentes al umbral de la pobreza extrema sólo requieren una proporción relativamente pequeña del PIB en la actualidad. Incluso admitiendo que el costo de estos programas, como proporción del PIB, es relativamente pequeño, no se sabe con certeza si resultan asequibles para los países de bajos ingresos. Además de restricciones como los recursos fiscales limitados que se han mencionado anteriormente, está el hecho de que el gasto en pensiones sociales podría tener que competir con el gasto público en lo que habitualmente se consideran prioridades, a saber, la educación o la sanidad, o con el gasto en áreas como la defensa o el servicio de la deuda, a las que los países suelen asignar una cantidad notable de sus recursos. Un costo de un sistema universal de pensiones de vejez que representara el 1% del PIB absorbería aproximadamente el 10% de los ingresos fiscales en países como el Camerún, Guatemala, la India, Nepal y el Pakistán, entre otros, y equivaldría al volumen del presupuesto sanitario de Bangladesh, Burundi, las Comoras, Côte d'Ivoire, Guinea Ecuatorial y Myanmar, por nombrar sólo unos pocos. Algo que resulta bastante interesante es que algunos de estos países (Bangladesh, la India y Nepal) ya están proporcionando prestaciones de jubilación de carácter no contributivo, aunque no siempre sobre una base universal (véase el cuadro A.5 del anexo).

La competencia por los escasos recursos constituye un problema

Gráfico V.3

Simulación del costo para los países en desarrollo de un sistema universal de pensiones sociales para mantener a las personas de edad a salvo de la pobreza extrema, 2005 y 2050 (porcentaje del PIB)



Fuente: Naciones Unidas/ Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.

Nota: Las pensiones universales se estiman en 1 dólar de los EE.UU. al día para las personas de 60 y más años. Se supone una tasa anual de crecimiento del PIB durante el período 2005-2050 equivalente a la tasa observada durante el período 1990-2005.

Los costos se pueden reducir elevando la edad exigida. Por ejemplo, en el caso de Nepal, las prestaciones sólo se abonan a las personas de 75 y más años, en lugar de a las personas de 60 y más años, como es el grupo de edad que se considera en este capítulo. Otros países, como Mauricio, están adoptando un sistema de prestaciones diferenciadas por edad a fin de reducir los costos, proporcionando, por ejemplo, una pensión modesta para los “mayores más jóvenes”, que pueden ser capaces de complementar los ingresos prolongando su participación en el mercado de trabajo, y una pensión relativamente más cuantiosa para los “mayores de más edad” (Willmore, 2006). Los costos también podrían reducirse disminuyendo las prestaciones. Destinar las prestaciones a unos destinatarios específicos, por ejemplo, mediante la determinación de los medios de vida, es otra opción para reducir los costos, particularmente en los contextos en los que la pobreza no es frecuente entre las personas de edad. A la inversa, en los países en los que la pobreza en la vejez es extrema, destinar las prestaciones a destinatarios específicos no proporcionaría mucho ahorro al presupuesto público.

Conclusiones

La falta de cobertura de las pensiones oficiales contribuye a aumentar la inseguridad de los ingresos en la vejez

De las pruebas empíricas se desprende que las personas mayores que viven en países con unos sistemas oficiales de pensiones y programas públicos de transferencias generales tienen menos probabilidades de caer en la pobreza que los grupos de edad más jóvenes de la misma población. En las economías con unos sistemas de pensiones con cobertura limitada, la pobreza en la vejez tiende a ir en paralelo con la media nacional. En ausencia de una cobertura oficial en forma de pensiones, la mayor parte de las personas de los países en desarrollo se enfrentan durante la vejez a una considerable inseguridad en lo que a los ingresos se refiere.

Con una cobertura media de las prestaciones de la seguridad social de tan sólo el 20%, los países en desarrollo se enfrentan a grandes problemas en lo que se refiere a la ampliación de la protección oficial para lograr una vejez sin pobreza. A este respecto, los países de bajos ingresos suelen enfrentarse a un doble reto. Por una parte, la capacidad del Estado para aumentar los ingresos es limitada y los ingresos procedentes de la tributación tienden a representar una proporción relativamente pequeña del PIB (aproximadamente el 10% de media)¹⁶. Por otra parte, las demandas de unos recursos escasos son múltiples, de manera que el establecimiento de reservas para la seguridad de los ingresos puede verse en juego por culpa de los costos que supone alcanzar otros objetivos sociales.

En los países desarrollados, unos mercados de trabajo bien regulados han hecho posible que los sistemas de pensiones contributivas basados en el empleo lleguen prácticamente a la totalidad de la población. Así pues, las personas que viven en países con sistemas de pensiones de amplia cobertura son mucho menos vulnerables ante la pobreza, pero su seguridad económica estará en juego si la financiación de los sistemas de pensiones se vuelve insostenible.

Se puede abordar con éxito el problema demográfico

Aunque el cambio demográfico puede plantear problemas en relación con los sistemas de pensiones de vejez, desde una perspectiva económica estos problemas no son irresolubles (véase también Barr, 2000, pág. 34). En particular, los recursos financieros de los que dispone un sistema de pago sobre la marcha dependen del nivel de salarios y de empleo más que de la relación entre jóvenes y mayores (entre no jubilados y jubilados). Del mismo modo, los recursos de los que disponen las personas de edad para el consumo (tanto en sistemas plenamente capitalizados como en sistemas de pago sobre la marcha) dependerán de los bienes y servicios

¹⁶ *Indicadores del Desarrollo Mundial*. Puede consultarse esta base de datos en <http://devdata.worldbank.org/dataonline/> (consultada el día 20 de marzo de 2007).

producidos por las personas en edad de trabajar y del volumen de consumo al que estén dispuestos a renunciar los trabajadores en favor de las poblaciones dependientes.

El crecimiento de la producción resulta fundamental para la sostenibilidad de los sistemas de pensiones, en particular si la distribución de los ingresos entre las poblaciones activa y no activa no se va a modificar de forma importante y si ha de mantenerse un nivel determinado de bienestar general. Esto no quiere decir que los sistemas actuales no necesiten reformas ni que aquellos que se encuentran en una situación de desequilibrio financiero no tengan consecuencias negativas para las perspectivas de crecimiento de la economía. Tal y como se explica en este capítulo y en el capítulo IV, los pasos que se den a fin de eliminar los incentivos perversos para la jubilación anticipada y otros fallos de diseño de los sistemas de pensiones actuales, con objeto de aprovechar la reserva de trabajadores inactivos, incluidos aquellos que se encuentran en una situación de jubilación forzosa, y a fin de aumentar la productividad laboral, pueden suponer un gran avance para salvar la seguridad social tal y como la conocemos. Esto exige mantener un sistema que proporcione un grado suficiente de reparto de riesgos y que garantice un nivel de prestaciones socialmente aceptable, de manera que se logre una vejez sin pobreza para todos.

Así pues, el diseño y la reforma de los sistemas de pensiones han de basarse en un enfoque amplio. Los sistemas de pensiones han de adaptarse a las condiciones específicas de cada país. A este respecto, puede considerarse que dichos sistemas se componen de varios niveles o pilares ajustados a las características y necesidades que prevalezcan en los diferentes segmentos de la sociedad.

La sostenibilidad financiera debería ser un principio rector en el diseño de cualquier sistema de pensiones, pero no el único. No tiene sentido disponer de un sistema viable desde el punto de vista financiero que proporcione prestaciones inadecuadas o que no cubra a todas las personas de edad. Cabe recordar que las pensiones de vejez se establecieron para abordar el riesgo de la inseguridad de los ingresos, o la pobreza, en la vejez. Tal y como se ha explicado anteriormente, la incidencia de la pobreza entre las personas de edad es más alta en los países en los que la cobertura de las pensiones es incipiente. Los seguros sociales han sido el mecanismo preferido para compartir los riesgos entre una cantidad de individuos lo bastante elevada como para protegerlos tanto de la vulnerabilidad económica en la vejez como de las crisis financieras derivadas del desempleo, la discapacidad y la mala salud durante su vida activa.

Precisamente la salvaguardia de los seguros sociales ha sido uno de los componentes importantes de los que carecían las reformas que se han concentrado en construir sistemas de pensiones basados en sistemas de capitalización individual. De manera más general, la transición de un sistema de prestaciones definidas a otro de contribuciones definidas (previamente financiados, hipotéticos o de otro tipo) transfiere totalmente los riesgos económicos a los pensionistas. En un sistema de prestaciones definidas, el patrocinador o el proveedor de las prestaciones es quien carga en gran medida con los riesgos. Por este motivo, la mayoría de los países que adoptaron un sistema de contribuciones definidas plenamente capitalizado establecieron garantías en torno a unos niveles mínimos de prestaciones de jubilación. No obstante, esto no ha resuelto el problema de garantizar una seguridad de los ingresos adecuada para todos. Por un lado, la cobertura no ha mejorado. Además, es posible que no todos los participantes reúnan las condiciones exigidas para percibir la pensión mínima o sean capaces de acumular los fondos suficientes para asegurarse un cierto nivel que pueda desempeñar la función del salario. Por tanto, los mecanismos de solidaridad dirigidos a los aportantes de ingresos más bajos han de fortalecerse en estos sistemas.

De hecho, ya no se considera que el paso a un sistema plenamente capitalizado predominante, con cuentas individuales y en el que las prestaciones se abonan sobre una base de

Los sistemas de pensiones deben adaptarse a las necesidades individuales de cada país

La sostenibilidad es un objetivo importante pero también lo es la solidaridad

contribuciones definidas, sea el ingrediente principal de la reforma de las pensiones, sino más bien un componente más que contribuye a aumentar la protección en la vejez. De nuevo, se ha reconocido la necesidad de emprender reformas y, además, mantener los actuales planes de pago sobre la marcha, para garantizar la seguridad social y un nivel adecuado que pueda desempeñar la función del salario. Cada vez es más unánime el reconocimiento del fracaso de las reformas del pilar contributivo a la hora de abordar el insuficiente acceso a las pensiones de vejez por parte de los trabajadores del sector no estructurado y aliviar la pobreza persistente en la vejez, especialmente en los países en desarrollo.

Los sistemas de pensiones de vejez deberían ser accesibles para todos

La accesibilidad debería ser igualmente un principio rector en el diseño y la reforma de los sistemas de pensiones. El énfasis puesto en los planes de seguridad social basados en los ingresos llevará necesariamente a la exclusión de grandes proporciones de la población, en particular en los países en desarrollo, con el consiguiente aumento de la vulnerabilidad de las personas de edad ante la pobreza. En este contexto, las pensiones de carácter no contributivo son mecanismos de distribución que permiten mejorar la seguridad económica de las personas de edad. Habida cuenta de la experiencia de países en desarrollo como el Brasil, Mauricio, Namibia, Nepal y Sudáfrica, queda claro que los planes de pensiones de carácter no contributivo reducen de forma sustancial el riesgo que corren las personas de edad y sus familias de caer en la pobreza (extrema).

Por último, la asequibilidad de los sistemas de seguridad de los ingresos en la vejez deberían considerarse un principio rector. Los recursos públicos son finitos y, para muchos países en desarrollo, insuficientes para responder a todas las necesidades sociales; de ahí que pueda ser necesario buscar el punto medio entre los objetivos de desarrollo. La asistencia internacional para el desarrollo puede ayudar a superar la falta de recursos pero, en última instancia, son las propias sociedades las que tendrán que decidir cómo abordar la cuestión del conflicto de intereses en torno a la distribución de los recursos. No obstante, en muchos casos, los pequeños cambios de distribución pueden marcar una gran diferencia. En línea con lo anterior, se ha demostrado que el costo de un plan de pensiones sociales que proporcionara una prestación diaria de 1 dólar de los EE.UU. para todas las personas de edad supondría menos del 1% del PIB en la mayoría de los países en desarrollo. Así pues, incluso en los países de bajos ingresos con grandes sectores no estructurados, establecer y mantener un nivel básico de pensiones sociales de carácter no contributivo podría ser una opción asequible. De manera más general, en la mayoría de los países en desarrollo es necesario que los programas de carácter no contributivo sostenibles sean parte integrante de los sistemas de pensiones que tengan por objetivo proporcionar un grado mínimo de seguridad de los ingresos para todos durante la vejez.

Capítulo VI

Sistemas de atención de la salud y prestación de cuidados a largo plazo para las sociedades en proceso de envejecimiento

Introducción

La situación sanitaria de las poblaciones ha cambiado de forma paralela a la transición demográfica. La importancia de las enfermedades transmisibles o infecciosas ha disminuido y la de las enfermedades no transmisibles o crónicas ha aumentado. Este fenómeno se denomina transición epidemiológica. Sus consecuencias, en particular en lo referente a la prestación de servicios de atención a la salud y de cuidados a largo plazo para las personas de edad, se examinarán en el presente capítulo.

En la mayoría de los países desarrollados, la transición epidemiológica tuvo lugar en el siglo XIX y a principios del siglo XX. Los países en desarrollo se encuentran actualmente en diversas etapas de la transición pero, considerados en grupo, se prevé que experimentarán un cambio drástico a principios del siglo XXI. Tendrá lugar un cambio crucial en los casos de muertes, que de afectar de forma predominante a las edades más jóvenes pasarán a producirse principalmente entre las edades más avanzadas, y que ya no serán debidas a enfermedades transmisibles o causas maternas o prenatales, sino provocadas por enfermedades no transmisibles. Se prevé que las muertes por VIH/SIDA aumenten de forma drástica en todo el mundo; por otra parte, se estima que el porcentaje de muertes debidas a enfermedades no transmisibles aumente del 59% en 2002 al 69% en 2030 (Mathers y Loncar, 2006). Las cardiopatías isquémicas y el infarto, seguidos del cáncer, las enfermedades pulmonares crónicas y la diabetes mellitus serán las causas principales de muerte en el mundo. En particular, estas causas de muerte tienen en común muchos factores de riesgo: el consumo de tabaco, dietas poco saludables, la actividad física insuficiente y el abuso del alcohol.

Las transiciones demográfica y epidemiológica en los países desarrollados tuvieron lugar durante un largo período de tiempo. El aumento de la esperanza de vida refleja las mejoras de la alimentación y el éxito de las intervenciones de salud pública en varios frentes, incluida la mejora de los sistemas públicos para proporcionar agua potable limpia, eliminar los desechos humanos y animales y garantizar la calidad de los alimentos —por ejemplo, mediante la pasteurización de la leche—, así como las campañas de educación que fomentan las prácticas saludables en lo referente al cuidado de los lactantes, la higiene personal, la alimentación sana, el consumo de tabaco y otras drogas, los hábitos sexuales, etc.

Muchas de estas intervenciones fueron posibles gracias a los avances sustanciales de los conocimientos médicos desde mediados del siglo XIX. Las mejoras del tratamiento médico de

La transición epidemiológica ya ha tenido lugar en los países desarrollados y actualmente está en curso en muchos países en desarrollo

Las intervenciones de salud pública contribuyeron al inicio de las transiciones demográfica y epidemiológica

los individuos enfermos avanzaron de forma espectacular en la segunda mitad del siglo XX, en especial a raíz del desarrollo de los medicamentos antibióticos y de terapias para el tratamiento eficaz de las enfermedades cardiovasculares. La mayoría de los países desarrollados ya se están preparando para el envejecimiento de la población y han llevado a cabo análisis de las posibles consecuencias sociales y económicas, en parte ante la preocupación por una posible presión futura sobre los recursos nacionales y presupuestarios, especialmente en relación con la financiación de los sistemas de pensiones y los sistemas de atención de la salud y prestación de cuidados a largo plazo.

Los países en desarrollo se enfrentan a una carga doble de morbilidad

La transición demográfica en los países en desarrollo se está produciendo a un ritmo mucho más rápido. Por tanto, el problema sanitario para estos países es mucho mayor, ya que sus sistemas de salud todavía presentan muchas deficiencias a la hora de tratar enfermedades a las que es más proclive la población más joven, mientras que el rápido proceso de envejecimiento ya ha provocado un aumento notable de la demanda de atención de la salud por parte de las personas de edad. De los 58 millones de muertes que se estima se produjeron por cualquier causa en 2005 en todo el mundo, 35 millones se debieron a enfermedades crónicas; asimismo, se considera que el 80% de las muertes debidas a enfermedades crónicas se habían producido en países en desarrollo de bajos y medianos ingresos, fundamentalmente porque en estos países se concentra la mayor parte de la población mundial, pero también, en parte, porque el mundo en desarrollo está experimentando un rápido proceso de envejecimiento y la necesidad de hacer frente al aumento de las necesidades de salud de las personas de edad (Organización Mundial de la Salud, 2005, págs. 2 y 4). Simultáneamente, las enfermedades transmisibles todavía siguen constituyendo las principales causas de muerte en numerosos países en desarrollo. Así pues, muchos de estos países se enfrentan a una carga doble de morbilidad: la alta tasa de muertes y la mala salud asociada a las enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles.

Los países en desarrollo han de ampliar y reformar sus sistemas de salud para hacer frente a esta doble carga

Los países en desarrollo han de ampliar y reformar sus sistemas de salud para hacer frente a esta doble carga de morbilidad. Han de ponerse en marcha programas de prevención encaminados a retrasar el inicio de las enfermedades y han de establecerse sistemas oficiales que respondan a las necesidades especiales de las personas de edad, incluida la prestación de cuidados a largo plazo si es necesaria. Además, esta ampliación debe ir acompañada y apoyada por un compromiso político sólido con vistas a ampliar la cobertura de la atención de la salud y a fortalecer la capacidad administrativa de los diversos niveles gubernamentales. Otro motivo por el que debe aumentar la participación de los diferentes niveles gubernamentales es que el apoyo no oficial prestado por la familia o la comunidad a las personas de edad está sometido a una presión creciente debido al descenso de las tasas de fecundidad, la reducción del número de miembros de las familias, el aumento de la longevidad de las personas de edad y el cambio de las normas culturales relativas al cuidado de estas personas, como se ha explicado en el capítulo III.

El envejecimiento es un factor que influye en el aumento de los gastos sanitarios, pero no es el más importante

En este capítulo se afirma que, si bien es cierto que los retos son considerables, no son insuperables. El análisis demuestra que el envejecimiento de la población es un factor, aunque no siempre el principal, que propicia el aumento de los gastos sanitarios. Las estimaciones de los gastos sanitarios futuros para una población en proceso de envejecimiento varían y están sujetos a una gran incertidumbre, pero, como se analiza más adelante, la mayoría de los estudios coinciden en señalar que la repercusión del envejecimiento por sí mismo supondría aumentar el gasto de salud pública en un intervalo de 1 a 3 puntos porcentuales del producto interno bruto (PIB) durante varios decenios. Unas cifras similares son aplicables al aumento futuro del gasto público en prestación de cuidados a largo plazo en los países desarrollados, aunque ello depende en gran medida del diseño de los sistemas de prestación de servicios de salud y de financiación.

Otros factores, además del envejecimiento, están provocando el aumento de los gastos sanitarios y esta situación dependerá en gran parte de que se logren contener los precios ligados al establecimiento de reservas para la atención de la salud y a los medicamentos. Los retos variarán en función del contexto y reflejarán las etapas de las transiciones demográficas y epidemiológicas alcanzadas por los países. Será necesario intervenir a muchos niveles para atender de forma asequible las necesidades de salud de toda la población, incluidas las personas de edad. Teniendo en cuenta la velocidad a la que se prevé que se desarrollen las transiciones demográficas y epidemiológicas, todos los niveles gubernamentales tendrán que reexaminar la manera en que se prestan los servicios de atención de la salud a la población en general y a las personas de edad en particular; el modo en que se financiará, por parte del sector público y privado, el sistema que finalmente se establezca; y las formas de mejorar la capacidad de la sociedad para ofrecer programas especiales a las personas de edad. No obstante, es indiscutible que las dimensiones del sector de la sanidad en la economía y el gasto público en dicho sector tenderán a aumentar con el paso del tiempo, incluso si se realizan esfuerzos a fin de contener el aumento de los costos; pero, como esta expansión está prevista y se está produciendo a lo largo del tiempo, debería ser perfectamente soportable en un país que experimente un aumento constante de los ingresos per cápita. Puesto que gran parte de esta ampliación puede preverse como parte de una tendencia a largo plazo, se puede intentar que las economías se ajusten a ella gradualmente con el tiempo.

Transición epidemiológica y envejecimiento de la población

El descenso de la mortalidad y la transición epidemiológica

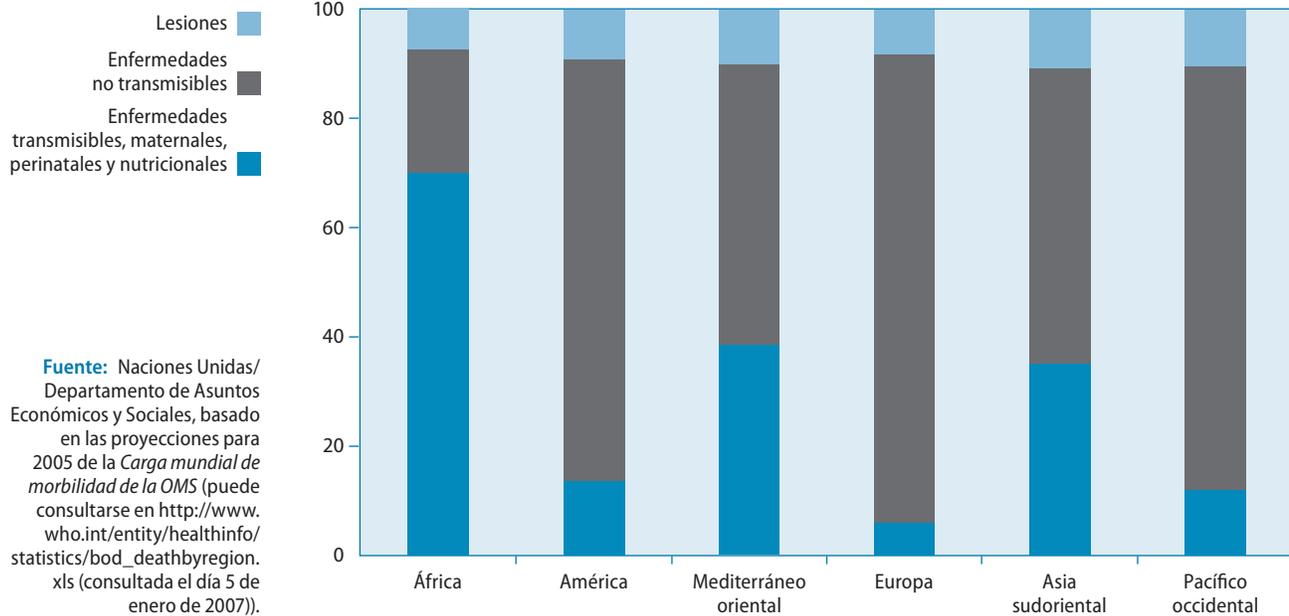
En las poblaciones anteriores a la transición, afectadas por una alta mortalidad, las enfermedades infecciosas y parasitarias eran las causas predominantes de enfermedad y de mortalidad, y una gran proporción de las muertes se producía en las edades más jóvenes. Las tasas de mortalidad eran altas en todas las edades, pero particularmente vulnerables eran los lactantes y los niños pequeños. Las posibilidades de supervivencia se fueron incrementando, en especial entre los niños, a medida que el riesgo de contraer enfermedades infecciosas se fue reduciendo gracias a las mejoras realizadas en lo referente a saneamiento, higiene, alimentación y terapia médica. Habida cuenta de que las personas que sobrevivían a la edad adulta e incluso a la vejez eran cada vez más numerosas, éstas se veían más expuestas a factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas. Con el tiempo, las enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas se fueron convirtiendo en las principales causas de morbilidad y mortalidad, de manera que la gran mayoría de las muertes actuales se producen en las edades más avanzadas en los países que han completado esta transición.

En los países en desarrollo, la transición empezó más tarde que en los países desarrollados y fue especialmente rápida en la segunda mitad del siglo XX. Todavía existen grandes diferencias en los perfiles epidemiológicos de varias regiones. El gráfico VI.1 ilustra las diferencias regionales en el desglose de las causas de muerte en tres grupos principales: *a*) causas transmisibles, maternas y perinatales, y nutricionales; *b*) enfermedades crónicas no transmisibles, y *c*) lesiones. En el gráfico y en la explicación que figura a continuación, los países y otras zonas se agrupan en regiones de acuerdo con el marco de clasificación utilizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La transición epidemiológica conlleva el paso del predominio de las enfermedades infecciosas en las edades más jóvenes al de las enfermedades no transmisibles en las edades más avanzadas

La transición epidemiológica en los países en desarrollo se aceleró en la segunda mitad del siglo XX

Gráfico VI.1
Distribución de las muertes por grupos de causas principales,
regiones de la OMS, 2005 (porcentajes)



En África todavía predominan las enfermedades transmisibles

En África¹, el 70% de las muertes en 2005 fue imputable al primer grupo de causas, mientras que el 23% se debió a enfermedades crónicas, lo que refleja el hecho de que esta región todavía se encuentra en una etapa temprana de la transición epidemiológica. El África subsahariana, en particular, se ha visto afectada gravemente por el VIH/SIDA, con una estimación de 24,7 millones de personas seropositivas en 2006, aunque en varios países afectados la pandemia se ha reducido o se ha visto contrarrestada por una tendencia a la baja de la mortalidad. Además, las enfermedades infecciosas asociadas, como la tuberculosis, han seguido aumentando. Los datos disponibles indican que, en 2006, más de 25 millones de personas en todo el mundo habían muerto de SIDA y que otros 39,5 millones vivían con el VIH (ONUSIDA, 2006; ONUSIDA y Organización Mundial de la Salud, 2006).

Otras dos regiones de la OMS, Asia sudoriental² y el Mediterráneo oriental³, también tienen una notable carga de morbilidad debido al primer grupo de causas, pero más de la mitad de las muertes ocurridas en estas regiones se deben ahora a enfermedades no transmisibles. En Europa, por otra parte, la gran mayoría de las muertes son imputables a causas no transmisibles⁴.

1 Incluye a todos los países africanos excepto Egipto, la Jamahiriya Árabe Libia, Marruecos, Somalia, el Sudán y Túnez.

2 Incluye a Bangladesh, Bhután, la India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, la República Popular Democrática de Corea, Sri Lanka, Tailandia y Timor-Leste.

3 Incluye al Afganistán, la Arabia Saudita, Bahrein, Djibouti, Egipto, los Emiratos Árabes Unidos, el Irán (República Islámica del), el Iraq, la Jamahiriya Árabe Libia, Jordania, Kuwait, el Líbano, Marruecos, Omán, el Pakistán, Qatar, la República Árabe Siria, Somalia, el Sudán, Túnez y el Yemen.

4 De hecho, más de la mitad de todas las muertes ocurridas en esta región se han debido a enfermedades cardiovasculares. En la región se incluyen la Comunidad de Estados Independientes, Europa (incluida Turquía) e Israel.

Los diferentes perfiles epidemiológicos de las diversas regiones reflejan las pautas de edad de la mortalidad. Para el mundo en desarrollo en conjunto, las muertes entre 2000 y 2005 se repartían de forma relativamente equitativa entre las diferentes edades; un 29% afectó a los menores de 15 años, un 30% a los adultos con edades comprendidas entre 15 y 59 años, y un 42% a los adultos de 60 y más años. No obstante, en el África subsahariana, los niños menores de 15 años registraban el mayor número de muertes (estimado en un 47% del total de muertes), lo que refleja la gran carga que suponen las causas transmisibles, prenatales y nutricionales. Un 38% de las muertes, muchas de ellas causadas por la epidemia del VIH/SIDA, afectó a adultos con edades comprendidas entre 15 y 59 años; asimismo, la mortalidad materna, las lesiones y las enfermedades crónicas que provocan una muerte prematura también representaron causas importantes. Las pautas observadas en el África subsahariana revelan un marcado contraste con las registradas en los países desarrollados, donde las muertes afectaban principalmente a las personas de 60 y más años (80%) y sólo un 1% se producía entre niños menores de 15 años. No obstante, las enfermedades no transmisibles están cobrando una mayor importancia como causas de muerte en los países de bajos y medianos ingresos; además, tienden a producirse a edades más jóvenes que en los países de altos ingresos (Organización Mundial de la Salud, 2006b).

Gracias a los continuos avances médicos, la mayoría de los países desarrollados experimentaron un descenso continuo de la mortalidad en la segunda mitad del siglo XX, ya que las muertes debidas a enfermedades no transmisibles, en particular las cardiovasculares, se producían en una etapa más tardía de la vida. Un caso representativo entre los países desarrollados es el de Francia, donde entre 1971 y 2002 el nivel estimado de esperanza de vida a los 65 años de edad aumentó de 16 a 21 años en el caso de los hombres y de 21 a 26 años en el de las mujeres (Naciones Unidas, 2006b). Con el aumento de la longevidad, las muertes se han concentrado más en las edades avanzadas; por ejemplo, entre 2000 y 2005 más del 80% de las muertes en Francia se produjo entre personas de 65 y más años y el 50% entre personas de 80 y más años.

En algunos países, aun habiéndose producido la transición epidemiológica, la mortalidad ha aumentado, debido a diversas causas sociales, económicas y comportamentales, como los accidentes, los actos de violencia y el uso indebido de sustancias tóxicas; estas causas suelen reflejar la presión ejercida por los cambios profundos que se han producido en las condiciones socioeconómicas (Kinsella y Phillips, 2005). En los países de Europa oriental, las enfermedades infecciosas ya estaban controladas en gran medida en los años sesenta, pero la mortalidad por enfermedades cardiovasculares seguía aumentando; asimismo, durante el período de planificación centralizada, la región no compartió los avances en el ámbito de la salud que experimentaron sus vecinos occidentales, algunos de los cuales habían partido de niveles más bajos de esperanza de vida (Naciones Unidas, 1997b, pág. 25). A principios de los años noventa, varios países de la ex Unión Soviética sufrieron un empeoramiento pronunciado de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y por causas externas, en particular entre los hombres. En la Federación de Rusia, la tasa de muertes en los últimos años ha sido particularmente alta para los hombres en edad de trabajar.

Salud y discapacidad entre la población de edad

Aunque los episodios de enfermedades transmisibles pueden tener efectos perjudiciales, las enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares o el cáncer, suelen dar lugar a un largo período de mala salud y de funcionamiento limitado. Además, algunas enferme-

Con el aumento de la longevidad, las muertes se han concentrado más en las edades avanzadas

Algunas enfermedades no transmisibles suelen dar lugar a un largo período de mala salud

dades no mortales (pero a menudo crónicas) pueden tener una repercusión notable sobre la calidad de vida y los costos de atención de la salud para las personas de edad. Algunos ejemplos de dichas enfermedades son la pérdida de audición y de visión, los trastornos musculoesqueléticos como la artrosis, y las deficiencias cognitivas, como la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

La evolución del estado de salud en las edades avanzadas repercute en los sistemas de salud

Con unas poblaciones en rápido proceso de envejecimiento en los países desarrollados, así como en muchos países en desarrollo, la evolución del estado de salud de las personas de edad tiene consecuencias de gran alcance. El aumento de la esperanza de vida se suele considerar como un resultado favorable del desarrollo social y económico, pero ¿en qué medida son saludables los años de vida que se añaden? Si los tratamientos médicos posponen las muertes debidas a enfermedades crónicas pero no retrasan el inicio de las propias enfermedades o sus efectos perjudiciales, el resultado puede ser una extensión de la morbilidad y la discapacidad a lo largo del curso de la vida de los individuos. Dicho de otra forma, si las mismas fuerzas que retrasan la muerte también retrasaran el inicio de las enfermedades crónicas, la morbilidad y la discapacidad podrían reducirse a un período de tiempo menor (es decir, la llamada compresión de la morbilidad).

La prevalencia de las enfermedades crónicas y la morbilidad parecen haber disminuido o haberse retrasado a largo plazo

Se dispone de escasa información sobre las tendencias a largo plazo de la incidencia o prevalencia de las enfermedades crónicas y la morbilidad. Existen datos que revelan información sobre veteranos blancos del Ejército de la Unión de los Estados Unidos de América, que lucharon en la guerra de secesión de 1861 a 1865. Estos veteranos fueron sometidos a reconocimientos médicos periódicos y, a principios del siglo XX, tendrían entre 60 y 64 años de edad. Sólo el 10% de esta cohorte se libró de las enfermedades crónicas. En cambio, los datos de un estudio de 1994 indicaban que el 25% de los hombres blancos del mismo grupo de edad se libró de dichas enfermedades. Existen pruebas similares que señalan que la media de edad de inicio de las enfermedades cardíacas aumentó de 56, a comienzos del siglo XX, a 65 años, a finales del siglo; para la artritis, el aumento fue de 56 a 65 años de edad. Así pues, el retraso medio del inicio de las enfermedades crónicas a lo largo del siglo fue de más de 10 años, mientras que el aumento medio, durante el mismo período, de la esperanza de vida para los hombres a la edad de 50 años en los Estados Unidos fue aproximadamente de 6,6 años (Fogel, 2004). Entre los factores significativos subyacentes al descenso de las enfermedades crónicas observado durante el siglo XX cabe mencionar la reducción de la exposición a enfermedades infecciosas durante la infancia y los primeros años de la edad adulta, los cambios ocupacionales que propician cambios de la naturaleza del trabajo y de los entornos laborales, y el aumento de la talla corporal media.

Se han propuesto varios indicadores de salud para medir la “esperanza de vida sana”

Más recientemente, se han propuesto varios indicadores de salud para examinar si se están produciendo una compresión de la morbilidad y cambios relacionados de manera similar en varias poblaciones. Entre estas medidas, quizás las más utilizadas sean algunas variantes que se engloban bajo la rúbrica “esperanza de vida sana”. Éstas miden cuántos años puede esperar vivir una persona con un buen estado de salud, dadas las tasas actuales de mortalidad, morbilidad y discapacidad. Teniendo en cuenta que, por definición, la esperanza de vida sana no puede superar la esperanza de vida total, la comparación entre ambas estadísticas da una indicación del tiempo de vida en buen estado de salud frente al tiempo de vida en mal estado de salud. Existen varias definiciones de “buen estado de salud” —puede significar vivir en ausencia de enfermedades, de discapacidades graves o incluso leves—, de forma que la esperanza de vida sana puede calcularse de varias maneras. Estos cálculos reciben nombres diferentes, como “esperanza de vida activa”, “esperanza de vida sin discapacidad” y “esperanza de vida ajustada en función del estado de salud

(EVAS)”. Cabe señalar que sigue resultando difícil utilizar estas medidas para comparar los niveles de esperanza de vida sana entre países, en particular porque los indicadores resultantes varían según se basen en enfermedades diagnosticadas o en el estado de salud descrito por los propios afectados, según las preguntas específicas que se formulen o las definiciones que se apliquen a la evaluación de la salud y la discapacidad en los estudios, y en función de las diferencias culturales que existan en la percepción de la salud.

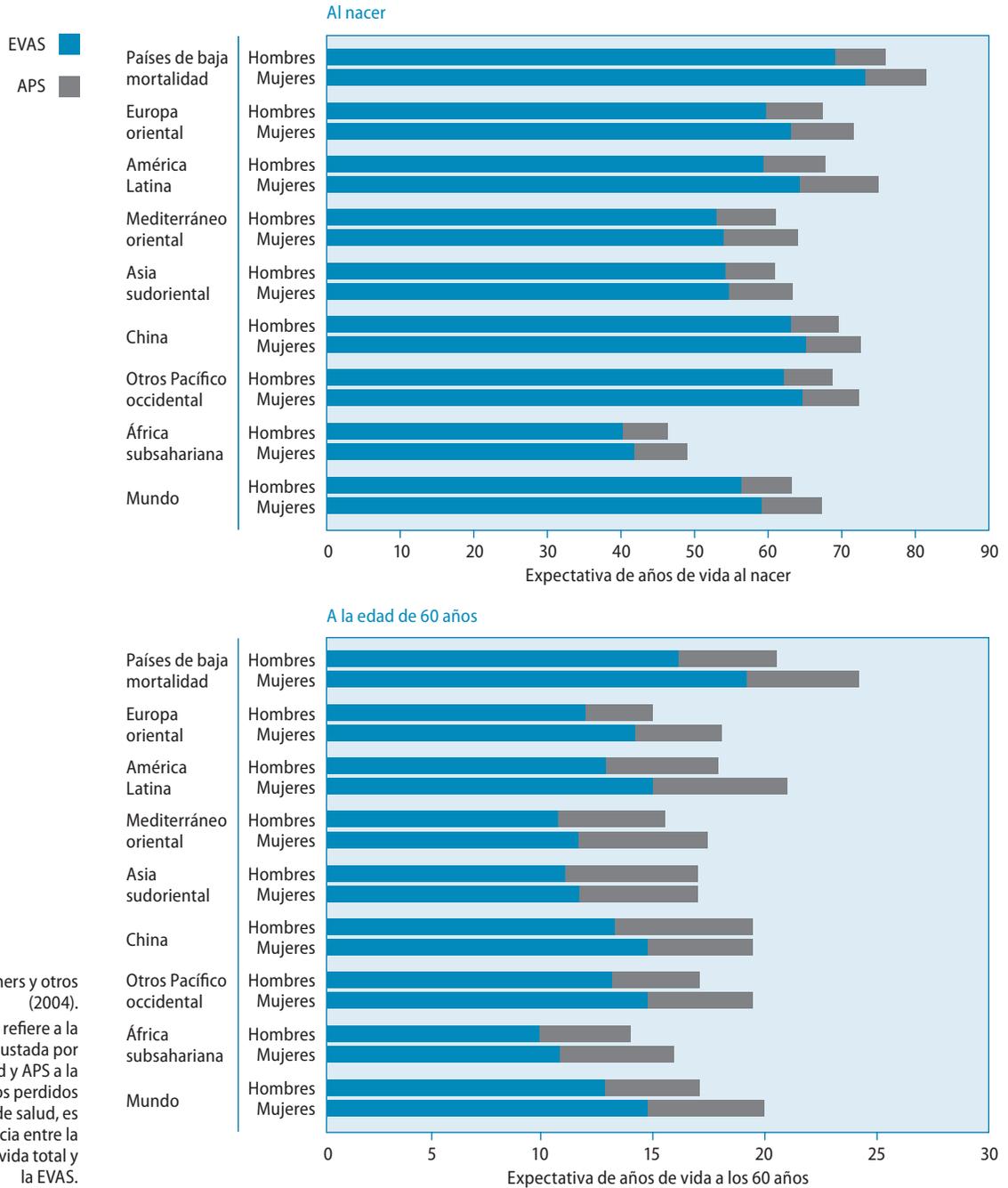
A pesar de los problemas que surgen a la hora de hacer comparaciones, de las pruebas disponibles se pueden extraer algunas conclusiones generales. La mayoría de los estudios han revelado que las mujeres tienen una esperanza de vida superior a la de los hombres, pero también pasan un período de tiempo más largo de su vida en mal estado de salud (Romero, da Costa Leite y Landmann, 2005). Otro hallazgo común de estos estudios ha sido que las personas de los países en desarrollo son más proclives a pasar una fracción mayor del total de sus años de vida en mal estado de salud. En los países en desarrollo, el inicio de las enfermedades tanto mortales como no mortales tiende a producirse a edades más jóvenes que en los países desarrollados. En consecuencia, cuando la Organización Mundial de la Salud compara los países desarrollados y los países en desarrollo utilizando la esperanza de vida ajustada en función del estado de salud, el número estimado de años vividos con una discapacidad es aproximadamente el mismo en ambos grupos de países. El gráfico VI.2 presenta las estimaciones de la OMS por sexo de la esperanza de vida sana y total al nacer y a la edad de 60 años para las regiones desarrolladas y las regiones en desarrollo. En los países de baja mortalidad, las mujeres suelen vivir más que los hombres pero pasan un período de tiempo más largo —8,1 años para las mujeres frente a 6,7 años para los hombres— en mal estado de salud al final de sus vidas.

Resulta difícil avanzar más allá de estas afirmaciones tan generales acerca de las diferencias relativas a la esperanza de vida sana entre los hombres y las mujeres, y entre los países desarrollados y los países en desarrollo, y tampoco es fácil extraer conclusiones firmes sobre las tendencias y las diferencias en cuanto a los años de vida en buen estado de salud en todo el mundo, ni sobre su relación con la esperanza de vida total. Por ejemplo, en un estudio reciente de las tendencias en lo referente a la esperanza de vida sana en los países de la Unión Europea (European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU), 2005), en el que cabría esperar que se dispusiera de datos comparables, se hallaron tendencias divergentes y grandes variaciones en cuanto al nivel estimado de discapacidad. Aunque existían pruebas de que en algunos países se había producido a lo largo del tiempo una compresión de la duración de la morbilidad en los diferentes intervalos de edad, otros revelaban un proceso de extensión. El estudio llegaba a la conclusión de que aquellos resultados contradictorios indicaban que tal vez las estimaciones todavía no eran comparables entre países, pese a los esfuerzos realizados por ajustar y armonizar los datos.

Otro ejemplo de las dificultades que entraña la interpretación de esta información proviene de un estudio realizado en China (Qiao, 2005), en el que se descubrió que la esperanza de vida activa de las personas de edad —es decir, el número de años de vida sin discapacidad— había descendido entre 1992 y 2000. Este descenso podía haberse debido a la transición de un sistema de atención de la salud universal pero elemental proporcionado por el Gobierno en una economía de planificación centralizada a un sistema caracterizado por el aumento de la dependencia de las tasas abonadas por los usuarios y la privatización de muchos servicios médicos, que podrían haber resultado perjudiciales para los pobres, especialmente en las zonas rurales, con respecto a la cobertura de la atención médica básica. No obstante, esta conclusión sólo constituye una posible interpretación de los datos. Puesto que la medición de la esperanza de vida activa se basaba en el estado de

Las mujeres tienden a pasar un período de tiempo mayor de sus vidas (más largas) en mal estado de salud y las personas de los países en desarrollo pasan una mayor parte de su vida total en mal estado de salud

Gráfico VI.2
Esperanza de vida sana y total al nacer y a la edad de 60 años, por región y sexo, 2002



Fuente: Mathers y otros (2004).

Nota: EVAS se refiere a la esperanza de vida ajustada por el estado de salud y APS a la expectativa de años perdidos en buen estado de salud, es decir, la diferencia entre la esperanza de vida total y la EVAS.

salud descrito por los propios afectados en una serie de estudios, no está claro si la salud real había empeorado durante el período del estudio o si la reacción negativa a los cambios del sistema de salud y las nuevas expectativas en torno a la atención médica habían hecho que las personas declararan no tener un buen estado de salud.

Diferenciales de salud y sus consecuencias para las tendencias futuras

Los estudios de las poblaciones de edad en los países desarrollados han revelado la existencia de relaciones constantes entre la situación socioeconómica y los niveles de morbilidad y mortalidad. En general, los segmentos más favorecidos de estas poblaciones (en los que se incluyen las personas de ingresos más altos, con niveles de educación más elevados o con una percepción social más alta) suelen gozar de un mejor estado de salud y vivir más tiempo que los segmentos menos favorecidos. Por tanto, se prevé que, probablemente, los niveles futuros de salud y discapacidad se verán influidos no sólo por los cambios que se produzcan en el ámbito general de la salud y la tecnología médica, sino también por los cambios que afecten a la composición de la población de personas de edad con respecto a los ingresos per cápita, los niveles de educación, el estado de salud en las primeras etapas de vida y la conducta posterior como adultos.

Varios estudios han demostrado que las personas con niveles de educación más altos padecen niveles más bajos de enfermedades crónicas y de discapacidad. Los expertos todavía no se han puesto de acuerdo sobre los mecanismos exactos que intervienen en esta relación. Explicaciones posibles serían los efectos psicosociales sobre las personas asociados a diferentes tipos de empleo, el uso diferente del conocimiento y la tecnología en el ámbito sanitario, la alta correlación entre la educación y los ingresos, y la consiguiente capacidad de costearse los servicios médicos (Cutler, Deaton y Lleras-Muney, 2005). Teniendo en cuenta que el acceso a la educación, incluida la educación superior, está mejorando en la mayoría de las regiones del mundo, debería aumentar la presión para lograr una cobertura más amplia y una mejor calidad de la atención de la salud. Además, el nivel educativo de las cohortes de población que pasarán a formar parte del intervalo de edad avanzada en los próximos decenios será cada vez más alto, lo que apunta a un posible efecto beneficioso sobre las tendencias futuras de salud y de bienestar general para las personas de edad y una mayor actividad, por su parte, encaminada a mantener un buen estado de salud. Cabe resaltar, no obstante, que la estrecha relación que se observa actualmente entre la educación y la salud no es uniforme en todos los países (Kinsella y Velkoff, 2001).

Es sabido que las condiciones de vida generales en las primeras etapas de vida, incluidos el estado nutricional y la exposición a enfermedades transmisibles, tienen efectos importantes sobre la salud en la vida posterior. Por ejemplo, la exposición al virus de la hepatitis B se ha relacionado con el desarrollo posterior del cáncer de hígado, así como la fiebre reumática aguda durante la infancia suele desembocar en la enfermedad reumática del corazón, que todavía representa una causa importante de muerte entre los adultos en las regiones en desarrollo (Elo y Preston, 1992). La baja estatura, cuando es resultado de un retraso del crecimiento debido a la privación nutricional y las enfermedades en la infancia, se ha asociado en los países desarrollados al aumento del riesgo de mortalidad en la vejez, particularmente a causa de enfermedades cardiovasculares (Aboderin y otros, 2002; Elo y Preston, 1992; Fogel, 2004).

No obstante, todavía existen muchas incógnitas con respecto a las relaciones entre las enfermedades padecidas en las primeras etapas de vida y sus efectos sobre la salud en la vida posterior. En un informe de la Organización Mundial de la Salud se llegó a la conclusión de que todavía resulta prematuro recomendar políticas de intervención en las primeras etapas de vida (por ejemplo, medidas para aumentar el peso al nacer) para la finalidad expresa de influir en la salud adulta, especialmente porque todavía faltan pruebas que demuestren la existencia de estas relaciones en los países en desarrollo (Aboderin y otros, 2002).

A la hora de formular políticas, tienen mayor relevancia las tendencias observadas en la conducta individual, como, por ejemplo, el consumo de tabaco, el ejercicio y la dieta. Además, en 2000 se estimó que 4,8 millones de muertes de adultos en todo el mundo eran imputables al

Unos ingresos más altos, unos niveles de educación más elevados y una percepción social más alta se asocian con una vida más larga y un mejor estado de salud

Aunque la mejora de las condiciones de vida en las primeras etapas de vida puede tener consecuencias positivas sobre la salud...

...en la vida posterior todavía existen muchos factores desconocidos que afectan al estado de salud en la vida posterior

El consumo de tabaco, el ejercicio y la dieta tienen efectos fundamentales sobre la salud

consumo de tabaco (Ezzati y López, 2004). En comparación con los no fumadores, los fumadores corren un riesgo extremadamente alto de padecer numerosas enfermedades. En la lista se incluyen, sin carácter restrictivo, el cáncer de pulmón, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. Este exceso de riesgo se reduce casi de inmediato al dejar de fumar y sigue disminuyendo a medida que aumenta el tiempo transcurrido tras haber dejado de fumar.

Aunque las tasas de fumadores han sido más altas históricamente en los países desarrollados, más de la mitad de las muertes imputables al consumo de tabaco ocurren actualmente en los países en desarrollo. Éstos están empezando a notar los efectos de los riesgos acumulados a causa del aumento del consumo de tabaco en los últimos decenios. En América del Norte, el Japón y algunos países de Europa occidental, las tasas de fumadores entre los hombres han descendido en los últimos decenios. No obstante, durante este mismo período, la prevalencia del consumo de tabaco entre las mujeres en estas regiones ha seguido aumentando, se ha estabilizado en niveles altos o ha descendido sólo ligeramente. Las tasas de fumadores varían ampliamente entre los países en desarrollo, pero suelen aumentar o estar estabilizadas en niveles altos. En general, el consumo de tabaco predomina mucho más entre los hombres que entre las mujeres en esos países.

La carga que supone la mortalidad debida al consumo de tabaco en los países en desarrollo se concentra en un intervalo de edad relativamente joven si se compara con el de los países desarrollados, lo que refleja una difusión más reciente del consumo de tabaco. No obstante, dado el crecimiento de la población previsto en los países en desarrollo, aumentará la carga de morbilidad y mortalidad relacionadas con el tabaco, a menos que se tomen pronto medidas encaminadas a reducir las tasas de fumadores entre los hombres y a evitar un aumento de dichas tasas entre las mujeres.

En los países en desarrollo, una situación socioeconómica más alta a veces se asocia a una mayor prevalencia de los factores de riesgo que provocan enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión (Aboderin y otros, 2002), ya que los segmentos de población urbana y otros segmentos favorecidos son más proclives a adoptar estilos de vida “occidentales”. No obstante, a medida que las pautas de conducta no saludables —como el consumo de tabaco y la sobrealimentación— se extienden a segmentos más amplios de la población, parece probable que los coeficientes socioeconómicos referidos a los factores de riesgo y a la morbilidad causada por enfermedades no transmisibles lleguen a parecerse a los registrados en los países desarrollados, y que las peores consecuencias recaigan en los grupos que registran un nivel socioeconómico más bajo.

Gran parte del componente evitable de la carga de morbilidad debida a enfermedades no transmisibles está relacionado con un cierto número de factores de riesgo que pueden cambiarse modificando el comportamiento individual. Entre los factores de riesgo que tienen efectos cuantificables causantes de enfermedades crónicas, se incluyen la hipertensión, el colesterol alto, el sobrepeso y la obesidad, la baja ingestión de fruta y verdura, el sedentarismo, el consumo de tabaco y de alcohol (Ezzati y otros, 2005).

¿Están preparados los sistemas de atención de la salud para el envejecimiento de la población?

Recursos de salud y gastos sanitarios

La cobertura y las prestaciones que los sistemas de atención de la salud proporcionan a las personas de edad varían considerablemente entre los países desarrollados y los países en desarrollo. Las diferencias no sólo reflejan los recursos humanos y financieros de los que disponen

Se espera un aumento de la carga de morbilidad y la mortalidad relacionadas con el tabaco en los países en desarrollo

Con el tiempo, la morbilidad causada por enfermedades no transmisibles en los países en desarrollo se asemejará a la de los países desarrollados

Los sistemas de salud varían considerablemente entre los distintos países

las personas de edad, sino también los valores y los puntos de vista de la sociedad en cuanto al papel y las responsabilidades del sector público en el cuidado de la salud general de la población. Las diferencias entre países en cuanto a la historia y la estructura de los programas de bienestar social general destinados al apoyo a los ingresos y a la atención de la salud dificultan, por tanto, la posibilidad de ofrecer un panorama general del sistema de atención de la salud típico de los países en desarrollo (Ofstedal y Natividad, 2002).

El objetivo de los actuales sistemas de atención de la salud en los países en desarrollo, en particular en los de bajos ingresos, sigue siendo todavía prestar atención de la salud en el caso de episodios agudos de enfermedades, pero no responder a las necesidades de salud de personas afectadas por enfermedades crónicas o de prestar atención de la salud específica a las personas de edad. No obstante, tal y como se ha mencionado anteriormente, los datos disponibles sobre los países en desarrollo revelan una prevalencia alta de los factores de riesgo que provocan enfermedades crónicas, como el consumo de tabaco, el alcohol, la dieta y el peso. La oportunidad desaprovechada de prevenir o tratar a una edad más temprana las enfermedades no transmisibles relacionadas con la edad puede contribuir a aumentar la incidencia, la prevalencia y las complicaciones de éstas a edades más avanzadas.

En general, los recursos destinados al sector de la salud en las regiones en desarrollo no alcanzan los niveles observados en el mundo desarrollado (véase el cuadro VI.1). Durante el último año del período 1997-2004 para el que se dispone de datos, los países africanos, por ejemplo, tenían 0,1 médicos por cada 1.000 residentes, frente a 2,7 en los países desarrollados y 3,5 en Europa occidental y en la Comunidad de Estados Independientes. Además, la escasez de trabajadores de la salud se suele asociar a las condiciones difíciles de trabajo, como los horarios prolongados, la baja remuneración o la escasez de suministros médicos adecuados. Aunque estas diferencias en cuanto a aportes de atención de la salud no se traducen necesariamente en diferencias similares en el estado de salud general de las poblaciones, la menor disponibilidad de médicos y de camas de hospital tienen, sin duda, consecuencias negativas para las condiciones de salud. La Organización Mundial de la Salud (2006a) ofrece pruebas que demuestran que existe una correlación positiva entre el número y el nivel de aptitud profesional de los trabajadores de la salud y el grado de cobertura en materia de inmunización y de difusión de la atención primaria, que, a su vez, constituyen factores importantes para la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres.

La emigración de profesionales de la salud (y trabajadores de asistencia domiciliaria) de los países en desarrollo agrava todavía más la situación. Esta migración es el resultado de la escasez de enfermeros en algunos países de ingresos medianos. La emigración de trabajadores de la salud de los países en desarrollo se debe, además, a la remuneración relativamente baja,

Los sistemas de atención de la salud que existen actualmente en muchos países en desarrollo se enfrentan a las dificultades que supone responder a la doble carga de morbilidad

Cuadro VI.1
Número de médicos y de camas de hospital, por región, 1997-2004

	Médicos por cada 1 000 residentes (de 1997 a 2004 ^a)	Camas de hospital por cada 1 000 residentes (de 2000 a 2003 ^a)
Economías desarrolladas	2,7	6,3
África	0,1	1,2 ^b
Asia oriental y el Pacífico	1,3	2,4
Asia meridional	0,5	0,9
Asia occidental	1,5	2,3
América Latina y el Caribe	1,8	1,9
Economías en transición	3,5	8,5

Fuente: Naciones Unidas/Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, basado en los *Indicadores de Desarrollo Mundial, 2006*, del Banco Mundial (Washington D.C., Banco Mundial, 2006) (se puede consultar en www.worldbank.org/data/onlinebases/onlinebases.html.)

^a Datos disponibles para el último año.

^b 1990.

el entorno laboral poco atractivo y a la falta de inversión en educación y formación en sus propios sectores de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2006a).

Los ámbitos de la atención y el suministro médicos están adquiriendo una dimensión mundial, con médicos repartidos por todo el mundo que aprenden las últimas técnicas que se aplican en los países que cuentan con las instalaciones de investigación médica más avanzadas. Aunque esto podría beneficiar a los países en desarrollo, el éxodo intelectual de profesionales de la salud está ejerciendo presión sobre la necesaria ampliación de sus sistemas de atención de la salud. Según un estudio, uno de cada cinco médicos que ejercen su profesión en los Estados Unidos se ha formado en el extranjero y se ha estimado que en 2020 los Estados Unidos podrían enfrentarse a un déficit de 800.000 enfermeros y 200.000 médicos (Garrett, 2007, pág. 15). El mismo estudio concluye que, en los países en desarrollo, a menos que las instalaciones nacionales destinadas a la formación y los sueldos de los profesores aumenten lo suficiente como para poder satisfacer las necesidades crecientes de personal médico por parte de sus propias poblaciones, el resultado puede ser un éxodo aún mayor de personal médico de los países en desarrollo. El fenómeno del éxodo intelectual ha sido especialmente notable en África; por ejemplo, Zimbabue formó a 1.200 médicos durante los años noventa, pero sólo 360 permanecen en el país actualmente (ibíd.). En 1980, el país había logrado ocupar el 90% de los puestos de enfermería a escala nacional; actualmente sólo el 30% está ocupado. En Zambia, sólo 50 de los 600 médicos formados durante los últimos 40 años permanecen en el país actualmente.

Por otra parte, como el sector médico es de ámbito mundial, hay pacientes de países desarrollados que visitan con frecuencia países más pobres para obtener a un costo menor servicios médicos que, de lo contrario, habrían recibido en su propio país. Esto ocurre especialmente en el caso de la medicina cosmética y electiva, que a veces no cubre la póliza de seguro o el sistema de atención de la salud del propio país. Asimismo, a fin de reducir sus gastos de subsistencia, incluidos los de tipo médico y, en el caso de enfermedades crónicas, los de enfermería, y tal vez a fin de disfrutar de un clima más saludable, las personas de edad más ricas a menudo deciden mudarse a un país más pobre. Cabría pensar que esta demanda adicional de servicios médicos de países más pobres ayudará a éstos a conservar el personal médico y de enfermería, así como a ampliar la cobertura a toda la población.

No obstante, en general, los países en desarrollo, en particular los de bajos ingresos, tienden a gastar una proporción mucho menor de sus ingresos nacionales en la atención de la salud (véase el cuadro VI.2). Por ejemplo, el gasto sanitario per cápita en el África subsahariana es 50 veces menor que la media de dicho gasto en el mundo desarrollado⁵.

La disparidad de los servicios de atención de la salud entre los países ricos y pobres se percibe con mayor claridad todavía cuando se examinan las fuentes de gasto sanitario (véase el cuadro VI.3). En particular, la proporción del gasto público con respecto al gasto sanitario total tiende a aumentar con los ingresos per cápita, lo que indica que las personas en los países en desarrollo son más proclives a recibir atención de la salud a través de planes privados. En la práctica, la mayoría de las personas abonan dichos servicios directamente de su bolsillo, dada la baja cobertura de los planes de seguro médico privados en los países en desarrollo. Además, cuanto más pobre es el país, mayor suele ser la proporción de gastos del propio bolsillo. En 2003, la proporción del gasto público con respecto al gasto sanitario total representó el 29% en el grupo de países de bajos ingresos, según la definición del Banco Mundial; el 44% en

El éxodo intelectual de profesionales de la salud limita la necesaria ampliación de los sistemas de atención de la salud

Al mismo tiempo, actualmente hay pacientes de países desarrollados que visitan países más pobres para obtener servicios médicos a un costo menor

En los países en desarrollo, la mayoría de las personas abonan directamente de su bolsillo los servicios de atención de la salud

⁵ La diferencia se calcula utilizando tipos de cambio de mercado para convertir los costos a dólares de los EE.UU.; cuando se utilizan dólares de paridad de poder adquisitivo, el gasto sanitario per cápita en el África subsahariana es aproximadamente 33 veces menor (véase Banco Mundial (2006b), cuadro A1.1).

Cuadro VI.2
Gasto sanitario total, por región, 2000-2003

	Gasto sanitario como porcentaje del PIB				Gasto sanitario per cápita (dólares corrientes de los EE.UU.)			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
Países desarrollados	10,3	10,8	11,2	11,3	2 705	2 806	3 019	3 415
Regiones de países en desarrollo								
África	5,4	5,5	5,6	5,6	41	43	48	54
Asia meridional y oriental	4,3	4,5	4,6	4,6	38	38	38	43
Asia occidental	6,3	6,9	6,6	6,6	257	242	251	288
América Latina y el Caribe	6,9	7,0	6,6	6,6	268	260	215	221
Economías en transición	5,7	5,7	5,9	5,8	76	87	102	124

Fuente: Naciones Unidas/Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *Indicadores de Desarrollo Mundial* (se puede consultar en www.worldbank.org/data/onlinebases/onlinebases.html).

Cuadro VI.3
Proporción de gasto público con respecto al gasto sanitario total, por región, 2000-2003 (porcentajes)

	2000	2001	2002	2003
Países desarrollados	59,8	59,6	59,4	60,0
(excluidos los Estados Unidos)	76,6	76,9	76,7	76,5
Regiones de países en desarrollo				
África	44,3	44,3	43,4	42,8
Asia meridional y oriental	37,9	38,0	37,4	38,3
Asia occidental	63,0	65,3	65,7	67,3
América Latina y el Caribe	48,5	47,7	47,9	48,3
Economías en transición,	58,9	60,4	60,8	61,3
Partidas por memoria ^a				
Países de bajos ingresos	27,1 ^b	25,0	27,8	29,1
Países de ingresos medianos bajos	49,4 ^b	46,6	45,5	43,7
Países de ingresos medianos altos	54,2 ^b	57,8	57,6	57,9

Fuente: *Indicadores de Desarrollo Mundial* en línea.

^a Grupos de países definidos por el Banco Mundial.

^b Basado en los últimos datos disponibles antes de 2000.

los países de ingresos medianos, y el 58% en los países de ingresos medianos altos. En particular, la proporción de gasto público con respecto al gasto sanitario total en Asia meridional en conjunto fue del 26,3% en 2003, la más baja de todas las regiones. También en los países en desarrollo, es cierto que casi siempre las personas más pobres gastan más en atención de la salud pagada de su bolsillo que las familias más ricas (véase Banco Mundial, 2006b). El hecho de que la proporción del gasto público con respecto al gasto sanitario total sea menor no sólo conlleva una carga financiera mayor en el plano personal, sino que también refleja la capacidad relativamente menor de los países pobres para recaudar ingresos y el nivel menor de las intervenciones de salud por parte del gobierno para mitigar las deficiencias del mercado en los mercados de atención de la salud y de seguro médico (véase Schieber y Maeda, 1999).

El envejecimiento y la necesidad de reformar los sistemas de atención de la salud

A fin de responder a los cambios en las demandas de atención de la salud provocados por la tendencia sin precedentes de envejecimiento de la población, habrán de realizarse ajustes fundamentales en todas las esferas del sistema de salud. Se producirán cambios importantes en el tipo de servicios de atención de la salud que se demandan y en la cobertura exigida de los planes

El caso de los Estados Unidos demuestra que la relación entre el envejecimiento y el gasto sanitario no está totalmente clara

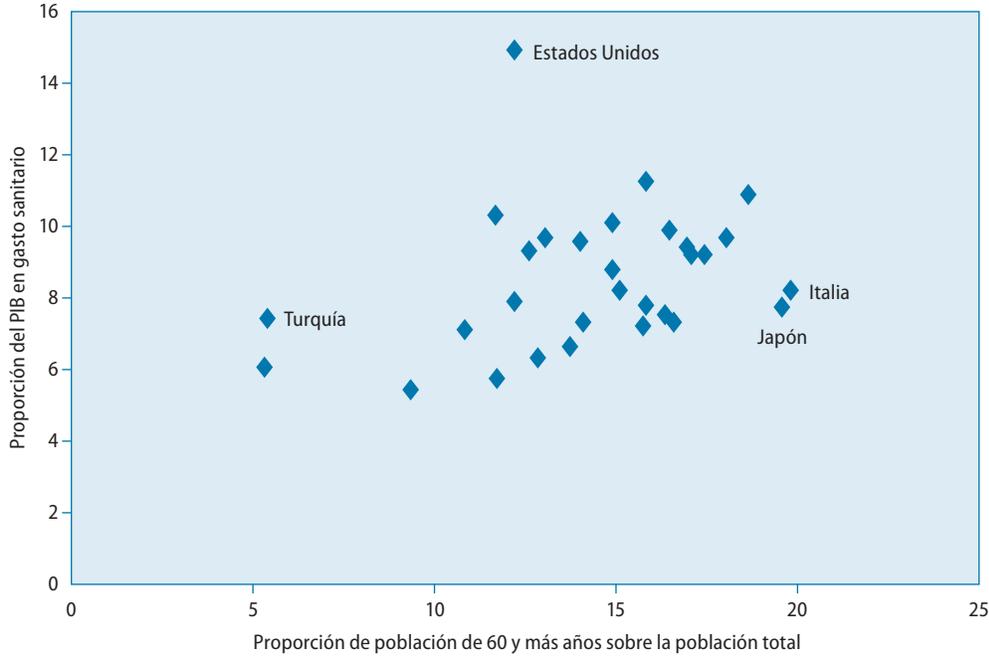
de seguro médico, así como en la dirección que deben seguir los programas de investigación. El aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y las necesidades de prestación de cuidados a largo plazo probablemente afectará también a las modalidades de convivencia de las personas de edad y los familiares que cuidan de ellas.

El hecho de que, en los países desarrollados, el envejecimiento de la población haya venido acompañado de cambios sustanciales en el gasto médico es el origen de la percepción generalizada de que es precisamente el envejecimiento de la población el que está aumentando el gasto sanitario y que dicho gasto puede volverse insostenible. Esta percepción se basa en un razonamiento muy sencillo: puesto que las personas de edad corren un riesgo más alto de contraer enfermedades y, por tanto, necesitar más atención médica que las personas más jóvenes, cabría esperar que un aumento de la proporción de personas de edad sobre el total de la población elevaría el gasto médico. Incluso en los Estados Unidos, país que carece de una cobertura de salud universal, al contrario que la mayoría de los demás países desarrollados, el gasto en atención de la salud per cápita (ajustado a la inflación) ha superado constantemente el producto nacional bruto (PNB) per cápita desde 1929, lo que ha elevado la proporción de PNB de este país desde el 3,5% (Newhouse, 1992, cuadro 1) hasta aproximadamente el 15% en la actualidad. Las tendencias han sido similares en otros países miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), aunque hasta ahora ninguno ha alcanzado el nivel de gasto en atención de la salud como proporción del PNB o de gasto en atención de la salud per cápita al que han llegado los Estados Unidos. No obstante, la cuestión que se plantea es en qué medida el envejecimiento de la población ha constituido un factor desencadenante del aumento del gasto sanitario. La respuesta a esta cuestión basada en la experiencia de los países desarrollados puede ayudar a señalar el camino que han de seguir los países en desarrollo.

Algunos estudios revelan que la relación entre el envejecimiento de la población y el gasto sanitario no es tan estrecha como se pensaba. Sobre la base de los diferenciales de edad en el gasto en atención de la salud, el cambio demográfico ocurrido en los Estados Unidos entre 1940 y 1990 tan sólo puede explicar un 15% del aumento total (Lloyd-Sherlock, 2000). Asimismo, los cambios de la estructura demográfica ocurridos durante los años transcurridos entre el período 1985-1987 y el período 1996-1999 también se consideraron responsables del 6% del aumento observado en el gasto en atención de la salud en Australia y del 14% en el Canadá (Gray, 2005). Al parecer, los factores no demográficos explican la mayor parte del aumento del gasto sanitario en estos países. En cambio, durante el mismo período, la cifra comparable para el Japón era del 56%. La estructura demográfica del país está envejeciendo a un ritmo más rápido que en otros países desarrollados, lo que aumenta la importancia del envejecimiento de la población a la hora de explicar el aumento observado del gasto sanitario.

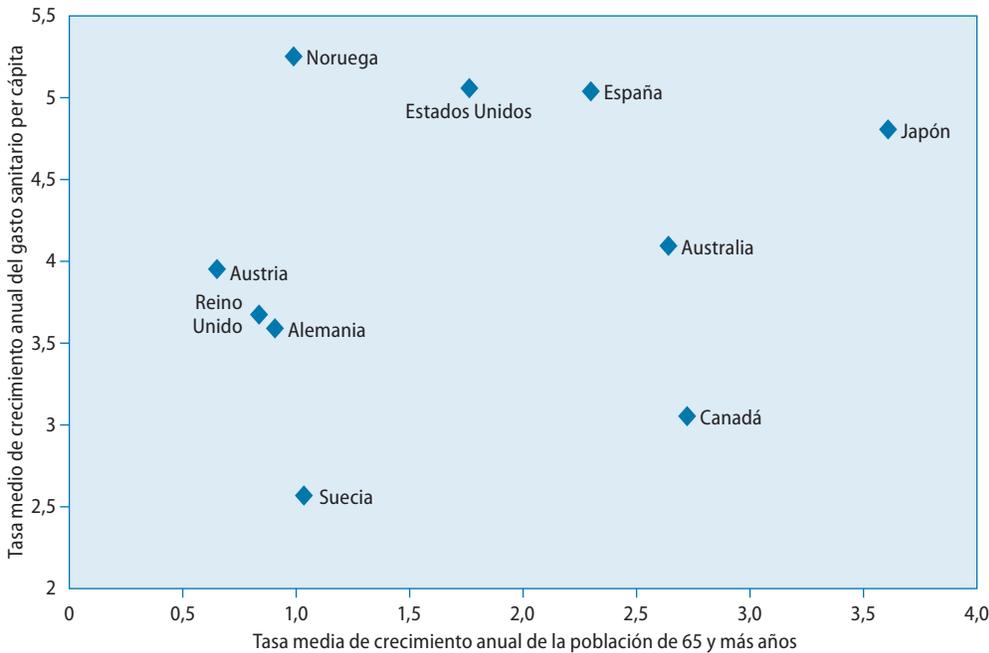
Las comparaciones entre países también ponen de relieve disparidades considerables en cuanto al gasto sanitario entre los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y revelan que el envejecimiento de la población no es la explicación principal de dichas disparidades (véase el gráfico VI.3a). Mientras que Turquía y, en menor medida, el Reino Unido tienen una estructura de la población por edades más joven que Italia o el Japón, los cuatro países gastan una proporción similar del PIB en atención de la salud. En Alemania, la proporción de personas de edad con respecto a la población total es similar a la del Japón e Italia, pero gasta aproximadamente 3 puntos porcentuales más del PIB en atención de la salud. Entre los países desarrollados, los Estados Unidos tienen una población relativamente joven, pero su gasto sanitario supera ampliamente el de cualquier otro país. Cuando se observan los cambios a lo largo del tiempo, tampoco se puede apreciar entre los países desarrollados una correlación estrecha entre el envejecimiento de la población y el gasto en atención de la salud (véanse los gráficos VI.3b y VI.3c).

Gráfico VI.3a
Proporción de personas de edad sobre la población total con respecto a la proporción del PIB en gasto sanitario, para una selección de países de la OCDE, 2003 (porcentajes)



Fuente: Naciones Unidas/ Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *Indicadores de Desarrollo Mundial* en línea.

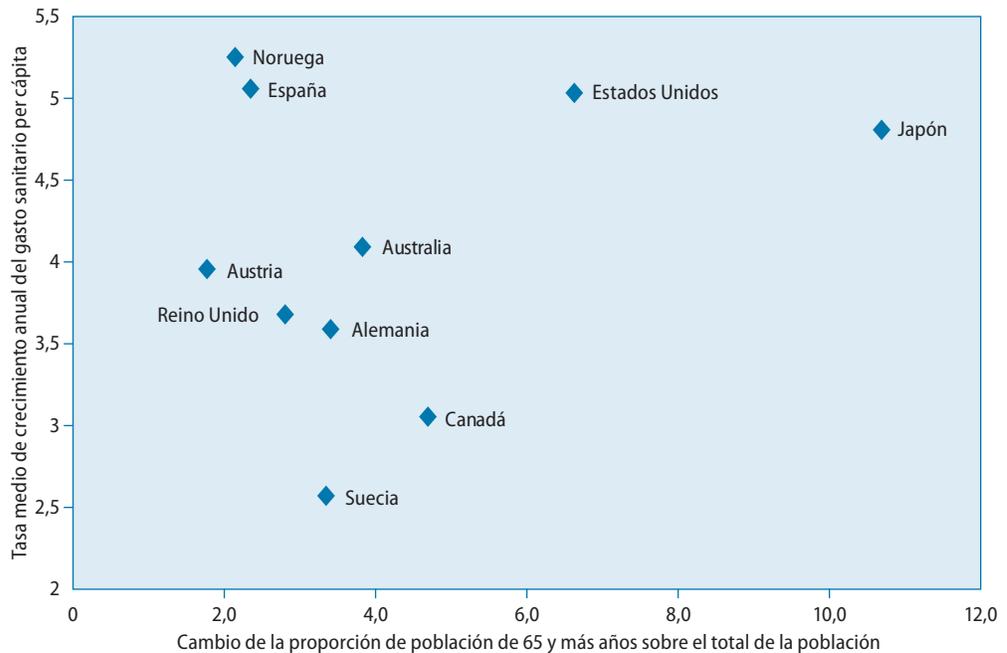
Gráfico VI.3b
Tasa media de crecimiento anual de la población de personas de edad con respecto a la tasa media de crecimiento anual del gasto sanitario per cápita, para una selección de países desarrollados, 1970-2002 (porcentajes)



Fuente: Naciones Unidas/ Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *Indicadores de Desarrollo Mundial* en línea.

Gráfico VI.3c

Variación de la proporción de población de personas de edad sobre la población total con respecto a la tasa media de crecimiento anual del gasto sanitario per cápita, para una selección de países desarrollados, 1970-2002 (porcentajes)



Fuente: Naciones Unidas/
Departamento de Asuntos
Económicos y Sociales,
*Indicadores de Desarrollo
Mundial* en línea.

Un estudio del gasto sanitario durante el período 1951-2000 en Nueva Zelandia (Bryant y Sonerson, 2006) apunta a dos mecanismos no demográficos que influyen en el gasto sanitario: el nivel de ingresos generales del Gobierno y la presión que ejercen los sueldos y salarios de los trabajadores de la salud. La estructura demográfica del país no ha dejado de envejecer desde 1950, mientras que el gasto sanitario ha experimentado grandes variaciones. El estudio revela que eran los ingresos del Gobierno y los sueldos y salarios de los trabajadores de la salud, más que los cambios demográficos, los que variaban de la misma manera que el gasto sanitario.

El progreso tecnológico y los cambios de la política sanitaria han sido causas fundamentales de gasto

El progreso tecnológico (los nuevos descubrimientos científicos y los nuevos medicamentos y tratamientos) y los cambios de la política sanitaria han sido otras causas fundamentales del gasto sanitario. Los planes de seguro médico públicos y privados han respondido, en cuanto al tipo y al alcance de la cobertura, al deseo cada vez mayor de las personas de utilizar nuevos servicios de atención de la salud, a medida que han aumentado los ingresos y se han logrado avances tecnológicos; asimismo, estos avances han transformado la intensidad y la cobertura de los servicios del sistema de atención de la salud. Al mismo tiempo, la interacción entre los avances tecnológicos, el cambio de política y la demanda de una salud mejor a menudo ha provocado una inflación de los servicios de salud. Una medida de los avances tecnológicos es el hecho de que la mayoría de las capacidades de diagnóstico, los procedimientos médicos, el equipo y los productos farmacéuticos utilizados hoy en día se han desarrollado en los últimos 50 años y pueden tratar eficazmente enfermedades que en el pasado eran incurables.

El progreso tecnológico y la política sanitaria guardan una relación estrecha (Weisbrod, 1991). El ritmo y los tipos de investigación y desarrollo médicos y farmacéuticos son funciones de las que la industria farmacéutica espera obtener una retribución económica. Esta retribución potencial viene determinada, en parte, por la prevalencia de enfermedades para las que se

está vendiendo una cura o tratamiento y, también en parte, por la posibilidad de reembolsar la inversión realizada en investigación y desarrollo, y en desarrollo de productos, que, a su vez, depende de la amplitud de la cobertura de los seguros médicos públicos y privados, y de su accesibilidad por parte del público en general. Al mismo tiempo, la aparición de nuevas tecnologías y una nueva medicina tiende a ejercer una presión al alza sobre los precios de los servicios de salud y sobre la necesidad de seguros médicos públicos o privados. En otras palabras, las tecnologías médicas y los gastos en atención de la salud vienen determinados en parte con independencia del envejecimiento de la población.

Hasta ahora, el análisis indica que el envejecimiento de la población no es el factor predominante en el aumento del gasto sanitario. No obstante, esto no implica que el gasto sanitario vaya a permanecer bajo y que su distribución entre los diferentes grupos de edad vaya a seguir siendo estable en los próximos decenios en los países en desarrollo. El envejecimiento de la población cambiará la composición del gasto sanitario total, ya que las personas de edad, o los usuarios de servicios médicos de alto costo, constituyen una proporción más elevada de la población. Además, el aumento de los niveles de ingresos y la sensibilización creciente por parte del público acerca de la disponibilidad y eficacia de las nuevas tecnologías médicas y la nueva medicina propiciarán un incremento de la demanda de servicios de atención de la salud, con independencia del envejecimiento de la población.

En el cuadro VI.4 se demuestra en qué medida el gasto sanitario de las personas de edad difiere del realizado por las personas más jóvenes presentando información sobre el gasto sanitario en varios grupos de edad para una selección de países.

El gasto sanitario relativo difiere en gran medida según el grupo de edad en esta selección de países. No obstante, en general, el gasto sanitario destinado a responder a las necesida-

Aunque no es la causa principal de gasto sanitario, se prevé que el envejecimiento de la población cambie la composición del gasto sanitario total

Cuadro VI.4
Distribución del gasto sanitario total, por grupo de edad, para una selección de países^a

País	Grupos de edad													
Brasil	0 a 4	5 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 y más								
Gasto público ^b	165,7	55,2	129,0	193,1	292,0	415,5								
Canadá	0 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 a 84	85 y más					
Gasto total	45,3	59,0	59,4	61,1	79,0	114,1	208,7	394,9	854,9					
China	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	64 y más
Gasto total ^c	35,0	17,9	11,8	51,4	12,6	7,2	8,6	164,8	127,6	89,9	104,9	323,9	212,1	250,4
Egipto	0 a 4	5 a 15	16 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 98						
Gasto total	73,0	61,6	78,1	123,5	167,5	203,7	209,1	177,7						
India			0 a 59	60 y más										
Andhra Pradesh, gasto total			97,3	138,1										
Karnataka, gasto total			89,7	237,7										
Panyab, gasto total			89,9	374,0										
Sri Lanka	0 a 14	15 a 59	60 a 74	75 y más										
Gasto total	96,7	90,9	163,2	184,2										
Uruguay^d	0 a 14	15 a 44	45 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 y más							
Gasto total	54,0	72,5	117,6	150,4	154,3	158,1	154,3							

Fuente: Naciones Unidas/Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, basado en fuentes nacionales.

a Índice: gasto sanitario total medio per cápita para todos los grupos de edad, establecido en 100.

b Sólo en hospitales, sin incluir el gasto relacionado con los nacimientos.

c Sólo tratamientos curativos.

d Basado en el gasto de las estancias en hospital contraído por la organización de atención de la salud Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU).

des de las personas de edad tiende a ser más alto. Éste es muy pronunciado en el Canadá, por ejemplo, aunque también tiende a serlo en otros países de la OCDE⁶. En el Canadá, el gasto sanitario es especialmente alto para las personas muy mayores (de 85 y más años). Asimismo, en los países en desarrollo, el costo de la atención de la salud para las personas de edad parece ser relativamente más alto que para las cohortes de otras edades. Esto se ha observado, por ejemplo, en el Brasil y en el estado de Panyab en la India. Sin embargo, en otros países y en otros estados de la India, el gasto sanitario relativo per cápita entre las personas mayores es notablemente más bajo que en el Canadá.

Las diferentes pautas de gasto reflejan los tipos de servicios de atención de la salud prestados al final de la vida en los países en desarrollo y en los países desarrollados. Aunque se ha investigado poco sobre los servicios de atención de la salud al final de la vida en los países en desarrollo, es posible extraer algunas conclusiones basadas en las circunstancias demográficas y sociológicas. En los países en desarrollo, la proporción de personas mayores de 60 años que viven solas es mucho más pequeña que en los países desarrollados (aproximadamente el 7% frente al 25%), aunque en ambas regiones esta proporción ha tendido a aumentar con el paso del tiempo. Las personas que viven solas suelen tener unos niveles de bienestar notablemente más bajos que las personas que viven con otras y, en los países más pobres, las personas de edad que viven solas suelen constituir un grupo especialmente desfavorecido. Un dato tal vez sorprendente es el hecho de que, una vez establecidos los controles de otras variables, los efectos que la residencia urbana o rural tiene sobre las modalidades de convivencia de las personas de edad no son significativos. En los países desarrollados, las personas que viven solas tienen muchas probabilidades de acceder a una prestación de cuidados a largo plazo de carácter institucional, especialmente si se trata de personas que no tienen hijos, hermanos o familiares que puedan ser los proveedores principales de apoyo no oficial (Naciones Unidas, 2005*b*).

En el Canadá, la mayor parte del gasto sanitario en personas de 85 y más años (aproximadamente el 75%) está relacionado con los costos que suponen las estancias prolongadas en instalaciones de atención residencial (por ejemplo, hogares de ancianos) y el uso de camas para atención paliativa en hospitales que ofrecen una prestación de cuidados a largo plazo. Del total de gasto sanitario per cápita de 27.135 dólares canadienses al año para las personas de 85 y más años en 2000 y 2001, 10.401 dólares canadienses se asignaron a la atención en el hospital y 9.358 dólares canadienses a la atención proporcionada por otras instituciones⁷. Los elevados costos de atención de la salud se deben en parte al uso de tratamientos médicos de tecnología avanzada y de nuevos medicamentos cuando el estado de salud de una persona se deteriora a lo largo de un período de tiempo prolongado a causa de enfermedades crónicas (Mathiason, 2003).

No obstante, con el paso del tiempo, los avances médicos pueden ayudar a frenar los costos. En el Canadá, el gasto sanitario total consumido por las personas de 65 y más años había aumentado un 22% en el período comprendido entre los años 1980 y 1981 y entre los años 2000 y 2001, período durante el cual la población de este grupo de edad creció un 33%. La sustitución de los procedimientos quirúrgicos por la farmacoterapia, la reducción de la duración de las estancias en hospital y el aumento del uso de servicios de asistencia domiciliaria y de servicios a la comunidad ha permitido al Gobierno frenar la escalada del gasto sanitario a mediados de los años noventa (Health Policy and Communications Branch, Health Canada, 2001).

En el Canadá, el uso de tratamientos médicos de tecnología avanzada y de nuevos medicamentos es una causa del gasto elevado en las personas de edad

No obstante, a largo plazo los avances médicos pueden ayudar a frenar los costos

⁶ Estos datos no se muestran en el cuadro pero véase, por ejemplo, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (2006*b*, gráfico 2.1).

⁷ El resto se gastó en productos farmacéuticos y suministros sanitarios.

Cabe señalar que la “edad cronológica” de una persona no es un indicador fiable del gasto sanitario; al contrario, lo que determina en parte el nivel de necesidades de salud y de gasto sanitario por persona es la proximidad a la muerte o el tiempo (previsto) de vida restante, según varios análisis médicos llevados a cabo en varios países desarrollados (Gray, 2005). En gran medida, esto se debe a que una gran parte del gasto de atención de la salud durante el tiempo de vida se contrae durante el último año de vida, con independencia de la edad cronológica de una persona; en muchos casos, antes de morir, el paciente permanece en instalaciones muy costosas durante un período de tiempo prolongado. La concentración del gasto médico al final de la vida, con independencia de la edad cronológica, resulta evidente en algunas categorías, como las enfermedades cardíacas y el cáncer.

La experiencia de Medicare en los Estados Unidos ha revelado que el gasto médico en el último año de vida disminuye con la edad, en particular para las personas de 85 y más años⁸. Esta pauta se halló en diferentes zonas geográficas (California y Massachusetts), para ambos sexos, para diferentes razas, con independencia del grado de comorbilidad, en centros de cuidados paliativos y hospitales, y con independencia de la causa o el lugar de la muerte. Además, la intensidad de la atención médica en el último año de vida disminuye con el aumento de la edad⁹; el gasto en servicios hospitalarios desciende a medida que disminuye la intensidad de la atención a los grupos de edad durante la hospitalización. Recientemente, se han observado pautas similares en dos de los tres estados investigados en la India, en particular, Karnataka y Panyab (véase Mahal y Berman, 2006).

En resumen, los datos indican que existe una relación entre el envejecimiento y el gasto sanitario, pero ésta es más débil de lo que se suele pensar. Aparentemente, la pauta del gasto médico al final de la vida en muchos países en desarrollo difiere de la de los países desarrollados, debido a la falta de acceso a la atención de enfermeros y paliativa, y al descenso de la intensidad de las intervenciones médicas. En consecuencia, el final de la vida puede conllevar un mayor sufrimiento, pero también puede desarrollarse con mayor rapidez. La baja cobertura de salud pública y el gasto relativamente alto que el paciente paga de su bolsillo en muchos países en desarrollo probablemente ponen fuera del alcance de la mayoría de las personas aquellos servicios que en los países desarrollados pueden prolongar la vida (Rannan-Eliya, Vidal y Nandakumar, 1998).

La relación entre el envejecimiento y el gasto sanitario es menor de lo que se suele pensar

El reto al que se enfrentan las políticas sanitarias

Las mejoras de las condiciones de salud no sólo dependen de la difusión de los servicios médicos o de salud. También son el resultado de factores como la mejora de la alimentación desde las edades más tempranas y de la educación y el saneamiento, la cantidad de ejercicio realizado y la reducción del consumo de tabaco y alcohol, y de los riesgos de contraer enfermedades infecciosas, como el VIH/SIDA. En la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid en abril de 2002, la Organización Mundial de la Salud formuló su enfoque del envejecimiento en buen estado de salud basado en el curso de la vida, que recomendaba a los gobiernos que tomaran medidas para luchar contra los factores que contribuían al inicio de las enfermedades y discapacidades (Organización Mundial de la Salud, 2002e). Estos factores ayudarán a determinar el curso —y los costos— de la transición epidemiológica.

⁸ Véase, por ejemplo, Levinsky y otros (2001).

⁹ Esto se basa en la admisión de pacientes en las unidades de vigilancia intensiva y el uso de ventiladores, monitores de arterias pulmonares, cateterización cardíaca y diálisis.

Los países en desarrollo pueden enfrentarse a diferentes hipótesis de transición epidemiológica

La primera hipótesis es pesimista y presenta la extensión de la vida acompañada de una prolongación del período de enfermedades crónicas

La segunda hipótesis presenta la prolongación del período de vida acompañada de una reducción del período de enfermedad

Sea cual fuera la hipótesis que se haga realidad, se necesitarán más especialistas en geriatría y gerontología, y más trabajadores sanitarios

Se suelen considerar dos hipótesis de transición diferentes: una se conoce como la sabiduría convencional o los “fracasos del éxito”, y la otra como la “compresión de la morbilidad”¹⁰. Dependiendo de cuál prevalezca en el futuro, los encargados de formular políticas se enfrentarán a diferentes retos.

La primera hipótesis prevé un período de vida prolongado en un estado de enfermedad crónica, como enfermedades cardíacas, infarto o demencia, o por una o varias discapacidades funcionales. Cada uno de estos conjuntos de factores necesitará grandes cambios en las aportaciones de atención de la salud y la adquisición de nuevas aptitudes por parte de los trabajadores sanitarios. El país tendrá un número cada vez mayor de personas frágiles y se producirá un aumento sustancial del gasto sanitario contraído, asociado a las nuevas tecnologías y a la necesidad de nuevas infraestructuras médicas. La atención a las personas de edad también se ampliaría. El aumento del gasto tendrá que correr a cargo de los particulares y los gobiernos. Los miembros de la sociedad que gocen de un buen estado de salud, tanto jóvenes como mayores, tendrán que realizar contribuciones mayores. Será necesario establecer planes de seguro y garantizar financiación pública y privada adecuada, a través de un aumento de los impuestos en general, y financiación privada basada en reducciones de impuestos para las familias que tengan a su cargo a personas de edad, lo que entraña una reconstrucción total del sistema de salud nacional existente. Precisamente debido a esta prolongación de la longevidad, aumenta la presión ejercida sobre el sistema de salud. De ahí que se hable de fracasos del éxito (Gnanasekaran, 2006).

La segunda hipótesis presenta un panorama más optimista, en el que el retraso del inicio de las enfermedades crónicas o discapacidades es mayor que el aumento de la esperanza de vida, gracias a lo cual la morbilidad se ve comprimida en la última etapa de la vida de las personas. Para que esto suceda, el gobierno, las comunidades, las familias y las personas, tanto jóvenes como mayores, han de tomar medidas conscientes y concertadas para fomentar la salud y unos estilos de vida más saludables a edades más jóvenes a través de una alimentación adecuada, la abstención del consumo de tabaco, un consumo moderado de alcohol, el ejercicio regular y la educación, los mismos factores que está fomentando la Organización Mundial de la Salud con vistas al envejecimiento en buen estado de salud.

Las consecuencias en materia de política sanitaria que se pueden extraer de estas dos hipótesis no son excluyentes entre sí. Para muchos países en desarrollo, la atención de la salud en episodios agudos de enfermedades o la prevención de enfermedades infecciosas es una prioridad de la política sanitaria; al mismo tiempo, la educación sanitaria y el fomento de un estilo de vida más saludable constituyen objetivos a largo plazo de la política en esta materia. Por otra parte, la política sanitaria derivada de la primera hipótesis conlleva una advertencia para muchos gobiernos y para la comunidad internacional en general, y es que si no emprenden una ampliación y mejora radical de sus actuales sistemas de salud, los países en desarrollo deberán hacer frente a un considerable aumento del gasto sanitario cuando todavía sean relativamente pobres.

A medida que disminuya la importancia relativa de las enfermedades transmisibles y aumente la de las enfermedades no transmisibles y las discapacidades, se necesitará una reserva mayor de especialistas en geriatría y gerontología y de trabajadores sanitarios. Como las personas de edad tienden a desarrollar múltiples enfermedades (comorbilidad), sus síntomas suelen ser diferentes de los de las personas más jóvenes. Al mismo tiempo, la ampliación de las instalaciones hospitalarias, el aumento del número de camas y la introducción de innovaciones modernas no sólo son necesarios para una población en proceso de enveje-

¹⁰ El presente análisis se basa en gran parte en Fries (2005) y Gnanasekaran (2006).

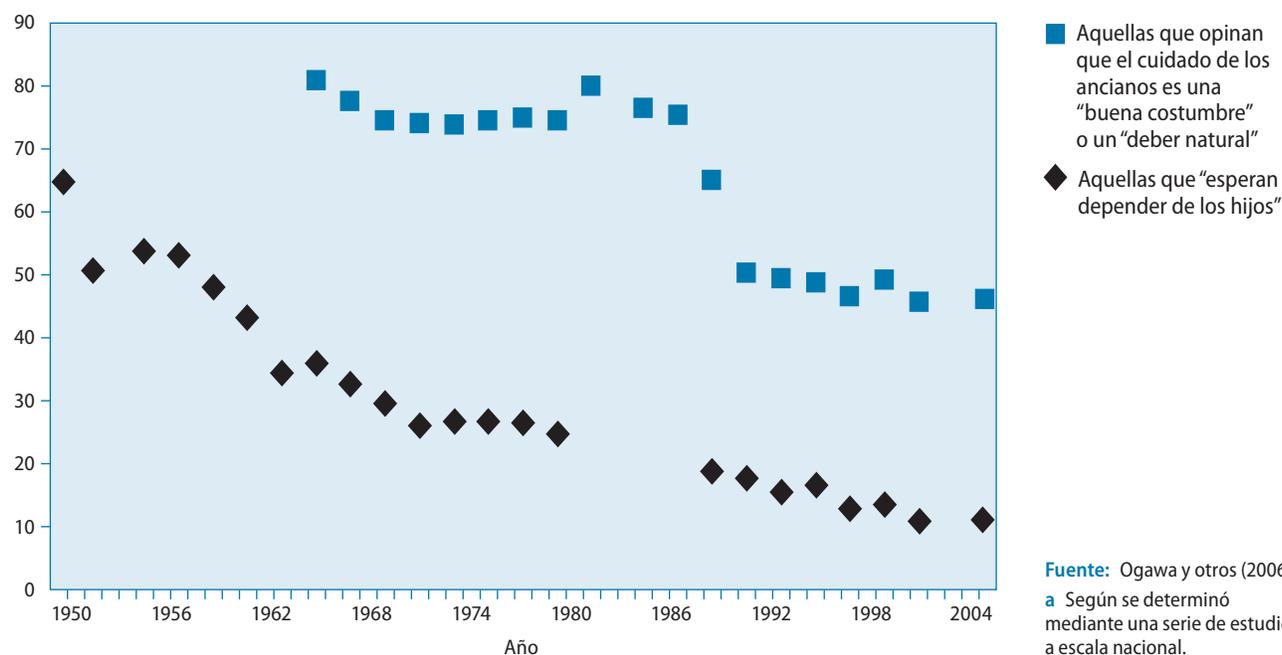
cimiento, sino también para mejorar la salud de la población en general, que se enfrenta a una grave escasez de los tratamientos médicos necesarios.

Cabe imaginar que un aumento del número de personas con discapacidad también puede tener consecuencias negativas para la calidad de vida de las “personas encargadas de su cuidado”, que en muchos casos proporcionan una atención no remunerada. Incluso en aquellos países en los que el gobierno ha establecido arreglos oficiales para la atención a las personas dependientes, la familia y la comunidad son los principales proveedores de atención a las personas de edad. No obstante, tal y como ha ocurrido siempre, cuando la transición demográfica se produce durante un período de crecimiento económico acelerado, la combinación también puede propiciar cambios imprevistos en los valores sociales, ya que éstos están relacionados con el cuidado de los padres y los miembros de la comunidad de edades avanzadas.

Por ejemplo, en un estudio sobre la atención de la salud en el Japón (Ogawa y otros, 2006) se descubrió un cambio repentino de las actitudes en lo que respecta al cuidado de los padres ancianos. En una serie de estudios sobre la planificación de la familia realizados desde 1950, se observó un descenso drástico entre 1986 y 1988 —un período de dos años— de la proporción de mujeres casadas encuestadas menores de 50 años que opinaban que encargarse del cuidado de los padres mayores era una buena costumbre o un deber natural de los hijos (véase el gráfico VI.4). Este descenso ha formado parte de una tendencia descendente de la voluntad perceptible de cuidar a los padres ancianos; no obstante, según el estudio, el descenso repentino mencionado entre 1986 y 1988 “corresponde al período en el que el Gobierno transfirió del Estado a las familias una mayor proporción de la carga que supone el cuidado de los ancianos”, medida a la que “las mujeres de mediana edad respondieron negativamente” (ibíd., pág. 16).

Las actitudes de los miembros de la familia en lo que respecta al cuidado de los padres pueden cambiar de repente

Gráfico VI.4
Tendencias de las normas y expectativas en relación con el cuidado de los ancianos entre mujeres casadas menores de 50 años, Japón, 1950-2004^a (porcentajes)



Los cambios socioeconómicos en curso harán aún más difícil mantener las formas actuales de prestación tradicional de cuidados a largo plazo

Así pues, la estructura familiar tradicional y el papel de las mujeres están cambiando o cambiarán, a veces de forma drástica. A muchos países les resultará más difícil mantener las actuales formas tradicionales de prestación de cuidados a largo plazo. Tal y como se explicará más adelante, toda sociedad necesita establecer un sistema oficial que sirva de complemento, pero no de sustituto, de las modalidades tradicionales.

La prestación de cuidados a largo plazo

Existe una preocupación universal acerca de cómo prestar cuidados a largo plazo a aquellas personas cuyas condiciones de salud sean irreversibles. Aunque la mayoría de las personas de edad permanecen activas y en un relativamente buen estado de salud, se prevé que se producirá un aumento de la necesidad de cuidados a largo plazo, en particular para las “personas que necesitan ayuda en su vida cotidiana” (Organización Mundial de la Salud, 2002*b*), una necesidad a la que toda sociedad debería ser capaz de responder de conformidad con sus propias tradiciones y como más convenga a los intereses de las personas que necesitan dicho cuidado.

En general, esta preocupación creciente refleja dos tendencias, a saber: el aumento de la prevalencia de la discapacidad a largo plazo en la población y el cambio de la capacidad que tienen los sistemas institucionales y no oficiales para proporcionar apoyo (Organización Mundial de la Salud, 2002*a*). La tasa de aumento del número de personas que necesitan ayuda en su vida cotidiana y la tasa de cambio de la capacidad institucional y no oficial dan forma al marco en el que se encuadra el sistema de prestación de cuidados a largo plazo en el conjunto de una nación.

En los países desarrollados, las necesidades de cuidados a largo plazo se deben principalmente al envejecimiento de la población, aunque el nivel y la combinación de los servicios difieren en función del país. Por regla general, intentan incluir el servicio de asistencia domiciliaria en el marco de una combinación de diferentes tipos y niveles de atención de la salud, tal y como se exigió en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 2002*a*). En particular, muchos de estos países están barajando formas de lograr que los servicios de asistencia domiciliaria alcancen el nivel adecuado y apoyar y desarrollar las aptitudes de los familiares encargados del cuidado de las personas de edad. La asistencia domiciliaria se está fomentando mediante la puesta en marcha de varios incentivos financieros y de diversos servicios de atención de la salud y bienestar (véase el recuadro VI.1).

No obstante, en los países en desarrollo, el envejecimiento de la población no es sino uno de los factores subyacentes a la necesidad de cuidados a largo plazo. Las enfermedades infecciosas y las lesiones causadas por los conflictos armados y los accidentes de tráfico, que afectan a todas las cohortes de edad, también requieren este tipo de cuidados. La demanda de cuidados a largo plazo motivada por el envejecimiento de la población está aumentando sustancialmente a la misma velocidad a la que se está produciendo la transición demográfica en estos países. En lo que queda de la presente sección, se abordará la prestación de cuidados a largo plazo a las personas de edad.

En muchos países en desarrollo, las formas institucionalizadas de servicios de cuidados a largo plazo tienden a escasear. La familia ampliada y las redes de familiares, amigos y vecinos siguen siendo las fuentes principales de apoyo y cuidados. Incluso en los casos en los que se dispone de alguna forma de apoyo oficial, las autoridades sanitarias suelen concentrarse principalmente en la orientación familiar, el asesoramiento y la atención de la salud.

Los países desarrollados están intentando proporcionar una combinación de diferentes tipos y niveles de servicios, con especial hincapié en los servicios de atención de la salud

En los países en desarrollo, la familia o las redes de familiares y vecinos son las principales fuentes de apoyo y cuidados

Recuadro VI.1

El movimiento del “envejecimiento en el propio medio”: la importancia creciente de la asistencia domiciliaria

La prestación de asistencia por parte de la familia y los programas destinados a las personas de edad han sido últimamente objeto de gran atención a la hora de formular políticas en muchos países, debido al reconocimiento de que la mayoría de las familias de todo el mundo continúan prestando asistencia a pesar de los cambios de las pautas de vida. El “envejecimiento en el propio medio”, pensado para ayudar a que las personas de edad permanezcan en sus hogares familiares o en un entorno similar a sus hogares, destaca la necesidad de contar con programas que apoyen a los familiares encargados del cuidado de estas personas para que se pueda lograr este objetivo. En los países desarrollados, donde funciona la atención de la salud oficial, cada vez se hace mayor hincapié en que ésta complemente, en lugar de sustituir, la atención de la salud no oficial.

En algunos países desarrollados, se ha producido una rápida expansión de las políticas y los programas diseñados para apoyar a los familiares encargados del cuidado de las personas de edad. En Suecia, por ejemplo, los gobiernos municipales prestan una atención prioritaria a las políticas y los programas de apoyo a las personas encargadas del cuidado de estas personas (Herlitz, 1997; Sundstrom, 1994). Estas políticas y estos programas se pueden clasificar en tres categorías principales: apoyo al empleo, apoyo financiero y servicios sociales. Las políticas de apoyo al empleo tienen por objeto ayudar a las personas que trabajan y se encargan del cuidado de las personas de edad. Entre ellas, se incluyen un plan de seguro para la persona encargada del cuidado de estas personas, el cual proporciona una licencia remunerada cuando un trabajador no puede asistir al trabajo por responsabilidades relacionadas con la prestación de asistencia; una política de licencias familiares que garantiza la seguridad del empleo sin salario, y una asistencia a personas mayores basada en el empleo, que flexibiliza los calendarios de trabajo e incluye una prestación de asesoramiento y de servicios de remisión, el cuidado de día de adultos en el lugar de trabajo o cerca de él y otros programas de asistencia a los empleados.

Las políticas de apoyo financiero animan a los familiares encargados del cuidado de las personas de edad a ofrecer la asistencia en el domicilio. Dichas políticas adoptan tres formas: subsidios, sueldos y créditos tributarios. Los subsidios que las personas de edad reciben del gobierno pueden destinarse a remunerar a los miembros de la familia que cuidan de ellos en el domicilio. El gobierno también puede abonar los sueldos directamente al familiar encargado del cuidado de las personas mayores, de manera que dicha persona pueda permitirse “trabajar” en el domicilio a jornada completa. Por último, los créditos tributarios o las deducciones que rebajan la carga fiscal pueden asignarse a los familiares encargados del cuidado de las personas de edad que puedan verse obligados a contraer gastos en concepto de asistencia domiciliaria.

Entre los servicios sociales, pensados para asistir a la persona encargada del cuidado de las personas de edad y de facilitar dicho cuidado, están los servicios domésticos y de mantenimiento del hogar y los servicios de cuidado de día y asistencia a estas personas. Más recientemente, los gobiernos de los países escandinavos han empezado a ofrecer servicios a las personas encargadas del cuidado de las personas de edad, entre los que se incluyen servicios de asesoramiento, apoyo a las personas encargadas de dichos cuidados, información y remisión. Los programas de formación están pensados para preparar a las personas encargadas del cuidado de las personas mayores tanto para las tareas prácticas de prestación de asistencia como para soportar la presión física y emocional asociada a la asistencia domiciliaria. La combinación de estas políticas y estos programas ofrece un marco multidimensional de apoyo a los miembros de la familia que prestan la asistencia (Hokenstad y Johanson, 1996).

Históricamente, Noruega ha hecho un mayor hincapié en un programa en el que los miembros de la familia —normalmente las hijas y las nueras— reciben sueldos correspondientes a una jornada parcial por prestar servicios de asistencia domiciliaria a un familiar anciano y/o con discapacidad. Algunos prestan asistencia a los ancianos de otras familias y, así,

Recuadro VI.1 (continuación)

El movimiento del “envejecimiento en el propio medio”: la importancia creciente de la asistencia domiciliaria

se convierten en asistentes domiciliarios a jornada completa. Aproximadamente el 25% del total de asistentes domiciliarios del país son familiares o vecinos de aquellos que reciben la asistencia. Desde el punto de vista de la familia, este programa proporciona unos ingresos adicionales al tiempo que permite que un miembro de la familia desempeñe un papel principal en el cuidado de las personas de edad. Este enfoque basado en el apoyo financiero a la prestación de cuidados por parte de la familia se está extendiendo a muchos países como parte del movimiento “decisión del consumidor” en el cuidado de los ancianos. La decisión del consumidor permite que las personas de edad que reciben cuidados a largo plazo en sus domicilios elijan entre recibir la asistencia domiciliaria del Gobierno o de agencias privadas o de miembros de la familia que reciban subsidios por prestar dicha asistencia.

En el mundo en desarrollo, las personas encargadas del cuidado de las personas de edad tienen menos acceso tanto al apoyo económico como al de servicios, pero los programas de este tipo están aumentando. En varios países, los programas de desarrollo social ayudan a proporcionar una fuente de ingresos para las mujeres de edad, muchas de las cuales tienen responsabilidades relacionadas con la prestación de asistencia primaria. Un ejemplo de este tipo de programa es el centro de día Samridhi, establecido en la India rural, que ayuda a las mujeres ancianas a aprender artes tradicionales que pueden ayudarlas a ganarse la vida y, así, complementar los medios de vida de la familia. Samridhi también ayuda a proporcionar a las mujeres materias primas y la infraestructura necesaria para percibir unos ingresos a través de la artesanía^a.

^a Para más información, véase <http://www.helpageindia.org/daycarecentres.php>.

Los cuidados en el domicilio los prestan los miembros de la familia¹¹. Sin embargo, debido a la disminución de la importancia de la familia ampliada en muchos países en desarrollo, como se ha explicado en el capítulo III, cada vez es más difícil depender exclusivamente de esta forma de cuidado no oficial.

No obstante, resulta difícil trazar un panorama general de la cobertura de cuidados a largo plazo dadas las situaciones tan diferentes en cada país. Además, como los cuidados a largo plazo a menudo no sólo se prestan a las personas de edad, sino también a las personas pobres y a las personas con discapacidad dentro de un único sistema de apoyo institucional o no oficial, en muchos casos es imposible separar ambos componentes¹². Para entender mejor las realidades existentes y aprender de la experiencia de los países en desarrollo y en proceso de transición por lo que respecta a los servicios de atención de la salud que están disponibles también para las personas de edad, la Organización Mundial de la Salud (2002*b*; 2002*c*; 2002*d*) eligió un enfoque de estudio por casos a la hora de abordar el tema.

Los estudios de casos de la OMS revelan que los países desarrollados suelen ofrecer un amplio paquete de servicios a largo plazo¹³. En cambio, la prestación de cuidados a largo plazo

La prestación de cuidados a largo plazo de financiación pública no existe en muchas partes del mundo en desarrollo

¹¹ “Asistencia domiciliaria para los enfermos crónicos”, en el marco del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), principal instituto de seguro social del país, es un ejemplo de este tipo de estrategia (véase Organización Mundial de la Salud, 2002*d*).

¹² En el marco del Instituto Mexicano del Seguro Social, sólo el 8% del total de usuarios tenían edades iguales o superiores a 65 años (Organización Mundial de la Salud, 2002*d*).

¹³ Los países examinados fueron Alemania, Austria, el Canadá, los Estados Unidos, Israel, Italia, el Japón, los Países Bajos y Suecia (véase Organización Mundial de la Salud, 2000, y Brodsky y otros, 2002).

de financiación pública no está disponible en la mayoría de los diez países examinados por la OMS (2002c)¹⁴. De éstos, sólo los países más ricos, como la República de Corea, así como Lituania y Ucrania, ofrecen una mayor variedad de servicios de cuidados a largo plazo.

De manera más general, los países de muestra con unos niveles más altos de ingresos per cápita tienden a proporcionar una combinación de servicios de cuidados a largo plazo para las personas que necesitan ayuda en su vida cotidiana, con independencia de la edad, y cuidados a largo plazo de carácter institucional. El paquete más amplio de servicios ofrecidos en Lituania y Ucrania incluye cuidados de carácter institucional, asistencia sanitaria a domicilio¹⁵, atención personalizada en el domicilio y actividades domésticas. En estos países, los servicios de atención personalizada en el domicilio y de actividades domésticas se dirigen a los pobres de todas las cohortes de edad y a las personas de edad sin familia. Los servicios de atención personalizada de financiación pública no están a disposición de la población que no es pobre en estos países, pero la asistencia domiciliaria se ofrece sobre la base de las condiciones de salud y de discapacidad, con independencia de los niveles de ingresos.

En Lituania, en 1998, había 90 instalaciones destinadas a la atención de la salud de carácter institucional, 29 de las cuales estaban gestionadas por organizaciones no gubernamentales, incluidas la Sociedad de la Cruz Roja y diversas organizaciones religiosas. Hasta 1990, el país había centrado sus programas sociales de atención institucional para las personas de edad y las personas con discapacidades físicas y mentales. No obstante, desde entonces, el número y la variedad de instituciones públicas ha crecido, las organizaciones no gubernamentales han participado más en la prestación de cuidados a largo plazo tanto a las personas de edad como a las más jóvenes; asimismo, el desarrollo de formas “no institucionales” (o “basadas en la comunidad”) de atención de la salud han cobrado importancia (Organización Mundial de la Salud, 2002d). Estas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales ofrecen una variedad de modalidades de atención de la salud para las personas con discapacidad, tanto jóvenes como mayores, que incluyen: atención personalizada (cuidados personales, baño y suministro de alimentos); ayuda en las actividades domésticas (limpieza, lavandería y compra); remodelación de la casa para responder a las necesidades de las personas con discapacidad; provisión de suministros, recursos auxiliares, equipo y medicinas; atención paliativa, y suministro de información y orientación a la familia del paciente.

En Lituania, las organizaciones no gubernamentales se hacían cargo del 14% del número total de residentes que vivían en instituciones en 1998, el doble de la proporción de 1995. Los trabajadores sanitarios de los programas basados en la comunidad proporcionan servicios de enfermería a domicilio, pero también otros servicios como la compra o los servicios domésticos, como se ha mencionado anteriormente. En 1997, más de 2.200 trabajadores y voluntarios habían participado en la prestación de cuidados, pero la conclusión de la OMS fue que este número era insuficiente para responder al nivel actual de las necesidades, llegando a la misma conclusión en materia de financiación.

Los demás países estudiados ofrecen variedades más limitadas de servicios de atención a las personas de edad. No obstante, incluso en el caso de que existan estos servicios, el número de personas que los reciben es relativamente reducido. En Tailandia, por ejemplo, el Departamento de Bienestar Social presta servicios a las personas de edad, en particular a aquellas que se ven aisladas y son vulnerables socialmente, que incluyen la prevención de la falta de vivien-

En la mayoría de los países en desarrollo, los servicios de atención a largo plazo son limitados

14 Los países examinados fueron China, Costa Rica, Indonesia, el Líbano, Lituania, México, la República de Corea, Sri Lanka, Tailandia y Ucrania.

15 La asistencia sanitaria se refiere a las situaciones en las que los médicos o los enfermeros visitan a los pacientes en su domicilio.

da, el maltrato y el abandono de la familia mediante una serie de medidas como la atención residencial, la creación de centros de servicios, el envío de unidades móviles y la disponibilidad de refugios de emergencia. El sector privado y las organizaciones no gubernamentales también disponen de programas para las personas mayores, por ejemplo, una dieta mensual y centros de servicio situados en los templos. El número de personas cubiertas por estos programas públicos y privados no se conoce. Dado que el número de personas de edad en las instituciones públicas de toda la nación que prestan atención a los residentes con discapacidad que se han visto abandonados o descuidados era de 2.807 en 2000, cabe concluir que la prestación de servicios públicos aún no es satisfactoria (Organización Mundial de la Salud, 2002*d*).

Muchos países planean tomar medidas encaminadas a desarrollar una atención de la salud oficial basada en la comunidad. Aparentemente, este enfoque es compatible con la prestación de cuidados a largo plazo de carácter domiciliario. Como se ha señalado anteriormente, Lituania y Ucrania, donde se ha institucionalizado la prestación de cuidados a largo plazo, están integrando ahora la atención de la salud basada en la comunidad en su sistema de salud oficial. La República de Corea, donde el sistema oficial aún está en sus inicios, también da una gran importancia a la creación de un servicio oficial de cuidados a largo plazo en el marco de la atención de la salud basada en la comunidad, a fin de reducir las tasas de utilización de los costosos servicios hospitalarios por parte de los pacientes.

El primer reto, y el más importante, en cuanto a la prestación de cuidados a largo plazo y asistencia domiciliaria para algunos países en los que un número elevado de la población vive en la pobreza, como Camboya, Haití, Kenya, Sudáfrica y Uganda, frente a los países relativamente ricos considerados más arriba, consiste en proporcionar, junto con los servicios médicos, un suministro adecuado de alimentos, vivienda digna, agua potable, eliminación de desechos, jabón asequible y otros suministros básicos y medicamentos.

Mientras tanto, se debería destacar el papel de las personas de edad a la hora de prestar asistencia a sus hijos, nietos y a la comunidad en general; asimismo, como se pedía en el Plan de Acción Internacional de Madrid, deberían realizarse aportaciones encaminadas a ayudar a las personas de edad que prestan asistencia. Esto ha tenido especial importancia en las familias en las que los padres de los niños han desaparecido a causa del VIH/SIDA y otras enfermedades, y en las que son los abuelos quienes prestan apoyo. En términos más generales, parece que el envejecimiento de la población se verá acompañado de un crecimiento del número de personas mayores en buen estado de salud que desearán y podrán servir de asistentes profesionales o voluntarios. A este respecto, la importancia de las organizaciones no gubernamentales y los voluntarios en la prestación de cuidados a largo plazo se ha reconocido en muchos países, como China, Indonesia, Sri Lanka y Ucrania.

Aquellos países que intentan mantener su sistema de asistencia domiciliaria de carácter no oficial pueden enfrentarse a dificultades en el futuro, en gran medida porque la estructura familiar tradicional y el papel de las mujeres están cambiando, a veces más rápido de lo previsto, como se ha examinado en el capítulo III.

El caso de México ilustra cómo el sistema tradicional de prestación de asistencia domiciliaria por parte de un miembro de la familia, normalmente la hija que trabaja en casa, se está viniendo abajo (OMS, 2002*c*). En las últimas décadas, el país ha experimentado una mejora de su rendimiento educacional, con una relación de matriculación más elevada, un número más alto de años escolares cursados, así como un aumento de las tasas de participación en el mercado de trabajo entre los grupos en edad de trabajar. Puede que las crisis económicas que sacudieron el país durante este período también hayan contribuido a aumentar la participación en la fuerza de trabajo, debido al acceso de las mujeres, los jóvenes y los niños al mercado de trabajo. Esto redujo el tiempo del que disponían los miembros de la familia para

Las personas de edad también se encargan del cuidado de sus hijos y nietos

Los esfuerzos para mantener el sistema de asistencia domiciliaria pueden enfrentarse a dificultades debidas a los cambios de las estructuras familiares y del papel de las mujeres

atender a los niños pequeños, a las personas de edad y a los enfermos (Knaul y otros, 2002). En general, una serie de factores a largo plazo están dificultando más el mantenimiento de las modalidades de asistencia tradicionales, por ejemplo, el aumento de la participación femenina en la fuerza de trabajo, a menudo asociada a la migración, y una mayor importancia del hogar nuclear en las zonas urbanas. Algunos de estos factores se han observado en otros países, como China, donde la migración masiva de las zonas rurales a las urbanas ha dejado atrás a las personas de edad y a los familiares con discapacidad que antes solían recibir los cuidados de las personas migrantes (Hua y Di, 2002).

Lamentablemente, el alcance de la provisión por parte del Estado de medios alternativos de apoyo, como las instituciones de seguridad social, no ha bastado para compensar los efectos de la disminución del papel desempeñado por la familia ampliada. En el caso de México, por ejemplo, aproximadamente el 45% de la población mayor de 65 años, al igual que muchas personas afectadas por una discapacidad o una enfermedad crónica, no tiene acceso a las prestaciones de seguridad social. Además, el déficit financiero del sistema de seguridad social limita el nivel de prestaciones sociales que puede abonarse a las personas cubiertas por el mismo.

Los datos sobre las tasas de discapacidad y de morbilidad son limitados en muchos países en desarrollo y, por tanto, resulta difícil predecir la necesidad futura de servicios de cuidados a largo plazo. Además, los estudios sobre los sistemas de prestación de cuidados a largo plazo, tanto institucionales como no oficiales, están en sus inicios. Incluso en aquellos lugares donde existen dichos estudios, las consecuencias que las diversas medidas en materia de prestación de cuidados a largo plazo tienen sobre el bienestar de las personas de edad todavía no se comprenden con claridad. Por tanto, existe una necesidad urgente de disponer de más estudios sobre la prestación de cuidados a largo plazo en los países en desarrollo que puedan facilitar un diálogo mejor informado entre los países y dentro de éstos.

Existe una necesidad urgente de disponer de más estudios sobre la prestación de cuidados a largo plazo en los países en desarrollo

Consecuencias para los gastos sanitarios en el futuro

El análisis anterior era necesario para proporcionar un contexto a los intentos de calcular los gastos sanitarios públicos que deberán destinarse en el futuro a la población en proceso de envejecimiento. Muchas de las intervenciones públicas y privadas dirigidas a mejorar la salud general implican un gasto y la necesidad de elegir un estilo de vida por parte de los individuos, factores éstos que no se incluyen en las proyecciones de los gastos sanitarios pero que desempeñan un papel principal a la hora de determinar los niveles de dichos gastos.

Aunque el aumento previsto del gasto sanitario y en prestación de cuidados a largo plazo no es un resultado del envejecimiento en sí mismo, ejercerá una presión sobre la economía nacional y los presupuestos del Estado en muchos países en desarrollo, en particular si el crecimiento económico no resulta ser tan sólido como se espera. Algunas cuestiones urgentes que cabe plantearse son cuánto puede crecer el gasto sanitario y en prestación de cuidados a largo plazo a consecuencia de los diversos factores que se han examinado anteriormente y de qué forma se podrían frenar estos aumentos, si, según las previsiones, la carga financiera sobre la economía nacional y el presupuesto del Estado resulta excesiva.

Proyecciones del efecto del envejecimiento sobre el gasto sanitario

Las proyecciones del efecto del envejecimiento de la población sobre los gastos sanitarios sólo existen casi siempre para los países desarrollados, debido no sólo al mayor interés que despierta esta cuestión a la hora de formular políticas, sino también debido a la mayor disponibilidad

de datos. Los datos disponibles en los países en desarrollo referentes a la salud son, en general, limitados, lo que dificulta aún más la labor de los investigadores a la hora de realizar proyecciones para esos países.

Se han aplicado enfoques actuariales y epidemiológicos a la proyección de los gastos sanitarios en el futuro

Se han desarrollado enfoques actuariales y epidemiológicos para la proyección del gasto sanitario en el futuro en función de los objetivos de la investigación y de las políticas o la planificación (véase el recuadro VI.2). Como se ha demostrado anteriormente, la relación entre el envejecimiento de la población y el gasto sanitario presenta una pauta compleja; para comprenderla es necesario definir todos los factores que influyen en el gasto sanitario y construir un marco capaz de captar la complejidad de la dinámica subyacente.

En un marco actuarial, el gasto necesario en el futuro se calcula sobre la base del perfil actual del gasto por edad y sexo. Los cambios en la población y en los costos per cápita proyectados, que suelen extrapolarse a partir de las tendencias observadas, pueden arrojar estimaciones sobre el gasto sanitario en el futuro. De manera implícita, se presupone que los costos per cápita proyectados incluyen todos los factores de crecimiento y se considera que constituyen el efecto compuesto de los factores no demográficos mencionados anteriormente. Un estudio sobre Sri Lanka (Rannan-Eliya, 2007) ofrece una aplicación perspicaz del marco actuarial para un país en desarrollo.

El caso de Sri Lanka

Las características de salud y demográficas de Sri Lanka son, en muchos aspectos, similares a las de un país desarrollado

Aunque Sri Lanka es un país de bajos ingresos, tiene una cobertura relativamente buena de servicios sociales, lo que se refleja también en un rendimiento relativamente bueno en lo que se refiere a los indicadores del desarrollo. La tasa de alfabetización para los adultos supera el 90% y la esperanza de vida al nacer se situaba en 68,7 años para los hombres y 76,8 años para las mujeres según una proyección uniforme para el período 2002-2006. La tasa de fecundidad en Sri Lanka se sitúa aproximadamente en el nivel de reemplazo, con una variación entre el 1,86 según la proyección a la baja y 2,1 según la proyección al alza para el período 2002-2006. El país cuenta con una amplia red de instituciones de salud y se estima que nadie tiene que desplazarse más de 1,4 kilómetros para acceder a un servicio de salud (Abeykoon, 2002). Así pues, Sri Lanka comparte muchas de las características demográficas y epidemiológicas de un país desarrollado. El gasto sanitario total en 2005 representaba el 4,2% del PIB y se dividía entre el sector privado (2,0% del PIB) y el sector público (2,2% del PIB).

Se prevé que la proporción de población mayor de 65 años aumente del 6,3% en 2001 a un porcentaje entre el 23,5% y el 29,7% en 2101; llegado este momento, se espera que

Recuadro VI.2

Proyección del gasto sanitario en el futuro^a

El aumento del gasto sanitario desde el último cuarto del siglo XX y, más recientemente, la mayor concienciación con respecto a los posibles efectos del envejecimiento de la población sobre el saldo presupuestario y la vitalidad de la economía nacional han despertado un interés considerable entre los encargados de formular políticas y el público en general por la posible "carga" que puede suponer la salud en el futuro. La proyección del gasto sanitario en el futuro es un instrumento útil que puede ayudar a los encargados de formular políticas a comprender los factores clave que influirían en el gasto y a abordar el envejecimiento de la población desde una perspectiva más amplia. Entre los métodos de proyección disponibles, destacan los enfoques actuariales y epidemiológicos.

De acuerdo con los métodos actuariales, la población se divide en varios grupos por edad y sexo. El gasto sanitario personalizado total (es decir, el destinado a los servicios de salud prestados a las personas) se calcula como la suma de los productos del número de personas de cada grupo de edad y sexo y el gasto medio en servicios de atención de la salud per cápita utilizados por las personas del mismo grupo. Las personas de los grupos de edad más avanzada son más proclives a utilizar los servicios de atención de la salud con mayor frecuencia que los más jóvenes (aunque no necesariamente) y, cuando los utilizan, tienden a necesitar más recursos. Asimismo, es probable que las mujeres de edad utilicen los servicios de salud más que los hombres de edad. Según esta interpretación, el envejecimiento de la población provoca un aumento del gasto sanitario total. El gasto sanitario medio per cápita en cada grupo de edad se puede desglosar, además, por uso específico por edad y sexo de los servicios médicos per cápita (el componente de utilización) y los costos o el precio unitarios de proporcionar los servicios médicos o los productos farmacéuticos (el componente de precio). El gasto público en salud preventiva y colectiva, los gastos de administración y los de capital se suman a los costos totales de los servicios prestados a las personas.

Los métodos epidemiológicos, como su propio nombre lo indica, se basan en tendencias epidemiológicas. La utilización de los servicios de salud y el gasto en estos servicios están vinculados a enfermedades o condiciones de morbilidad específicas. El gasto sanitario total se calcula como la suma de los productos del número de personas de cada grupo de edad y sexo, la incidencia de la enfermedad o morbilidad en cada grupo, el volumen medio de servicios de atención de la salud per cápita utilizados por las personas del grupo afectadas por una enfermedad o una condición de morbilidad específica y el precio medio de los servicios. Para realizar las proyecciones, las enfermedades o las pautas de morbilidad han de preverse sobre la base de las tendencias actuales; asimismo, se ha de estimar el gasto futuro por persona de un grupo específico de edad y sexo afectada por una enfermedad o una condición de morbilidad concreta. La diferencia principal entre este enfoque y el enfoque actuarial radica en la inclusión de la prevalencia de las enfermedades o morbilidades como factores impulsores de los gastos.

El método epidemiológico permite proyectar la incidencia de las enfermedades o morbilidades y el gasto asociado a las mismas. Conociendo qué tipos de enfermedades o morbilidades van a prevalecer en el futuro, las autoridades sanitarias podrán establecer los servicios médicos necesarios y disponer de servicios por anticipado (los tratamientos y servicios médicos necesarios para pacientes con demencia o diabetes, por ejemplo, son diferentes de los que necesitan los pacientes con cardiopatías isquémicas). Las campañas públicas para promover un estilo de vida saludable, que incluya la abstención del consumo de tabaco, la dieta y un consumo moderado de alcohol, pueden contribuir de forma rentable a reducir los costos futuros si, según las proyecciones, la incidencia de estas enfermedades no transmisibles va a experimentar un aumento considerable. No obstante, la información que se necesita para adoptar este enfoque epidemiológico es más que la que requiere el enfoque actuarial, lo que hace que el primero resulte más difícil y costoso para los países en desarrollo. Aunque el enfoque actuarial, en sus cálculos del gasto sanitario per cápita, suele captar todos los elementos importantes de los costos, no facilita información acerca de la relación entre las enfermedades o la morbilidad y los gastos sanitarios específicos por edad y sexo. Como este enfoque requiere menos información, se ha aplicado de manera más amplia tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

^a Basado en Rannan-Eliya y Wijesinghe (2006) y Mahal y Berman (2001).

la esperanza de vida haya aumentado aproximadamente nueve años. Dado que los datos disponibles para Sri Lanka señalan que la compresión de la morbilidad no se está produciendo, el estudio para este país presupone que no ocurrirán cambios en el estado de salud específico de cada edad y sexo en la población de Sri Lanka en los próximos decenios. Esto supondría un sesgo por exceso en las proyecciones si, de hecho, se produce la compresión de la morbilidad.

El comportamiento de las personas en relación con la salud es un factor importante a la hora de determinar el gasto sanitario. Este comportamiento se refiere a los casos en los que los individuos empiezan a visitar al médico o a utilizar los servicios médicos con mayor frecuencia que antes. La tasa de visitas de pacientes ambulatorios es relativamente alta en Sri Lanka (5,2 visitas anuales per cápita en 2005) y, según diferentes hipótesis, esta cifra podría aumentar, a un ritmo lento, a 8,4 visitas anuales per cápita en 2101 o, a un ritmo más rápido, a 13,5 visitas en 2101 (frente a 16 visitas anuales per cápita, por ejemplo, en el Japón entre 1993 y 1996). Se prevén pocos cambios en las tasas de pacientes hospitalizados durante ese período. Además de los cambios de comportamiento, también se espera que la productividad y la inflación de precios afecten al gasto futuro en servicios de atención de la salud¹⁶.

Los resultados obtenidos en tres supuestos diferentes demuestran que el envejecimiento es una causa importante del aumento de los gastos sanitarios en Sri Lanka...

En el estudio de Sri Lanka, se analizaron tres supuestos para el gasto sanitario previsto en 2101. La proyección de referencia presupone que los factores impulsores de los gastos siguen tendencias históricas y que no se producirán cambios en la combinación de servicios públicos y privados. En este caso, el gasto sanitario nacional total aumentaría del 4,2% del PIB en 2005 al 11,1% en 2101. La proyección de bajos costos prevé la intervención del Gobierno para incrementar su participación en el sector de la salud. Habría importantes aumentos de productividad del sector público, una transferencia de pacientes del sector privado al público y controles de revisión de los precios en el sector privado. En este caso, los gastos ascenderían al 6,7% del PIB en 2101. Según la proyección de altos costos, la política del Gobierno tendería a reducir la participación de éste en el sector de la salud, fomentar la responsabilidad del sector privado, no realizar un control activo de los precios en el sector privado y dedicar menos esfuerzos a aumentar la productividad en el sector público. Según este supuesto, el gasto sanitario nacional total aumentaría hasta el 13,2% del PIB en 2050 y hasta el 26,4% del PIB en 2101. En ese año, el gasto sanitario público supondría el 4,8% del PIB y el gasto privado el 21,6% del PIB. En el gráfico VI.5 se muestra el efecto de algunos de los diferentes factores que, según la hipótesis de referencia, contribuirán a aumentar el gasto sanitario como porcentaje del PIB entre 2005 y 2101. A más largo plazo, las tasas de visitas de pacientes ambulatorios desempeñarían un papel más importante que los factores demográficos en el incremento de este porcentaje.

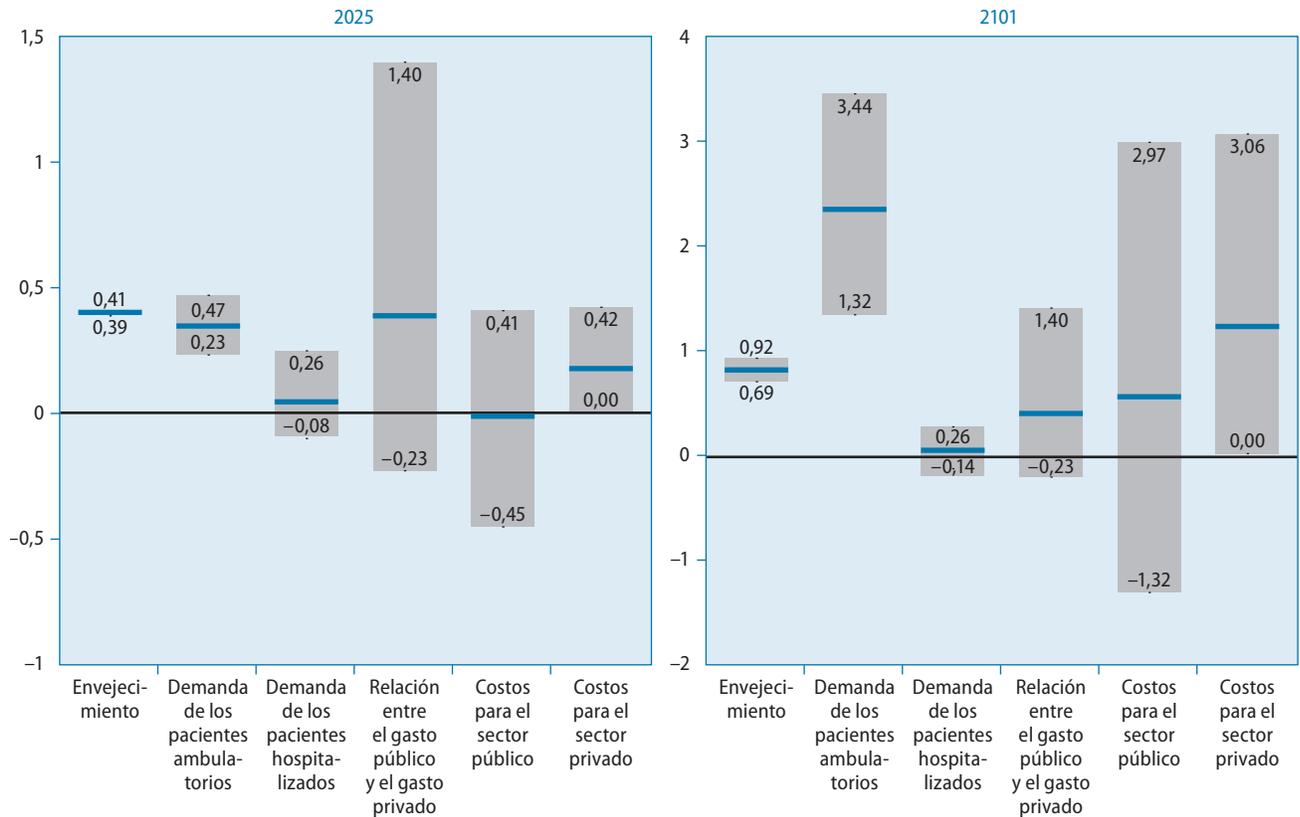
...pero no es necesariamente la causa principal

Esta diferencia en cuanto al gasto sanitario proyectado según diferentes supuestos de costos es, en sí misma, mucho mayor que el efecto del envejecimiento sobre los gastos sanitarios en el futuro según los tres supuestos. De hecho, el factor demográfico tan sólo elevaría el gasto sanitario entre un 0,7% y un 0,9% del PIB en 2101. Por tanto, la conclusión es que la causa principal del aumento del gasto no será en realidad el cambio demográfico, sino el cambio de la sensibilización con respecto a la salud y el aumento de la propensión de la población de Sri Lanka a utilizar la atención médica en caso de enfermedad. Rannan-Eliya (2007, pág. 33) afirma que es posible mantener los niveles actuales de suministro, acceso y calidad sin que ello suponga necesariamente un aumento sustancial del gasto sanitario público como proporción del PIB, es decir, dentro del intervalo del 5% al 7% del PIB, si las mejoras de la productividad pueden mantenerse al mismo ritmo que el envejecimiento.

¹⁶ La productividad se mide por los costos unitarios no ajustados por calidad, es decir, los gastos periódicos en los servicios divididos por el volumen de unidades de servicios prestados en las visitas al ambulatorio y las hospitalizaciones. Un descenso de los costos unitarios se considera una mejora de la productividad.

Gráfico VI.5

Alcance de los efectos impulsores del gasto sanitario nacional, según tres hipótesis diferentes, en Sri Lanka en 2025 y 2101^a (porcentajes)



Fuente: Naciones Unidas/Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, basado en Rannan-Eliya (2007).

Nota: Los valores de los recuadros superiores e inferiores representan los máximos y mínimos; la barra central representa la media.

a Se mide de acuerdo con el cambio en el gasto sanitario como porcentaje del PIB, a partir del nivel de 2005.

Otras proyecciones actuariales sobre los gastos sanitarios

Los resultados de un estudio actuarial similar sobre Hong Kong (Región Administrativa Especial de China) también indicaron que el envejecimiento y el crecimiento de la población, en sí mismos, sin tener en cuenta la innovación tecnológica para las enfermedades crónicas que afectan particularmente a los adultos de edad, contribuían relativamente poco a los gastos sanitarios en el futuro. De acuerdo con los supuestos del estudio¹⁷, se prevé que el gasto sanitario total aumentará hasta casi el 10% del PIB en 2033, desde el 5,5% del PIB que representaban en 2001 y 2002. Según las proyecciones, la proporción de gasto en salud pública descendería gradualmente desde el 57% en 2001 y 2002 a un nivel entre el 46% y el 49% en 2033 (Leung, Tin y Chan, 2007, pág. 1). Los resultados tuvieron muy en cuenta el supuesto sobre el aumento futuro previsto de los costos unitarios de la atención de la salud.

Un estudio sobre Hong Kong (Región Administrativa Especial de China) muestra que la innovación y los servicios de calidad más alta aumentarán los gastos sanitarios

¹⁷ Estos supuestos incluyen, para la hipótesis de referencia, un aumento de los costos unitarios de salud notablemente superiores a la inflación media del 0,8%, 1,6% y 1,2% anual para los costos/cargos públicos, privados y de otro tipo, respectivamente. En la hipótesis de referencia se presupone, además, una tasa de crecimiento constante del uso de los servicios equivalente al 0,2% anual.

Los autores llegaron a la conclusión de que la adaptación de la nueva tecnología médica era el principal factor impulsor del aumento de los costos a largo plazo y que, aunque las medidas de control del gasto tal vez podrían frenar este aumento de los costos, en la práctica la necesidad de innovar y prestar una atención de la salud de mayor calidad siempre prevalecería sobre los esfuerzos para economizar.

Un estudio de la OCDE destaca que los factores no demográficos son fundamentales para el aumento futuro del gasto sanitario

Un estudio de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (2006*b*) destaca, al igual que el estudio de Sri Lanka, la importancia que tienen en el gasto sanitario los factores que aumentan los costos. En este estudio, los cambios que afectan al costo de la atención de la salud y la prestación de cuidados a largo plazo se determinan como resultado del progreso tecnológico y las variaciones del precio relativo de la prestación de los servicios de atención de la salud. En una hipótesis en la que exista “presión de los costos”, se presupone que el gasto sanitario aumenta a una tasa de un punto porcentual más que el aumento de los ingresos medios. Para unas tendencias determinadas de cambio demográfico, según las proyecciones para este supuesto, el gasto ligado a la salud pública y a la prestación de cuidados a largo plazo en los países de la OCDE prácticamente se duplicaría, aumentando desde casi el 7% del PIB en 2005 hasta aproximadamente el 13% en 2050. En una hipótesis de “reducción de los costos”, el gasto medio aún alcanzaría el 10% del PIB, un aumento de 3,5 puntos porcentuales (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2006*b*, pág. 7). El estudio indica que los factores no demográficos, es decir, los efectos de la tecnología y las variaciones del precio relativo, son importantes a la hora de determinar el grado de presión al alza sobre el gasto en la prestación de cuidados a largo plazo y, de hecho, constituyen la causa más importante del aumento previsto del gasto sanitario.

La compresión de la morbilidad mitigará el aumento del gasto sanitario en el futuro

El estado de salud de las personas de edad en las generaciones futuras también afecta las estimaciones realizadas de los costos de la atención de la salud. Según los cálculos de la Dirección General de Economía y Finanzas de la Comisión Europea (2006), el gasto público en atención de la salud aumentaría del 6,4% al 7,5% del PIB entre 2004 y 2030, y hasta el 8,2% del PIB en 2050 en el caso de los países miembros de la Unión Europea que ya lo eran antes del día 1 de mayo de 2004 (UE-15). Los Estados Miembros más recientes, UE-10, que eran más pobres cuando entraron en la Unión Europea y gastaban menos en salud, tendrían que aumentar el gasto sanitario del 4,9% del PIB en 2004 al 5,7% en 2030 y al 6,1% en 2050 (ibíd., pág. 9). Las cifras anteriores se refieren a la hipótesis de “envejecimiento puro”, en la que el gasto per cápita en atención de la salud relacionado con la edad en el año de referencia permanecería constante a lo largo del tiempo. En este caso, se presupone que tendría lugar una compresión de la morbilidad. Otro conjunto alternativo de proyecciones suponía la existencia de una compresión de la morbilidad. Según esta hipótesis, el número de años vividos en mal estado de salud durante el curso de la vida en 2050 sería idéntico al de 2004, incluso aunque las personas vivan más tiempo. En este caso, el gasto sanitario público tendría que aumentar hasta el 7,4% del PIB en los países de la UE-15 en 2050 y hasta el 5,5% del PIB en los países de la UE-10. Por tanto, las proyecciones muestran que, “si la evolución de la esperanza de vida sana (descenso de las tasas de morbilidad) es más o menos acorde con el aumento de la esperanza de vida específica para cada edad [...] el aumento previsto del gasto en atención de la salud debido al envejecimiento se verá reducido aproximadamente a la mitad” (ibíd., pág. 16).

En un estudio por casos en Australia se utilizó el enfoque epidemiológico para proyectar el gasto sanitario

El enfoque epidemiológico aplicado a Australia

Un punto débil del enfoque actuarial es que no tiene en cuenta el perfil de enfermedades del país, ni su evolución futura ni el costo que supone tratar cada enfermedad. Los datos necesarios para ello son muy difíciles de obtener incluso en los países desarrollados, por

no hablar de los países en desarrollo. Si se dispusiera de estos datos, se podría utilizar un método alternativo, a saber, el enfoque epidemiológico, que permite pronosticar las tasas de enfermedad y los costos de tratamiento en el futuro. En un estudio realizado para Australia (Vos y otros, 2007) se utilizó siempre un conjunto de cinco parámetros epidemiológicos para cada enfermedad; éstos eran la incidencia, la prevalencia, la remisión (es decir, la cura), la duración media y la mortalidad excesiva. Los resultados del estudio indicaron que se prevé que el gasto sanitario total aumente un 127% desde los años 2002 y 2003 a los años 2032 y 2033, de 71.000 millones a 162.000 millones de dólares australianos. El Australian Treasury [Departamento del Tesoro de Australia] pronostica que, durante el mismo período, el PIB en términos reales aumentaría un 97% (o un 2,3% anual); en consecuencia, se prevé que el gasto sanitario aumente del 9,4% del PIB entre 2002 y 2003 al 10,8% entre 2032 y 2033. Del incremento total de 91.000 millones de dólares australianos, aproximadamente 17.700 millones se deberían al aumento de la demanda de atención residencial a largo plazo (un aumento de costos del 242%); en este contexto, los casos neurológicos representarían el 47% del gasto en prestación de cuidados a largo plazo en 2032 y 2033.

El mayor aumento del gasto que se prevé es el de la diabetes (un 401%), en gran medida debido al aumento previsto de la prevalencia de la obesidad, seguido del incremento de los trastornos neurológicos (280%), las enfermedades musculoesqueléticas (164%) y los servicios odontológicos (144%). Se prevé que aumentará un 96% el gasto destinado a prevenir las enfermedades cardiovasculares mediante medicamentos que reducen la presión arterial y la concentración de lípidos, lo que propiciará un cambio general en el gasto en enfermedades cardiovasculares equivalente al 105%. En comparación, el aumento ligado al cáncer (84%), las lesiones (67%) y los servicios maternos y neonatales (41% y 42%) sería bajo.

Los resultados del estudio indican que, de los 91.000 millones de dólares australianos de aumento del gasto sanitario total, 29.000 millones (el 32% del aumento) se deben al envejecimiento de la población y 28.000 millones (31%) al crecimiento general y normal de la población (se prevé que la población de Australia aumente de 19,9 millones en 2003 a 26,6 millones en 2033) (véase el gráfico VI.6). La inflación de precios excesiva (19.000 millones de dólares australianos), los cambios en el número de servicios de salud prestados por cada caso (14.000 millones) y, en menor medida, la proporción de casos tratados (1.300 millones) representarían los incrementos menores del gasto total. El gasto sanitario previsto sería de 1.300 millones de dólares australianos más si no se tuvieran en cuenta las tendencias de las enfermedades. Unas tendencias favorables de las tasas de las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, el cáncer y las lesiones, a lo largo del período mencionado, darían lugar a una reducción del gasto de 5.500 millones de dólares australianos, que se vería contrarrestada por el aumento pronunciado estimado de los casos de diabetes y otras enfermedades, que daría lugar a un incremento del gasto de 4.000 millones de dólares australianos (véase el gráfico VI.6).

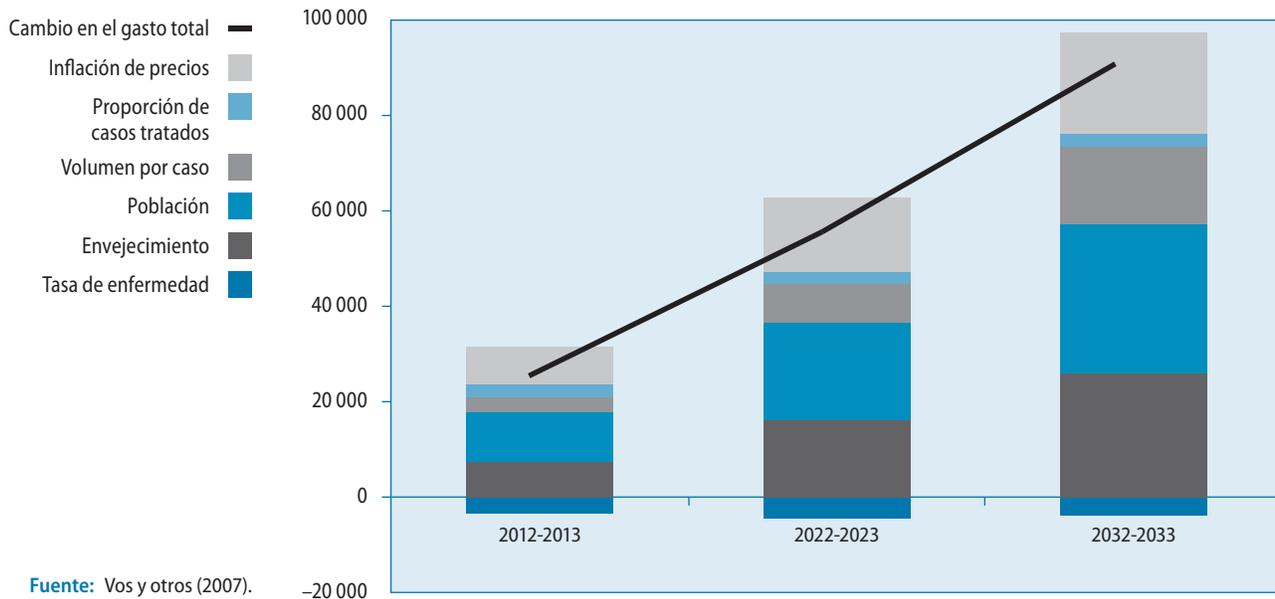
El estudio concluye que “la mayoría de los cambios en el futuro se han estimado de acuerdo con lo ocurrido con una determinada enfermedad en el pasado, pero en el futuro no necesariamente se repetirá lo sucedido en el pasado. Por ejemplo, los avances en las tecnologías médicas y la evolución de la utilización de los servicios de salud pueden cambiar de manera radical el panorama para algunas enfermedades” (Vos y otros, 2007, pág. 35). Teniendo en cuenta los factores que impulsan la investigación médica y los avances en las tecnologías médicas mencionados anteriormente, que actualmente se centran en gran medida en la investigación con células madre, es muy probable que se logren grandes progresos en los próximos 30 años y que el panorama para algunas enfermedades llegue a ser totalmente diferente. No obstante, un aumento del gasto sanitario total de 1,4 puntos porcentuales

Se prevé que aproximadamente un tercio del aumento del gasto sanitario de Australia se deba al envejecimiento de la población

No obstante, los avances en las tecnologías médicas y la evolución de la utilización de los servicios de salud pueden cambiar de manera radical el panorama

Gráfico VI.6

Australia: desglose del cambio previsto en el gasto sanitario para todas las pautas de enfermedades proyectadas entre 2002-2003 (año de referencia) y los años 2012-2013, 2022-2023 y 2032-2033 (millones de dólares australianos)



Fuente: Vos y otros (2007).

del PIB (de 9,4 a 10,8) entre 2002 y 2003, y entre 2032 y 2033, especialmente cuando se espera que el volumen de la economía se duplique en el mismo período, parecería bastante controlable para un país rico como Australia.

El enfoque epidemiológico ayuda a los países a identificar esferas en las que pueden progresar a la hora de combatir enfermedades. En Australia, casi todos los avances en la esperanza de vida que se han producido en los últimos decenios han ocurrido precisamente en dos esferas: las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco y la salud cardiovascular. Así pues, las medidas dirigidas a erradicar el consumo de tabaco deberían ponerse en práctica en los países en desarrollo. Con respecto a la salud cardiovascular, el Disease Control Priorities Project (proyecto de prioridades de control de enfermedades) en los países en desarrollo (véase Jamison y otros, 2006) señalaba que, en esos países, la “polipíldora”, una combinación de aspirina y de agentes que reducen la presión arterial y el colesterol producida a bajo costo como medicamento genérico, constituiría una intervención asequible y con una buena relación costo-eficacia que tendría consecuencias notables para reducir la carga de morbilidad.

El enfoque epidemiológico ayuda a los países a identificar esferas en las que pueden progresar a la hora de combatir enfermedades prevalentes

Proyecciones del efecto del envejecimiento sobre el gasto futuro en prestación de cuidados a largo plazo

En los países desarrollados, la obligación que tiene el gobierno de contribuir a la prestación de cuidados a largo plazo tiene consecuencias presupuestarias; asimismo, mediante el enfoque actuarial o el epidemiológico, se ha intentado ofrecer estimaciones del porcentaje del PIB que absorberán en el futuro los costos ligados a la prestación pública de cuidados a largo plazo. Como se ha expuesto anteriormente, el Canadá, por ejemplo, asignó el 35% del gasto sanitario total per cápita a las personas de 85 y más años en 2000 y 2001 para instituciones diferentes

de los hospitales. Mientras que los servicios de atención de la salud tienen por objeto paliar una condición que requiere atención de la salud, el objeto de la prestación de cuidados a largo plazo es hacer soportable las condiciones asociadas a un mal estado de salud, de forma que éstas se traten por separado.

Vos y otros (2007) prevén que, en Australia, el gasto sanitario (excluida la prestación de cuidados a largo plazo para las personas de edad) aumentará un 114% entre 2002 y 2003 y entre 2032 y 2033, al tiempo que el gasto en asistencia residencial para las personas de edad se incrementará un 242% durante el mismo período. Se prevé que el gasto relacionado con enfermedades neurológicas asociadas a la demencia predomine en este gran aumento. En los países de la UE-15, se ha estimado que los costos de la prestación pública de cuidados a largo plazo aumentarán del 0,9% del PIB en 2004 al 1,5% en 2050. En los países de la UE-10, se prevé que estos costos aumentarán del 0,2% al 0,5% del PIB en el mismo período (Dirección General de Economía y Finanzas de la Comisión Europea, 2006, pág. 10). Según las estimaciones de la OCDE, se prevé que estos costos aumenten una media del 1,1% del PIB en 2005 en los países miembros a un valor situado entre el 1,9% y el 3,9% en 2050, en función de los supuestos considerados (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2006*b*, págs. 65 a 72). Se estima que el efecto del envejecimiento puro será 1,7 puntos porcentuales del PIB.

El gasto público en prestación de cuidados a largo plazo varía en gran medida entre países. Los gobiernos de los países escandinavos son de los que más gastan. El gasto público en prestación de cuidados a largo plazo en Dinamarca, por ejemplo, supuso el 2,6% del PIB en 2005, muy por encima de la media del 1,1% de la OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2006*b*, pág. 65). Esta prioridad de gasto público forma parte de la ampliación de las prestaciones de bienestar social. Este sistema se mantiene gracias a las altas tasas impositivas, la alta participación de la fuerza de trabajo, tanto en el caso de los hombres como de las mujeres, una edad de jubilación relativamente tardía y una tasa de empleo para las personas mayores de 60 años superior a la media de la Unión Europea. Estos altos niveles de actividad mantienen la base impositiva, pero también requieren una inversión considerable en servicios de guardería y en servicios para las personas de edad. En cierto modo, “los servicios mantienen el empleo, que, a su vez, mantiene los servicios” (Reino Unido, 1999, Investigación, vol. 1, cap. 6, pág. 178).

Cabe señalar que los países escandinavos se encuentran en una etapa más avanzada de su transición demográfica y, así, se espera que el aumento de la demanda de cuidados a largo plazo debido al envejecimiento entre 2005 y 2050 esté por debajo de la media de la OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2006*b*, pág. 65). En la República de Corea, en cambio, se prevé que el rápido envejecimiento provoque un aumento de los costos de los cuidados a largo plazo del 0,3% al 4,7% del PIB entre 2005 y 2050. Para México, donde el gasto supuso el 0,1% del PIB en 2005, el efecto del envejecimiento puro se ha calculado sumando el 2,6% del PIB a los costos públicos de prestación de cuidados a largo plazo. Estas cifras ilustran la magnitud de los cambios que el envejecimiento provoca en el costo público que supone la prestación de cuidados a largo plazo, pero con el tiempo estos costos podrían verse compensados por la reducción de la necesidad de dichos cuidados a consecuencia del envejecimiento en buen estado de salud y de los avances en medicina preventiva y de rehabilitación.

Conclusiones

La transición demográfica hacia sociedades en proceso de envejecimiento viene acompañada, casi en todos los países, de una transición epidemiológica desde el predominio de las enfer-

Las estimaciones prevén un aumento sustancial del gasto futuro en prestación de cuidados a largo plazo en los países desarrollados...

...pero ello depende en gran medida del sistema vigente en cada país

El envejecimiento en buen estado de salud y la medicina preventiva y de rehabilitación pueden reducir la necesidad de cuidados a largo plazo

medades infecciosas al predominio de las enfermedades crónicas. Ambas transiciones se han completado plenamente en los países desarrollados y lo están haciendo ahora en los países en desarrollo. El aumento de la longevidad en los países en desarrollo se debe a la mejora de la alimentación, el saneamiento, la higiene y, más recientemente, la rápida difusión de conocimientos médicos y su aplicación a las prácticas médicas. En los países desarrollados, el incremento de la longevidad ha venido acompañado del aumento de la esperanza de vida sana y la compresión de la morbilidad. No obstante, no está tan clara la existencia de una correlación positiva entre la longevidad y la esperanza de vida sana en los países en desarrollo, donde es más probable que las personas pasen una mayor proporción de su vida total, y más corta, en mal estado de salud.

Una población en proceso de envejecimiento plantea un reto para los sistemas nacionales de atención de la salud en los países en desarrollo...

En este capítulo se ha demostrado que el envejecimiento de la población plantea un reto para los sistemas nacionales de atención de la salud en muchas partes del mundo. En los países desarrollados hay preocupación por la posibilidad de que, en el futuro, el aumento de la demanda de servicios de salud y de cuidados a largo plazo por parte de una población que envejece pueda ejercer una presión adicional sobre los recursos nacionales y presupuestarios. El reto es mayor para muchos países en desarrollo, puesto que todavía tienen que abordar adecuadamente una serie de objetivos básicos de salud pública, entre los que se encuentran el saneamiento, el acceso a agua potable, la mejora de la alimentación, la educación en materia de salud reproductiva y la vacunación masiva, cuyo logro contribuye, en particular, a reducir las tasas de mortalidad materna y de lactantes, así como la incidencia del VIH/SIDA y la tuberculosis. Al tiempo que hacen frente a estos retos, que afectan en gran medida a las poblaciones más jóvenes, los países en desarrollo también se enfrentan al rápido envejecimiento de la población, que provoca un aumento de la demanda de servicios de atención de la salud por parte de las personas de edad.

...pero, en sí mismo, este reto no es insuperable

Al examinar estas transformaciones, en este capítulo se ha puesto de relieve que el reto que éstas plantean es grande, pero no es insuperable. Se ha señalado que el envejecimiento de la población contribuye al aumento de los gastos sanitarios, pero en la mayoría de los casos no parece ser el principal factor impulsor de los gastos; en realidad, su repercusión tan sólo se vería reflejada en unos cuantos puntos porcentuales del PIB. De hecho, la experiencia de muchos países indica que los cambios del comportamiento de las personas en relación con la salud, de la productividad del sector de la salud, de los precios de los productos farmacéuticos y los servicios de atención médica y de las políticas sanitarias son otros factores importantes impulsores de los costos. En el pasado, los nuevos medicamentos y tratamientos ejercían, en conjunto, una presión al alza sobre los precios de los servicios de atención de la salud. Los seguros médicos públicos y privados, a su vez, se han ampliado para cubrir los elementos nuevos mencionados, en respuesta al deseo del público de tener acceso a unos servicios mejores de atención médica y de salud. No obstante, esta ampliación de la cobertura está aumentando los costos de los seguros y, actualmente, algunos países están introduciendo un seguro obligatorio para cubrir el costo de los cuidados a largo plazo. Alemania implantó un nuevo sistema reglamentario de seguros de cuidados a largo plazo entre 1995 y 1996 (Reino Unido, 1999, Investigación, vol. 1, cap. 6, pág. 182) y Singapur formuló un plan de cuenta de ahorros basado en la familia, llamado Medisave, en 1983 (Phua y Teng, 1998). En Hong Kong (Región Administrativa Especial de China) se ha propuesto la implantación de un plan médico de cuenta de ahorros destinado a financiar el servicio de cuidados agudos para las personas mayores de 65 años (Leung, Tin y Chang, 2006, pág. 3).

Los sistemas de salud deben adaptarse para tratar a una población en proceso de envejecimiento...

A pesar de los retos, los encargados de formular políticas en los países desarrollados y en desarrollo están descubriendo que los sistemas de salud existentes pueden adaptarse para afrontar el envejecimiento de la población. En este capítulo se ha advertido de que el número

creciente de casos de enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento y de discapacidades requerirá cambios notables en la composición del gasto sanitario total y en la variedad de servicios prestados. Al mismo tiempo, el aumento del nivel de ingresos y la sensibilización creciente del público con respecto a la disponibilidad y eficacia de los nuevos tratamientos médicos y medicamentos propiciarán un incremento de la demanda de servicios de atención de la salud, particularmente en los países en desarrollo, con independencia del envejecimiento de la población. Es probable que estos factores eleven el gasto médico.

Más allá de las consideraciones sobre los costos, en este capítulo se ha señalado que es más probable que el envejecimiento de la población afecte a los sistemas sanitarios de dos maneras. En primer lugar, el aumento del número total de casos de enfermedades crónicas y del número de personas con discapacidades exigirán cambios en las aportaciones a la atención de la salud y nuevas aptitudes de los profesionales y trabajadores del sector de la salud. Como se ha mencionado anteriormente, el gasto sanitario per cápita de las personas de edad en los países en desarrollo es inferior que en los países desarrollados. Esta situación refleja en parte la escasez de una atención, unos cuidados paliativos y unos tratamientos médicos más intensivos de los que normalmente disponen las personas de edad en los países desarrollados. Se señala que los países en desarrollo han de ampliar estos servicios de atención de la salud para las personas de edad y mejorar el acceso mediante una combinación de fuentes fiscales y de pensiones públicas, de forma que se puedan cubrir los altos costos médicos en la vejez.

En segundo lugar, surge la preocupación acerca de cómo ofrecer cuidados a largo plazo para quienes padezcan problemas de salud irreversibles. El reto consiste en encontrar soluciones que mantengan la dignidad e independencia de quienes necesitan esos cuidados permitiéndoles permanecer en su entorno familiar sin temer las consecuencias que a veces tienen los cuidados a largo plazo, como la pérdida de sus casas u otros bienes. La estructura tradicional de la familia y la función de las mujeres, que son las que normalmente se ocupan de atender a las personas de edad, especialmente si se trata de miembros de la familia, están cambiando, y el número de hijos por familia se reduce en la mayor parte del mundo. Así pues, cada vez será más difícil para muchos países en desarrollo mantener los sistemas de carácter no oficial actuales de prestación de cuidados a largo plazo, a cargo principalmente de la familia, los amigos o la comunidad de las personas de edad. Si bien toda sociedad debería construir un sistema de prestación de cuidados a largo plazo acorde con sus propias tradiciones y como más conviniera a los intereses de las personas que necesitan dicho cuidado, la tendencia ha sido prestar los cuidados a las personas en su propio domicilio o en su propia comunidad. En aquellos lugares en los que la asistencia domiciliaria no es posible, sería deseable ofrecer un entorno semejante al domicilio, en el que el número de residentes no sea tan elevado como para romper los vínculos personales entre los residentes y las personas encargadas de su cuidado.

No obstante, es interesante que los encargados de formular políticas y el público en general sepan cuánto pueden aumentar los costos de atención de la salud y de prestación de cuidados a largo plazo a consecuencia de los diferentes factores examinados anteriormente. Las proyecciones se basan, entre otras cosas, en las tendencias recientes de las pautas epidemiológicas y en el gasto sanitario per cápita por edad y sexo, además de la información sobre la inflación de costos relacionados con la salud, el gasto público en atención preventiva y en la salud colectiva. Varios estudios revelan que los factores no demográficos tienen un efecto tan importante sobre el gasto sanitario en el futuro como los factores demográficos. Entre los factores no demográficos cabe mencionar la inflación de precios, la productividad del sector de la salud en conjunto, las nuevas tecnologías y los nuevos productos farmacéuticos. No obstante, se ha mencionado anteriormente que estos factores no demográficos también son fuentes de incertidumbre en todas las proyecciones.

...y para afrontar el aumento previsto del número de personas afectadas por enfermedades crónicas que necesitan cuidados a largo plazo

La prestación de cuidados a largo plazo se vuelve más difícil ante los cambios en las estructuras familiares

Los factores no demográficos son causas tan importantes como el envejecimiento de la población para la determinación de los gastos sanitarios en el futuro

En general, estas proyecciones, así como la experiencia de muchos países indican que, aunque el envejecimiento de la población influirá sin duda en el gasto sanitario, no tiene por qué consumir una proporción de los ingresos nacionales tan elevada que resulte insostenible en el futuro. Lo que revelan las proyecciones en el futuro y las tendencias recientes es que el envejecimiento de la población no sólo modificará la composición del gasto sanitario por edad, sino que también obligará al sistema de salud a establecer o a fortalecer, si ya están vigentes, ciertos tipos de servicios médicos y de cuidados a largo plazo a fin de afrontar el aumento del número de casos de enfermedades crónicas y discapacidades. Los encargados de formular políticas en los países en desarrollo tienen que mejorar los sistemas de salud existentes a fin de incluir medidas preventivas, como las destinadas a reducir el consumo de tabaco y la ingestión excesiva de alcohol, y fomentar el ejercicio y los regímenes de rehabilitación para las enfermedades crónicas, así como los cuidados paliativos, al tiempo que se mejora la eficacia de la atención de la salud básica para todos y de aquellos servicios públicos que mejoran la salud y reducen las infecciones.

La financiación de la atención de la salud representa otro gran reto

Las transiciones demográficas y epidemiológicas plantearán retos a la financiación de la atención de la salud para los países en desarrollo que tengan que enfrentarse a la doble carga de morbilidad que supone la necesidad de combatir las enfermedades transmisibles y, al mismo tiempo, responder al aumento de la demanda de atención de la salud asociada a las enfermedades no transmisibles y al envejecimiento de la población. Para afrontar estos retos, los países en desarrollo han de poner en común los riesgos financieros asociados a la mala salud o la morbilidad mediante la adopción de planes mejor organizados, incluidos los planes de seguro. En la actualidad, los pagos privados representan una proporción notable del gasto sanitario total en los países en desarrollo. Dado que la posibilidad de recurrir a los planes de seguro privados todavía es limitada en muchos países en desarrollo, los gobiernos deberían poner en marcha mecanismos para compartir los riesgos. En los países en desarrollo de ingresos medianos, puede haber una mayor posibilidad de combinar el seguro médico social con planes de seguro privados a fin de lograr una cobertura universal para todos, incluidas las personas de edad que nunca han estado aseguradas anteriormente. No obstante, para los países de bajos ingresos, la ampliación de los sistemas de salud también requiere una combinación de mecanismos privados y públicos; pero, si la financiación de esta ampliación implica dejar al margen otros objetivos sociales, podría ser necesario recurrir a financiación externa para crear un sistema de salud que, en última instancia, sea autosostenible.

La cooperación internacional resulta fundamental para garantizar la disponibilidad del personal médico necesario

Con el envejecimiento de la población, aumentará la demanda de personal médico en los países desarrollados. A esta demanda no se debe responder mediante el éxodo intelectual del personal médico cualificado de los países en desarrollo. Los países en desarrollo necesitan fortalecer sus propios sistemas de salud y aumentar la cantidad de personal de atención de la salud cualificado disponible. Esto requerirá, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, medidas encaminadas a incrementar los recursos disponibles para la capacitación del personal médico. Los países desarrollados deberían ampliar sus centros docentes para capacitar a los estudiantes de ciencias médicas nacionales y también procedentes de países en desarrollo. También pueden tomar medidas como las que ha adoptado el Reino Unido, mediante el Código de Prácticas del Commonwealth para la Contratación Internacional de trabajadores del sector de la salud, a fin de fomentar la capacitación nacional en materia de atención de la salud y eliminar la contratación de personal de países pobres sin contar con el consentimiento pleno del gobierno anfitrión (Garrett, 2007, pág. 31). También los países en desarrollo tienen que ampliar sus programas de capacitación médica a fin de responder a las necesidades actuales, que no se han atendido, y al aumento de las demandas que ya está provocando el envejecimiento de la población.

Anexo estadístico

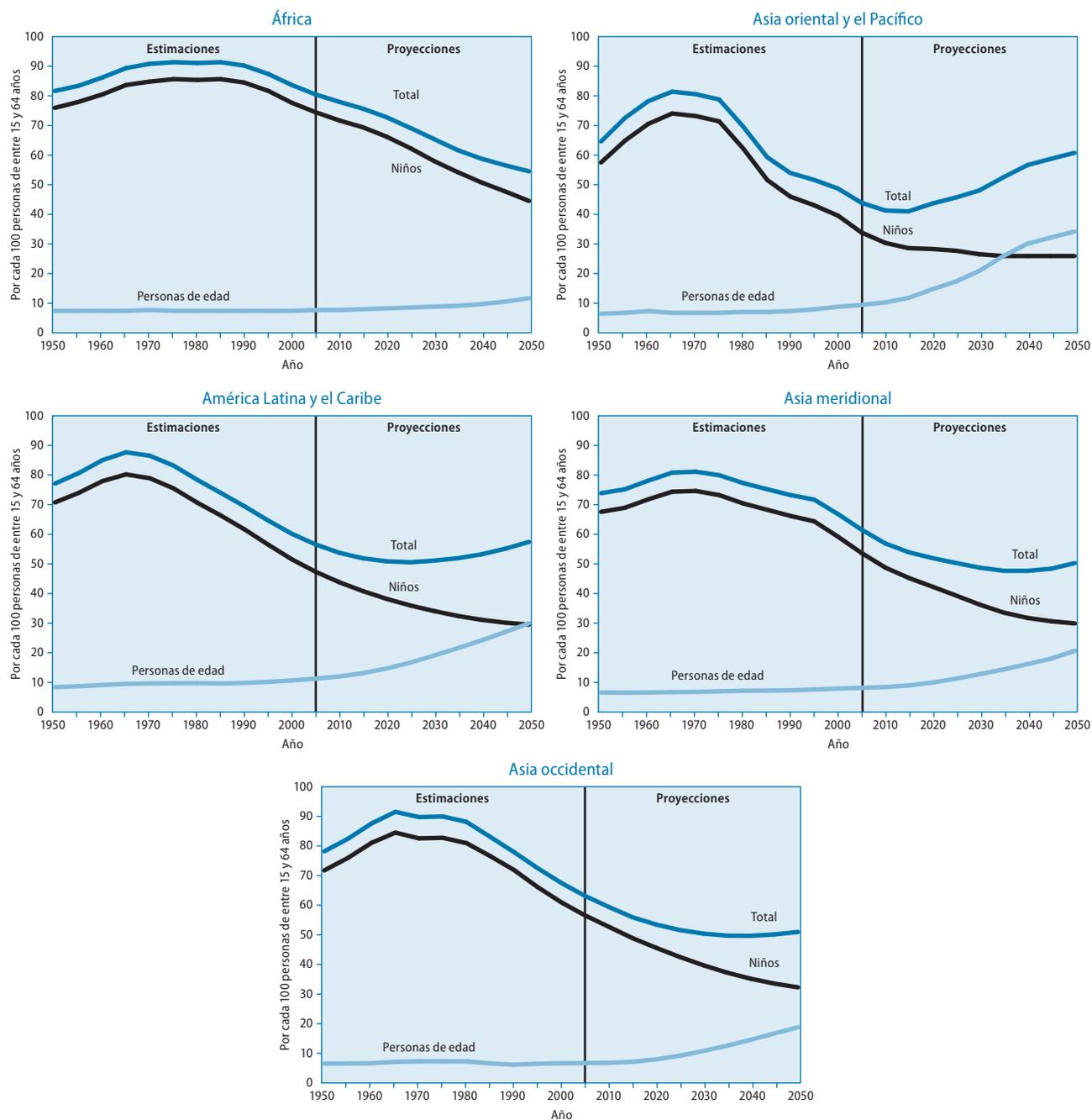
Índice

	<i>Página</i>
A. Gráficos	
A.1. Tendencias de tres tipos de relaciones de dependencia, para las regiones en desarrollo, 1950-2050	169
A.2. Tendencias de tres tipos de relaciones de dependencia, para los países y las regiones desarrollados y para las economías en transición, 1950-2050.	170
A.3. Distribución de la población en edad de trabajar, por grupo de edad, para las regiones en desarrollo, 1950-2050	171
B. Cuadros	
A.1. Población por grupo amplio de edad, para una selección de países y grupos de países, 1950, 1975, 2005, 2025 y 2050	172
A.2. Relaciones de dependencia según diferentes variantes de proyección, para el mundo y para grupos de países, 2025 y 2050	175
A.3. Relaciones de dependencia según diferentes definiciones, para el mundo y para grupos de países, 1950, 1975, 2005, 2025 y 2050	176
A.4. Selección de economías en transición y países en desarrollo: estimación de los costos de las pensiones de vejez universales, 2005 y 2050.	177
A.5. Selección de parámetros para las pensiones sociales de carácter no contributivo y sus efectos sobre la pobreza, para una selección de países	180

A. Gráficos

Gráfico A.1

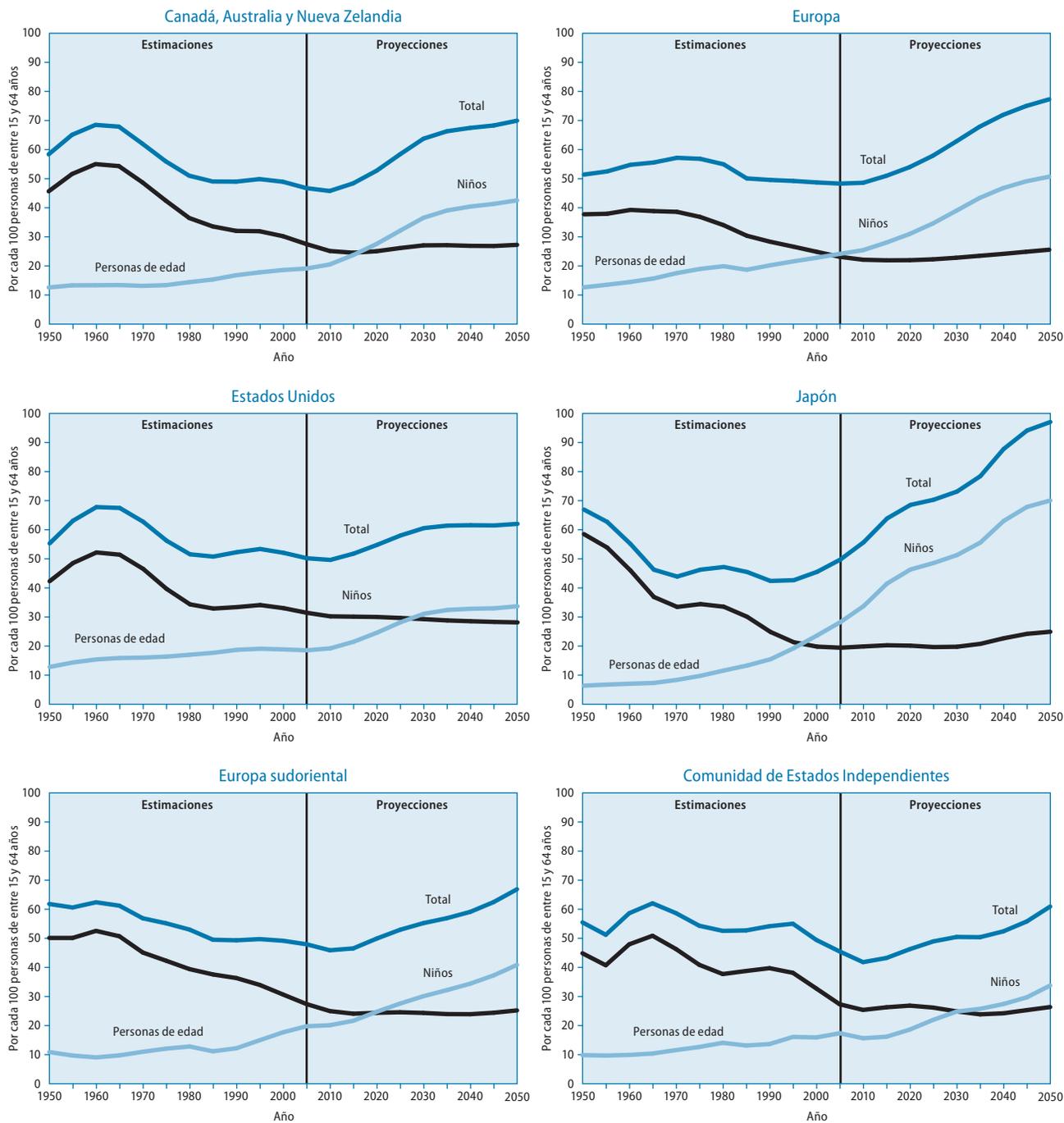
Tendencias de tres tipos de relaciones de dependencia, para las regiones en desarrollo, 1950-2050



Fuente: Naciones Unidas (2005a).

Nota: Los gráficos muestran estimaciones (hasta 2005) y proyecciones de variante media (después de 2005). La relación de dependencia total se define como la relación de la suma de la población con edades comprendidas entre 0 y 14 años y la población de 65 y más años con respecto a la población con edades comprendidas entre 15 y 64 años. La relación de dependencia infantil es la relación de la población con edades comprendidas entre 0 y 14 años con respecto a la población con edades comprendidas entre 15 y 64 años. La relación de dependencia de vejez es la relación de la población de 65 y más años con respecto a la población con edades comprendidas entre 15 y 64 años.

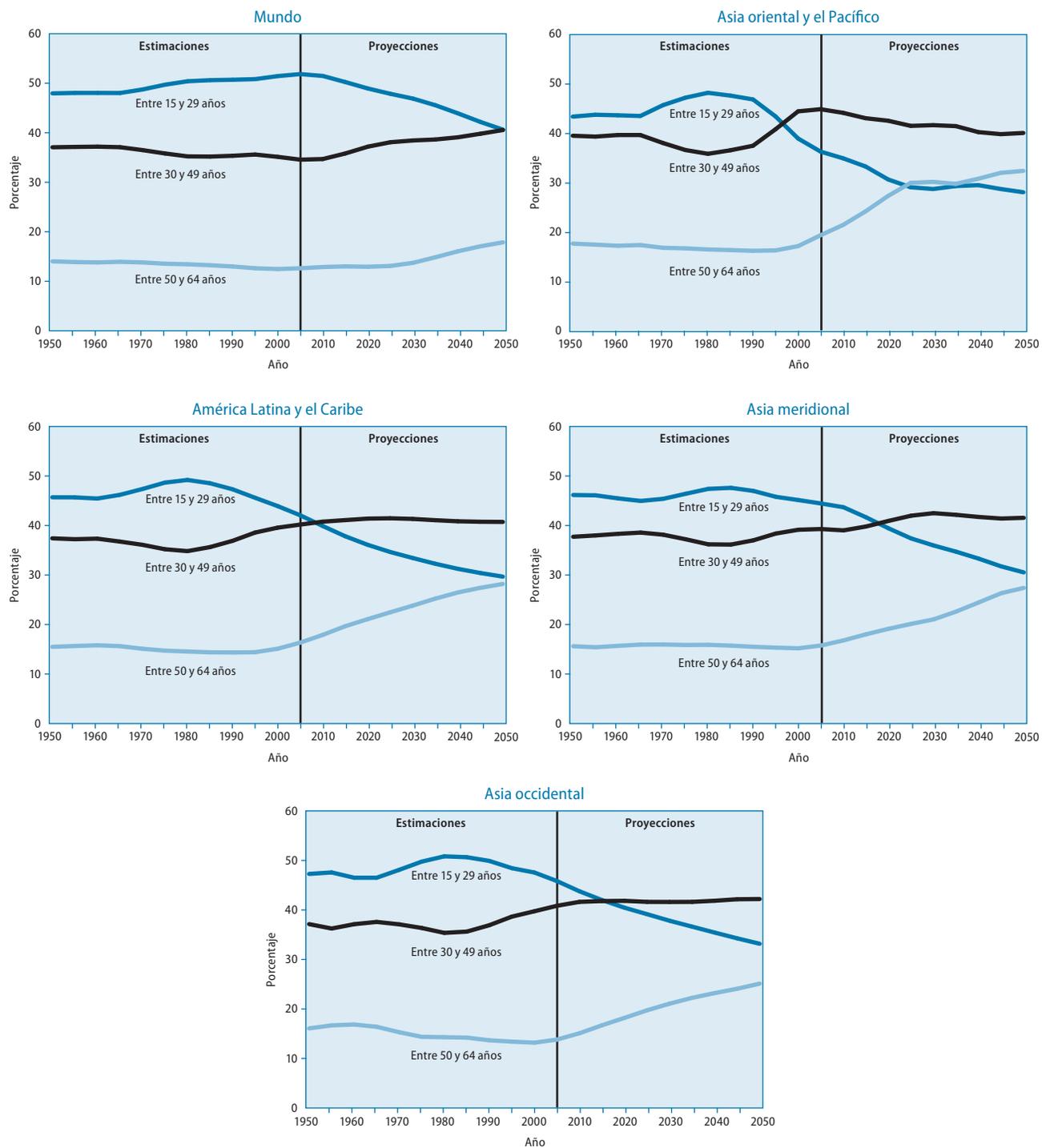
Gráfico A.2
Tendencias de tres tipos de relaciones de dependencia, para los países y las regiones desarrollados
y para las economías en transición, 1950-2050



Fuente: Naciones Unidas (2005a).

Nota: Los gráficos muestran estimaciones (hasta 2005) y proyecciones de variante media (después de 2005). La relación de dependencia total se define como la relación de la suma de la población con edades comprendidas entre 0 y 14 años y la población de 65 y más años con respecto a la población con edades comprendidas entre 15 y 64 años. La relación de dependencia infantil es la relación de la población con edades comprendidas entre 0 y 14 años con respecto a la población con edades comprendidas entre 15 y 64 años. La relación de dependencia de vejez es la relación de la población de 65 y más años con respecto a la población con edades comprendidas entre 15 y 64 años.

Gráfico A.3
Distribución de la población en edad laboral, por grupo de edad, para las regiones en desarrollo, 1950-2050



Fuente: Naciones Unidas (2005a).

Nota: Los gráficos muestran estimaciones (hasta 2005) y proyecciones de variante media (después de 2005).

B. Cuadros

Cuadro A.1
Población por grupo amplio de edad, para una selección de países y grupos de países,
1950, 1975, 2005, 2025 y 2050

Grupo de edad	Millones					Porcentajes				
	1950	1975	2005	2025	2050	1950	1975	2005	2025	2050
Países desarrollados										
Europa										
de 0 a 14	96	109	80	73	72	25,1	23,7	16,0	14,5	14,8
de 15 a 24	61	71	63	53	49	16,0	15,6	12,7	10,4	10,2
de 25 a 59	175	198	248	232	193	45,8	43,1	49,5	45,9	39,9
60 y más	50	81	110	148	170	13,1	17,6	21,9	29,2	35,1
Total	382	459	502	505	485	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
65 y más	34	57	84	112	139	8,9	12,5	16,6	22,2	28,7
80 y más	4	9	21	30	52	1,1	2,0	4,1	6,0	10,7
Japón										
de 0 a 14	30	27	18	16	15	35,4	24,3	14,0	12,5	13,4
de 15 a 24	16	17	14	12	10	19,6	15,4	11,0	9,4	9,1
de 25 a 59	31	54	62	54	40	37,2	48,6	48,6	42,9	35,8
60 y más	6	13	34	44	47	7,7	11,7	26,3	35,2	41,7
Total	84	112	128	125	112	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
65 y más	4	9	25	36	40	4,9	7,9	19,7	29,1	35,9
80 y más	0,4	1	6	13	17	0,4	1,1	4,8	10,6	15,3
Estados Unidos de América										
de 0 a 14	43	55	62	65	68	27,0	25,2	20,8	18,6	17,3
de 15 a 24	23	41	42	46	48	14,9	18,7	14,2	13,1	12,1
de 25 a 59	72	91	144	156	175	45,6	41,3	48,3	44,5	44,2
60 y más	20	33	50	83	104	12,5	14,8	16,7	23,8	26,4
Total	158	220	298	350	395	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
65 y más	13	23	37	62	82	8,3	10,5	12,3	17,7	20,6
80 y más	2	5	11	14	29	1,1	2,1	3,6	4,1	7,3
Canadá, Australia y Nueva Zelanda										
de 0 a 14	7	11	10	11	12	28,5	27,0	18,6	16,4	15,9
de 15 a 24	4	7	8	7	8	15,4	18,7	13,7	11,0	11,0
de 25 a 59	11	17	28	31	32	44,2	41,8	50,1	45,9	42,0
60 y más	3	5	10	18	23	11,9	12,5	17,6	26,8	31,0
Total	24	40	56	67	76	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
65 y más	2	3	7	13	19	7,9	8,6	12,9	20,1	24,8
80 y más	0,3	0,6	2	3	7	1,1	1,6	3,5	4,9	9,4
Economías en transición										
Comunidad de Estados Independientes										
de 0 a 14	51	66	53	47	40	28,9	26,5	19,0	17,8	16,6
de 15 a 24	36	45	49	33	26	20,4	18,4	17,8	12,4	11,0
de 25 a 59	71	104	133	129	104	40,8	42,1	47,7	48,6	43,3
60 y más	17	32	43	56	70	10,0	12,9	15,5	21,2	29,1
Total	175	247	278	266	239	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
65 y más	12	21	34	40	51	6,7	8,6	12,2	15,0	21,1
80 y más	2	3	5	7	13	1,0	1,3	1,9	2,7	5,3

Grupo de edad	Millones					Porcentajes				
	1950	1975	2005	2025	2050	1950	1975	2005	2025	2050
Economías en transición (continuación)										
Europa sudoriental										
de 0 a 14	5	6	5	4	3	31,0	27,3	18,7	16,3	15,3
de 15 a 24	3	4	4	3	2	20,2	18,3	15,0	11,2	10,6
de 25 a 59	6	9	12	11	9	38,7	42,8	48,1	48,0	42,2
60 y más	2	2	4	6	7	10,2	11,6	18,2	24,5	31,8
Total	16	21	24	24	22	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
65 y más	1	2	3	4	5	7,1	8,2	13,7	18,2	24,6
80 y más	0,2	0,2	0,5	0,9	1	1,1	0,9	2,0	3,7	6,9
Países en desarrollo										
América Latina y el Caribe										
de 0 a 14	67	133	168	163	141	40,0	41,3	30,0	23,3	18,1
de 15 a 24	31	63	106	110	99	18,6	19,6	18,8	15,8	12,6
de 25 a 59	59	105	238	323	354	35,4	32,6	42,4	46,4	45,2
60 y más	10	21	49	101	189	6,0	6,5	8,8	14,5	24,1
Total	167	322	561	697	783	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
65 y más	6	14	34	70	144	3,7	4,3	6,1	10,1	18,4
80 y más	0,7	2	7	15	40	0,4	0,6	1,2	2,1	5,2
Asia oriental y el Pacífico										
de 0 a 14	270	525	466	428	369	35,1	40,1	23,8	19,3	16,4
de 15 a 24	142	253	339	286	253	18,5	19,3	17,3	12,9	11,3
de 25 a 59	302	447	958	1 104	983	39,3	34,1	48,8	49,8	43,8
60 y más	54	86	199	401	637	7,1	6,6	10,1	18,1	28,4
Total	768	1 311	1 961	2 217	2 242	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
65 y más	33	55	137	271	482	4,3	4,2	7,0	12,2	21,5
80 y más	2	6	20	43	137	0,3	0,5	1,0	2,0	6,1
Asia meridional										
de 0 a 14	186	341	515	528	479	38,8	40,6	33,2	26,0	19,8
de 15 a 24	91	159	307	343	325	19,1	19,0	19,8	16,9	13,4
de 25 a 59	173	288	617	933	1 151	36,1	34,4	39,7	46,0	47,6
60 y más	29	51	114	224	465	6,0	6,0	7,4	11,1	19,2
Total	479	839	1 553	2 029	2 419	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
65 y más	17	31	76	149	329	3,6	3,7	4,9	7,3	13,6
80 y más	1	3	11	23	69	0,3	0,3	0,7	1,1	2,9
Asia occidental										
de 0 a 14	17	38	69	79	79	40,4	43,7	34,8	28,1	21,4
de 15 a 24	8	17	38	49	53	19,4	19,3	19,4	17,5	14,5
de 25 a 59	15	27	79	127	172	34,2	31,2	39,8	45,0	46,8
60 y más	3	5	12	26	63	6,1	5,9	6,1	9,4	17,3
Total	43	87	198	282	367	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
65 y más	2	3	8	17	46	3,6	3,8	4,1	6,0	12,4
80 y más	0,1	0,3	1	2	9	0,3	0,3	0,5	0,8	2,4

Cuadro A.1 (continuación)
**Población por grupo amplio de edad, para una selección de países y grupos de países,
 1950, 1975, 2005, 2025 y 2050**

Grupo de edad	Millones					Porcentajes				
	1950	1975	2005	2025	2050	1950	1975	2005	2025	2050
Países en desarrollo										
África										
de 0 a 14	94	187	376	495	556	42,0	44,9	41,5	36,9	28,7
de 15 a 24	42	79	189	270	350	18,9	19,0	20,8	20,0	18,1
de 25 a 59	76	129	294	494	838	33,9	31,1	32,5	36,7	43,3
60 y más	12	21	47	86	193	5,3	5,0	5,2	6,4	10,0
Total	224	416	906	1 344	1 937	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
65 y más	7	13	31	57	129	3,2	3,1	3,4	4,2	6,7
80 y más	0,6	1	4	7	20	0,3	0,3	0,4	0,6	1,0

Fuente: Naciones Unidas (2005a).

Nota: En el cuadro se muestran estimaciones (hasta 2005) y proyecciones de variante media (después de 2005).

Cuadro A.2
**Relaciones de dependencia según diferentes variantes de proyección, para el mundo
 y para grupos de países, 2025 y 2050**

	Tipo de relación	Estimaciones de 2005	2025			2050		
			Baja	Media	Alta	Baja	Media	Alta
Mundo	Total	55	46	53	60	52	57	63
	Niños	44	30	37	44	23	32	40
	Personas de edad	11	16	16	16	29	25	22
Países desarrollados	Total	49	53	59	65	71	72	75
	Niños	26	19	25	31	19	27	35
	Personas de edad	23	34	34	34	52	45	40
Economías en transición	Total	46	42	49	56	59	61	66
	Niños	28	19	26	33	18	27	36
	Personas de edad	18	23	23	22	41	34	29
Países en desarrollo	Total	57	46	52	59	50	55	61
	Niños	48	32	39	46	24	32	41
	Personas de edad	9	13	13	13	26	23	20

Fuente: Naciones Unidas (2005a).

Nota: La relación de dependencia total se define como la relación de la suma de la población con edades comprendidas entre 0 y 14 años y la población de 65 y más años con respecto a la población con edades comprendidas entre 15 y 64 años. La relación de dependencia infantil es la relación de la población con edades comprendidas entre 0 y 14 años con respecto a la población con edades comprendidas entre 15 y 64 años. La relación de dependencia de vejez es la relación de la población de 65 y más años con respecto a la población con edades comprendidas entre 15 y 64 años. Las relaciones que se muestran en el cuadro están multiplicadas por 100.

Cuadro A.3
**Relaciones de dependencia según diferentes definiciones, para el mundo
 y para grupos de países, 1950, 1975, 2005, 2025 y 2050**

Tipo de relación	Umbral de dependencia de vejez									
	65 y más ^a					60 y más ^b				
	1950	1975	2005	2025	2050	1950	1975	2005	2025	2050
Mundo										
Total	65	74	55	53	57	74	83	63	65	72
Niños	57	64	44	37	32	60	67	46	40	35
Personas de edad	9	10	11	16	25	14	16	17	25	37
Países desarrollados										
Total	54	55	49	59	72	65	67	67	78	92
Niños	42	38	26	25	27	45	41	41	28	30
Personas de edad	13	17	23	34	45	20	26	26	50	62
Economías en transición										
Total	56	54	46	49	61	64	65	53	64	84
Niños	45	41	28	26	27	48	44	29	29	30
Personas de edad	11	13	18	23	34	16	21	24	35	54
Países en desarrollo										
Total	71	82	57	52	55	79	90	64	63	69
Niños	65	75	48	39	32	67	78	50	42	35
Personas de edad	7	7	9	13	23	11	12	13	21	34

Fuente: Naciones Unidas (2005a).

Notas: 1) Las relaciones que se muestran en el cuadro están multiplicadas por 100. 2) En el cuadro se muestran estimaciones (hasta 2005) y proyecciones de variante media (después de 2005).

a La relación de dependencia total se define como la relación de la suma de la población con edades comprendidas entre 0 y 14 años y la población de 65 y más años con respecto a la población con edades comprendidas entre 15 y 64 años. La relación de dependencia infantil es la relación de la población con edades comprendidas entre 0 y 14 años con respecto a la población con edades comprendidas entre 15 y 64 años. La relación de dependencia de vejez es la relación de la población de 65 y más años con respecto a la población con edades comprendidas entre 15 y 64 años.

b La relación de dependencia total se define como la relación de la suma de la población con edades comprendidas entre 0 y 14 años y la población de 60 y más años con respecto a la población con edades comprendidas entre 15 y 59 años. La relación de dependencia infantil es la relación de la población con edades comprendidas entre 0 y 14 años con respecto a la población con edades comprendidas entre 15 y 59 años. La relación de dependencia de vejez es la relación de la población de 60 y más años con respecto a la población con edades comprendidas entre 15 y 59 años.

Cuadro A.4

Selección de economías en transición y países en desarrollo: estimación de costos de las pensiones de vejez universales, 2005 y 2050 (porcentaje del PIB)

País	Costo de la pensión universal, 2005 (porcentaje del PIB)	Experimento I: Costo de la pensión universal fijado en 1 dólar al día, 2050 (porcentaje del PIB)	PIB per cápita de 2005 (dólares de PPA)	Pensión universal (1 dólar al día), proporción del PIB per cápita de 2005	Crecimiento medio del PIB (dólares de PPA), 1990-2005 ^a
Kuwait	0,07	0,18	16 903	2,16	3,94
Bahrein	0,08	0,11	19 477	1,87	4,23
Omán	0,10	0,16	14 541	2,51	3,98
Arabia Saudita	0,13	0,22	12 874	2,84	3,30
Singapur	0,17	0,07	26 730	1,37	5,95
Botswana	0,20	0,03	9 472	3,85	4,85
Israel	0,23	0,12	3 981	9,17	3,90
Sudáfrica	0,23	0,17	10 809	3,38	2,15
Malasia	0,25	0,13	10 203	3,58	5,70
República de Corea	0,27	0,08	18 634	1,96	5,07
Namibia	0,28	0,13	7 029	5,19	3,93
Barbados	0,30	0,39	16 066	2,27	1,52
Trinidad y Tabago	0,31	0,15	12 632	2,89	4,02
Costa Rica	0,32	0,23	9 560	3,82	4,22
Mauricio	0,32	0,15	11 029	3,31	4,39
México	0,32	0,48	8 952	4,08	2,46
República Dominicana	0,33	0,22	6 898	5,29	4,48
Irán (República Islámica del)	0,33	0,31	7 186	5,08	4,12
Gabón	0,36	0,45	6 255	5,83	1,96
Argelia	0,37	0,64	6 419	5,69	2,64
Cabo Verde	0,38	0,25	5 287	6,90	5,57
Chile	0,40	0,14	10 674	3,42	5,43
Argentina	0,41	0,22	12 494	2,92	3,33
Colombia	0,41	0,58	6 738	5,42	2,56
Turquía	0,41	0,33	7 108	5,14	3,60
Jordania	0,42	0,40	4 381	8,33	4,42
Kazajstán	0,42	0,49	9 809	3,72	1,39
Brasil	0,43	0,54	7 494	4,87	2,53
Túnez	0,43	0,27	7 362	4,96	4,36
Panamá	0,47	0,27	6 775	5,39	4,52
Filipinas	0,49	0,75	4 487	8,14	2,71
Paraguay	0,50	1,19	4 118	8,86	1,93
Tailandia	0,50	0,23	7 681	4,75	4,25
Venezuela (República Bolivariana de)	0,50	0,96	5 507	6,63	1,99
República Árabe Siria	0,51	0,62	3 368	10,84	4,23
Nicaragua	0,52	0,93	3 443	10,60	2,93
Perú	0,53	0,40	5 375	6,79	3,90
Guatemala	0,55	0,58	4 044	9,02	3,25
Angola	0,56	0,82	2 549	14,32	2,42
Belarús	0,61	0,43	11 089	3,29	1,49
China	0,63	0,21	6 385	5,72	9,01
Marruecos	0,64	1,00	3 881	9,41	2,49
Papua Nueva Guinea	0,64	0,59	2 261	16,14	4,05

Cuadro A.4 (continuación)

Selección de economías en transición y países en desarrollo: estimación de costos de las pensiones de vejez universales, 2005 y 2050 (porcentaje del PIB)

País	Costo de la pensión universal, 2005 (porcentaje del PIB)	Experimento I: Costo de la pensión universal fijado en 1 dólar al día, 2050 (porcentaje del PIB)	PIB per cápita de 2005 (dólares de PPA)	Pensión universal (1 dólar al día), proporción del PIB per cápita de 2005	Crecimiento medio del PIB (dólares de PPA), 1990-2005 ^a
Guyana	0,65	1,18	4 150	8,80	1,19
Líbano	0,65	0,23	5 777	6,32	7,03
El Salvador	0,68	0,61	4 099	8,90	3,57
Egipto	0,71	0,60	3 684	9,91	3,77
Uruguay	0,72	0,49	8 849	4,12	2,15
Azerbaiyán	0,74	0,27	4 572	7,98	5,87
Honduras	0,75	1,42	2 704	13,5	2,45
Ecuador	0,76	1,17	3 998	9,13	2,15
Indonesia	0,78	0,50	3 906	9,35	3,93
Rumania	0,78	0,80	8 987	4,06	0,87
Uzbekistán	0,78	1,22	2 887	12,64	2,61
Croacia	0,85	0,88	9 435	3,87	0,53
Camerún	0,87	1,21	2 357	15,49	1,91
Albania	0,89	0,75	4 931	7,40	2,38
Armenia	0,92	1,17	5 767	6,33	0,89
Djibouti	0,93	3,25	1 853	19,69	0,54
Ghana	0,93	0,66	2 230	16,37	4,16
Pakistán	0,93	0,71	2 286	15,97	4,29
Jamaica	0,95	1,39	3 901	9,36	0,98
India	0,96	0,40	3 029	12,05	5,37
Bolivia	0,98	1,01	2 503	14,58	3,18
Mauritania	1,00	0,52	1 932	18,89	4,89
Sudán	1,00	0,47	2 060	17,72	5,44
Viet Nam	1,01	0,53	2 696	13,54	6,51
Bulgaria	1,03	1,16	7 930	4,60	0,02
Uganda	1,03	0,66	1 356	26,91	5,75
Sri Lanka	1,04	0,49	3 732	9,78	4,28
Bangladesh	1,06	0,78	1 944	18,78	4,38
Lesotho	1,09	0,14	2 490	14,66	4,82
Bosnia y Herzegovina	1,10	0,18	6 368	5,73	12,34
Guinea	1,14	1,10	1 795	20,33	3,12
Senegal	1,14	1,37	1 558	23,42	3,21
Kenya	1,17	3,10	1 282	28,48	1,77
Rwanda	1,17	2,62	1 228	29,72	1,73
Comoras	1,21	4,06	1 292	28,26	1,47
Gambia	1,21	1,42	1 797	20,31	2,89
Chad	1,23	0,48	1 399	26,09	6,61
Togo	1,36	2,65	1 301	28,06	2,10
Burkina Faso	1,39	1,11	1 106	32,99	4,03
Côte d'Ivoire	1,42	3,90	1 351	27,02	0,66
Nigeria	1,46	1,15	1 193	30,61	3,49
Mozambique	1,55	0,48	1 223	29,83	6,12
Yemen	1,59	1,21	840	43,44	5,73

País	Costo de la pensión universal, 2005 (porcentaje del PIB)	Experimento I: Costo de la pensión universal fijado en 1 dólar al día, 2050 (porcentaje del PIB)	PIB per cápita de 2005 (dólares de PPA)	Pensión universal (1 dólar al día), proporción del PIB per cápita de 2005	Crecimiento medio del PIB (dólares de PPA), 1990-2005 ^a
Malí	1,61	1,00	958	38,09	4,54
Congo	1,62	1,95	1 017	35,91	2,74
Nepal	1,64	1,34	1 281	28,50	3,94
Níger	1,68	3,64	711	51,37	2,18
Benin	1,69	1,62	933	39,12	4,08
Eritrea	1,78	1,48	813	44,91	4,26
Zambia	2,05	2,41	829	44,05	1,86
República Centroafricana	2,14	3,34	1 035	35,26	0,70
Madagascar	2,29	5,19	768	47,52	1,62
Etiopía	2,35	2,58	723	50,46	2,95
Sierra Leona	2,52	0,87	796	45,84	0,48
Guinea-Bissau	2,71	6,86	640	57,05	0,82
Tanzanía (República Unida de)	2,94	2,18	632	57,79	3,62
Malawi	3,08	2,43	552	66,10	2,92

Fuente: Naciones Unidas/Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Número total de países: 100.

a Los períodos de proyección para los países siguientes varían de los del resto por motivos relacionados con la disponibilidad de datos:

Bahrein	1990 a 2004
Barbados	1990 a 1999
Bosnia y Herzegovina	1994 a 2005
Eritrea	1992 a 2005
Kuwait	1995 a 2004
Omán	1990 a 2004
Uzbekistán	1992 a 2005.

Cuadro A.5
Selección de parámetros para las pensiones sociales de carácter no contributivo y sus efectos sobre la pobreza, en una selección de países

Pais	Edad exigida	Universal (U) o asignada mediante determinación de los medios de vida (M)	Cantidad mensual abonada	Porcentaje de personas mayores de 60 años que reciben una pensión	Pensión anual básica como porcentaje de ingresos per cápita (año de los datos)	Porcentaje de costo del PIB destinado a la pensión social (aproximadamente de 2000 a 2002)	Efectos sobre la pobreza, aproximadamente de 2000 a 2006
Argentina	70 y más	M	88 dólares EE.UU.	6	22 (2000)	0,23	La incidencia de la pobreza descendió un 31% entre las familias que recibían una pensión financiada mediante la tributación, al tiempo que la incidencia de la pobreza extrema cayó un 67% (datos de 1997).
Bangladesh	57 y más	M	2 dólares EE.UU.	16 ^a	7 (2003 a 2004)	0,03	Aumento del gasto en alimentos, salud y microinversiones (HelpAge International/Asia Pacific Regional Development Centre (2006)).
Bolivia ^b	65 y más	U	18 dólares EE.UU.	69	23 (2004)	1,3	Las familias beneficiarias incrementaron el consumo de alimentos un 6,3%, con efectos positivos en las zonas rurales en lo referente a consumo de alimentos, aumento de la producción y escolarización infantil.
Botswana	65 y más	U	27 dólares EE.UU.	85	9 (1990 a 2000)	0,4	
Brasil	67 y más	M	140 dólares EE.UU.	5	33 (2003)	0,2	Reducción al 18% de la probabilidad de caer en la pobreza para los miembros de la familia y aumento de los ingresos de los más pobres en un 100% y un 5%.
Previdencia Rural	60 y más (hombres) y 55 y más (mujeres)	M	140 dólares EE.UU.	27	33 (2003)	0,7	Aumento de la escolarización de las niñas con edades comprendidas entre 12 y 14 años.
Costa Rica	65 y más	M	26 dólares EE.UU.	20	10 (2000)	0,18	
India	65 y más	M	4 dólares EE.UU.	13	10 (1999) ^c	0,01	
Lesotho	70 y más	U ^d	21 dólares EE.UU.	53	..	1,43	Se estableció en 2004 y todavía no se dispone de datos sobre la repercusión; no obstante, los primeros datos indican que el 65% de los ingresos de pensiones se gastaba en los niños que estaban a cargo de las personas de edad (Samson, 2006).
Mauricio	60 o más ^e	U	60 dólares EE.UU.	100	18 (1990 a 2000)	2	Las tasas de pobreza para las personas de edad (personas solteras y parejas) se redujeron en más de un 40%.
Namibia	60 y más	M	28 dólares EE.UU.	87	17 (1990 a 2000)	0,8	Aumento del gasto en alimentos, salud, educación de los niños, tecnología de la agricultura, ganado y microempresas.
Nepal	75 y más	U	2 dólares EE.UU.	12	10 (2001 a 2002)	0,1	
República de Moldova	62 y más (hombres) y 57 y más (mujeres)	M	5 dólares EE.UU.	12	23,3 (1996)	0,08	

Samoa	65 y más	U	33 dólares EE.UU.	100 tala	100	22 (2003)	1,4	
Sudáfrica	65 y más (hombres) y 60 y más (mujeres)	M	109 dólares EE.UU.	780 rand	60	32 (2003)	1,4	Se redujo un 12,5% la probabilidad de que un miembro de la familia pudiera caer en la pobreza; se incrementaron un 50% los ingresos del 5% más pobre de la población; y se mejoraron la alimentación infantil, la salud y la educación, al tiempo que se fomentó la expansión de las microempresas y se estimularon las modalidades de convivencia intergeneracionales.
Tailandia	60 y más	M	8 dólares EE.UU.	300 bat	16	15 ^f	1,3 ^f	
Tayikistán	63 y más (hombres) y 58 y más (mujeres)	M	4 dólares EE.UU.	12 somoni	..	..
Uruguay	70 y más	M	100 dólares EE.UU.	2 499 pesos	10	24 (2001)	0,62	La incidencia de la pobreza y de la pobreza extrema entre las personas de 70 y más años ha sido baja gracias a la cobertura de pensiones de la que disfruta el 75% de las personas pertenecientes a este grupo de edad.
Viet Nam	60 y más	M	6 dólares EE.UU.	100 000 dong	2	5 (1998)	0,02	
	90 y más	U	6 dólares EE.UU.	100 000 dong	0,5	..	0,0005	

Fuentes: Estimaciones de las Naciones Unidas/Departamento de Asuntos Económicos y Sociales; HelpAge International (2006b); Willmore (2006, cuadro 2); Palacios y Sluchynsky (2006, cuadro 1); HelpAge International/Asia Pacific Regional Development Centre (2006); y Johnson y Williamson (2006).

a Porcentaje de personas mayores de 57 años que reciben una pensión.

b Abonada anualmente.

c Dato extraído de Palacios y Sluchynsky (2006); Willmore (2006) da una cifra del 5% para el año 2000.

d Universal con excepciones, a saber, las personas que ya reciben una pensión sustancial del Gobierno (el 4% de aquellas personas que, de lo contrario, cumplirían las condiciones exigidas).

e La edad exigida se ha cambiado recientemente a 65 y más años.

f Estimación de Palacios y Sluchynsky (2006).

Bibliografía

- Abeykoon, Palitha (2002). Case study: Sri Lanka. En *Long-Term Care in Developing Countries: Ten Case-Studies*, Jenny Brodsky, Jack Habib y Miriam Hirschfeld, eds. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Aboderin, Isabella, y otros (2002). *Life Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes: Key Issues and Implications for Policy and Research*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Aboderin, Isabella (2004). Intergenerational family support and older age economic security in Ghana. En *Living Longer: Ageing, Development and Social Protection*, Peter Lloyd-Sherlock, ed. Londres: Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social y Zed Books, parte III, cap. 10.
- Acuña, R., y A. Iglesias (2001). Chile's pension reform after 20 years. World Bank Social Protection Discussion Paper, No. 0129. Diciembre. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Ahearne, Alan G., William L. Grier y Francis E. Warnock (2004). Information costs and home bias: an analysis of U.S. holdings of foreign equities. *Journal of International Economics*, vol. 62, págs. 313 a 336.
- Ando, Alberto, y Franco Modigliani (1963). The "life cycle" hypothesis of saving: aggregate implications and tests. *The American Economic Review*, vol. 53, No. 1, págs. 55 a 84.
- Anetzberger, G. J. (1987). *The Etiology of Elder Abuse by Adult Offspring*. Springfield (Illinois) (Estados Unidos): Charles C. Thomas.
- _____, J. E. Korbin y C. Austin (1994). Alcoholism and elder abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 9, No. 2, págs. 184 a 193.
- Apt, Nana Araba (1999). Rapid urbanization and living arrangements of older persons in Africa. Centre for Social Policy Studies, University of Ghana, Legon. Puede consultarse en http://www.un.org/esa/population/publications/bulletin42_43/apt.pdf.
- Banco de Pagos Internacionales (2006). *BIS Quarterly Review: International Banking and Financial Market Developments*. Basilea (Suiza): Banco de Pagos Internacionales. 14 de marzo.
- Banco Mundial (1994). *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth*. Nueva York: Oxford University Press.
- _____(2005). *Indicadores del Desarrollo Mundial, 2005*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- _____(2006a). *Indicadores del Desarrollo Mundial, 2006*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- _____(2006b). *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*. Autores: Pablo Gottret y George Schieber. Washington, D.C.: Banco Mundial.

- Banks, James, Richard Blundell y Sarah Tanner (1998). Is there a retirement-savings puzzle? *American Economic Review*, vol. 88, No. 4, págs. 769 a 788.
- Barr, Nicholas (2000). Reforming pensions myths, truths and policy choices. IMF Working Paper, No. 00/139. Washington, D.C.: Fondo Monetario Internacional. 1 de agosto.
- _____ (2006). Pensions: overview of the issues. *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 22, No. 1, págs. 1 a 14.
- _____, y Peter Diamond (2006). The economics of pensions. *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 22, No. 1, págs. 15 a 39.
- Barrientos, Armando (2007). Livelihood sources of older people and their households in developing countries. Documento de antecedentes preparado para el *Estudio Económico y Social Mundial, 2007*. Enero.
- Benjamin, Kirsten, y Sally Wilson (2005). Facts and misconceptions about age, health status and employability. Report No. HSL/2005/20. Buxton, Reino Unido: Health and Safety Laboratory.
- Bernheim, B. Douglas, Jonathan Skinner y Steven Weinberg (2001). What accounts for the variation in retirement wealth among U.S. households? *American Economic Review*, vol. 91, No. 4, págs. 832 a 857.
- Black, Sandra E., y Lisa M. Lynch (2004). Workplace practices and the new economy. *FRBSF Economic Letter*, No. 10 (16 de abril). San Francisco (California) (Estados Unidos): Federal Reserve Bank of San Francisco.
- Boldy, D., y otros (2005). Addressing elder abuse: Western Australian case study. *Australian Journal on Ageing*, vol. 24, No. 1, págs. 3 a 8.
- Bongaarts, John, y Zachary Zimmer (2001). Living arrangements of older adults in the developing world: an analysis of DHS Household Surveys. Policy Research Division Working Paper, No. 148. Nueva York: Population Council.
- Börsch-Supan, Axel (2004). Global aging: issue, answers, more questions. Michigan Retirement Research Center Working Paper, No. 2004-084. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan, Michigan Retirement Research Center. Junio.
- Bosworth, Barry, y Gary Burtless (1998). Population aging and economic performance. En *Private Markets for Public Goods: The Global Dimension*, Barry Bosworth y Gary Burtless, eds. Washington, D.C.: The Brookings Institution Press.
- Brodsky, Jenny, Jack Habib y Miriam J. Hirschfeld, eds. (2003). *Key Policy Issues in Long-Term Care*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Brodsky, Jenny, y otros (2002). Care of the frail elderly in developed and developing countries: the experience and challenges. *Ageing Clinical and Experimental Research*, vol. 14, No. 4, págs. 279 a 286.
- _____ (2003). Choosing overall LTC strategies: a conceptual framework for policy development. En *Key Policy Issues in Long-Term Care*, J. Brodsky, J. Habib y M. Hirschfeld, eds. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Bryant, John, y Audrey Sonerson (2006). Gauging the cost of aging. *Finance & Development*, vol. 43, No. 3 (Septiembre).
- Centro de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (Hábitat) (1999). *Living Conditions of Low-income Older Persons in Human Settlements*. HS/758/05E.

- Chan, A. C. M., D. R. Phillips y F. M. S. Fong (2003). An exploratory study of older persons' computer and internet usage in Hong Kong. Monograph Series, No. 3 (agosto). Hong Kong: Asia Pacific Institute of Ageing Studies, Lingnan University.
- Chan, Angelique, y otros (2003). The relations between formal and familial support of the elderly in Singapore and Taiwan. Asian MetaCentre Research Paper, No. 9. Asian MetaCentre for Population and Sustainable Development Analysis, Asia Research Institute, National University of Singapore. Enero.
- Cheng, Sheung-Tak, Alfred C. M. Chan y David R. Phillips (2006). The aging situation in Asia and the Pacific: trends and priorities. Documento no publicado que se incluirá en el *Informe sobre la situación mundial del envejecimiento, 2007*.
- Cho, A. J., S. K. Kim y Y. K. Kim (2000). Study on the prevalence of elder abuse in Korea. Seúl: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Coe, D., y E. Helpman (1995). International R&D spillovers. *European Economic Review*, vol. 39, No. 5, págs. 859 a 887.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2006). A year of delivery: The European Commission's 2006 annual progress report on growth and jobs. Puede consultarse en http://ec.europa.eu/growthandjobs/annual-report-1206_en.htm (consultado el 9 de mayo de 2007).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2000). *Equidad, Desarrollo y Ciudadanía*. Número de venta S.00.II.G.81.
- _____ (2006). Shaping the future of social protection: access, financing and solidarity. LC/ G.2294(SES.31/3). Marzo.
- Comisión Europea (2001). Reforms of pension systems in the EU: an analysis of the policy options. *European Economy*, No. 73, págs. 171 a 222.
- _____ (2004). Aumentar el empleo de los trabajadores de más edad y retrasar su salida del mercado de trabajo. Comunicación de la Comisión de 3 de marzo. COM(2004), 146.
- _____ (2005). The economic impact of ageing populations in the EU 25 Member States. *Economic Paper*, No. 236. Diciembre. Puede consultarse en http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_papers/2005/ecp236en.pdf (consultado el 30 de abril de 2007).
- _____, Dirección General de Asuntos Económicos y Financieros (2006). The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU 25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004 a 2005). *European Economy* (Bruselas), special report No. 1/2006.
- Compton, S. A., P. Flanagan y W. Gregg (1997). Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of old age service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 12, No. 6, págs. 632 a 635.
- Consejo de la Unión Europea (2000). Establecimiento de un margo general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación. Directiva 2000/78/CE del Consejo de 27 de noviembre de 2000. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, 303/16 (2 de diciembre), págs. 0016 a 0022.
- Cowgill, D. O. (1972). A theory of aging in cross-cultural perspective. En *Aging and Modernization*, D. O. Cowgill y L. D. Holmes, eds. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.

- Coyne, A. C., W. E. Reichman y L. J. Berbig (1993). The relationship between dementia and elder abuse. *American Journal of Psychiatry*, vol. 150, No. 4, págs. 643 a 646.
- Cutler, David, Angus Deaton y Adriana Lleras-Muney (2005). The determinants of mortality. Center for Health and Wellbeing (Princeton University) Working Paper, No. 48. Puede consultarse en http://www.prince-ton.edu/~rpds/downloads/cutler_deaton_llerasmuney_determinants_mortality_nberdec05.pdf (consultado el 22 de enero de 2007).
- _____ (2006). The determinants of mortality. *Journal of Economic Perspectives*, vol. 20, No. 3 (verano).
- D'Arista, Jane (2006). The implications of aging for the structure and stability of financial markets. Documento de antecedentes preparado para el *Estudio Económico y Social Mundial, 2007*. Diciembre.
- Davis, E. Philip (2002). Pension fund management and international investment: a global perspective. *Pensions Institute Discussion Paper*, No. PI-026. Londres: The Pensions Institute, Birbeck College, University of Londres. Mayo.
- _____ (2003). Institutional investors, financial market efficiency and financial stability. *Pensions Institute Discussion Paper*, No. PI-0303. Londres: The Pensions Institute, Birbeck College, University of Londres. Enero.
- _____ (2005). The role of pension funds as institutional investors in emerging markets. Documento presentado en la conferencia del Korean Development Institute "Population Aging in Korea: Economic Impacts and Policy Issues", Seúl, marzo de 2005. Abril. Puede consultarse en <http://www.brunel.ac.uk/329/efwps/05-18.pdf> (consultado el 9 de mayo de 2007).
- Deaton, Angus S. (2005). Franco Modigliani and the life cycle theory of consumption. Documento presentado en el Convegno Internazionale Franco Modigliani, Accademia Nazionale dei Lincei, Roma, 17 y 18 de febrero. Marzo.
- Delgado, G. C., y J. C. Cardoso (2000). Principais resultados da pesquisa domiciliar sobre a previdência rural na região sul do Brasil. *Texto para Discussão*, No. 734. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- Demeny, Paul (2000). Policy interventions in response to below-replacement fertility. En *Population Bulletin of the United Nations: Below Replacement Fertility*. Special Issue, Nos. 40/41 (1999), págs. 183 a 193. Número de venta E.99.XIII.13. Nueva York: Naciones Unidas.
- De Mesa, Alberto Arenas, y Carmelo Mesa-Lago (2006). The structural pension reform in Chile: effects, comparisons with other Latin American reforms, and lessons. *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 22, No. 1, págs. 149 a 167.
- De Mesa, Alberto Arenas, y otros (2006). The Chilean pension reform turns 25: lessons from the Social Protection Survey. Pension Research Council Working Paper PRC WP 2006-9. Philadelphia (Pennsylvania) (Estados Unidos): Pension Research Council, The Wharton School, University of Pennsylvania.
- Dercon, Stefan (1998). Wealth, risk and activity choice: cattle in Western Tanzania. *Journal of Development Economics*, vol. 55, No. 1 (febrero), págs. 1 a 42.
- Diamond, Peter (1996). Government provision and regulation of economic support in old age. En *Annual World Bank Conference on Development Economics 1995*, Boris Pleskovic y Michael Bruno, eds. Washington, D.C.: Banco Mundial.

- _____ (2004). Social security. *American Economic Review*, vol. 94, No. 1, págs. 1 a 24.
- Dirección General de Estadística y Censos (1994). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples*. San José: Ministerio de Economía, Industria y Comercio.
- Dorbritz, J., y K. Schwarz (1996). Kinderlosigkeit in Deutschland: ein Massenphänomen? *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, vol. 21, No. 3, págs. 231 a 261.
- Ebrahim, Shah (2002). Ageing, health and society. *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, No. 4, págs. 715-718.
- Economic and Social Commission for Western Asia (2002). The Arab Plan of Action on Ageing to the Year 2012, pág. 7. Puede consultarse en <http://www.escwa.org.lb/divisions/sdd/activities/aging/poa.pdf> (consultado el 15 de enero de 2007).
- Economic Policy Committee (2003). Budgetary challenges posed by ageing population: the impact on public spending on education. Bruselas, 22 de octubre. EPC/ECFIN/435/03 final. Puede consultarse en http://ec.europa.eu/economy_finance/epc/documents/2003/awgeducation_en.pdf (consultado el 5 de marzo de 2007).
- Elo, I., y S. Preston (1992). Effects of early-life conditions on adult mortality: a review. *Population Index*, vol. 58, No. 2 (verano), págs. 186 a 212.
- El-Safty, M. (2006). Economic and Social Commission for Western Asia regional contribution to the World Ageing Situation Report 2007. Documento no publicado.
- Employment Benefit Research Institute (EBRI) (2006). IRA and KEOGH assets and contributions, and income of the elderly population, age 65 and over, 2004. *EBRI Notes* (Washington, D.C.), vol. 27, No. 1. Enero.
- Engelhardt, Gary V., y Jonathan Gruber (2004). Social security and the evolution of elderly poverty. NBER Working Paper, No. 10466. Cambridge, Massachusetts (Estados Unidos): National Bureau of Economic Research. Mayo.
- European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU) (2005). Are we living longer, healthier lives in the EU? EHEMU Technical report 2. Montpellier (Francia). Puede consultarse en <http://www.hs.le.ac.uk/revs/ehemu-test/pdf/techrep20507.pdf> (consultado el 14 de agosto de 2006).
- Ezzati, M., y A. D. López (2004). Smoking and oral tobacco use. En *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*, M. Ezzati y otros, eds. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, págs. 883–956.
- Ezzati, Majid, y otros (2005). Rethinking the “disease of affluence” paradigm: global patterns of nutritional risks in relation to economic development. *PLoS Medicine*, vol. 2, No. 5 (mayo), e133. San Francisco (California) (Estados Unidos): Public Library of Science.
- Fitzgerald, J. (2005). Progress on the Lisbon Agenda. Documento presentado en el Brussels Economic Forum. 21 de abril. Dublín: Economic and Social Research Institute.
- Fogel, Robert William (2004). Changes in the process of aging during the twentieth century: findings and procedures of the *Early Indicators* project. En *Aging, Health and Public Policy: Demographic and Economic Perspectives*, Linda J. Waite, ed. Suplemento de *Population and Development Review* (Population Council, Nueva York), vol. 30, págs. 19 a 47.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2006). Population ageing in Thailand: prognosis and policy response. Octubre. Bangkok: UNFPA, Tailandia.

- Fondo Monetario Internacional (2003). *Global Financial Stability Report: Market Developments and Issues*, marzo de 2003. Washington, D.C.: Fondo Monetario Internacional.
- _____ (2005). *Global Financial Stability Report: Market Developments and Issues*, Septiembre 2005. Washington, D.C.: Fondo Monetario Internacional.
- Forrester Research (2002). 3.3 million US services jobs to go offshore. Forrester Research Brief. 11 de noviembre. Autores: John C. McCarthy y otros.
- Förster, Michael, y Marco Mira d'Ercole (2005). Income distribution and poverty in OECD countries in the second half of the 1990s. OECD Social, Employment and Migration Working Paper, No. 22. DELSA/ELSA/ED/SEM (2005) 1. 10 de marzo. París: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.
- Freeman, Richard B. (2006). Is a great labor shortage coming? Replacement demand in the global economy. NBER Working Paper, No. 12541. Septiembre. Cambridge (Massachusetts) (Estados Unidos): National Bureau of Economic Research. Puede consultarse en <http://www.nber.org/papers/w12541> (consultado el 27 de abril de 2007).
- Friedman, Milton (1957). *A Theory of the Consumption Function*. Princeton, Nueva Jersey (Estados Unidos): Princeton University Press.
- Fries, James F. (2005). Compression of morbidity: in retrospect and in prospect. International Longevity Center-USA Issue Brief, vol. 2, No. 2. Nueva York: Mount Sinai School of Medicine.
- Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo (2006a). *Foundation Focus: Age and Employment*, número 2 (septiembre). Dublín: Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo.
- _____ (2006b). *Age and Employment in the New Member States*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Garrett, Laurie (2007). The challenge of global health. *Foreign Affairs*, vol. 86, No. 1 (enero/febrero), págs. 14 a 38.
- Garrett, Laurie (2007). The challenge of global health. *Foreign Affairs*, vol. 86, No. 1 (January/February), págs. 14-38.
- Gasparini, Leonardo, y otros (2007). Poverty among the elderly in Latin America and the Caribbean. Documento de antecedentes preparado para el *Estudio Económico y Social Mundial, 2007*. Enero.
- Gill, Indermit S., Truman Packard y Juan Yermo (2004). *Keeping the Promise of Social Security in Latin America*. Palo Alto (California) y Washington, D.C.: Stanford University Press y Banco Mundial.
- Global Action on Aging (2006a). Argentina: lanzan campaña que busca promover imágenes más positivas de la vejez. 8 de noviembre. Boletín informativo (diciembre). Artículo en español. Puede consultarse en <http://www.globalaging.org/elderrights/world/2006/vejezpositiva.htm> (consultado el 1 enero de 2007).
- _____ (2006b). Conference about the situation of older people in Europe: a bet and a change. The contribution of older people. 13 de septiembre. Boletín informativo (septiembre). Puede consultarse en <http://www.globalaging.org/elderrights/world/2006/abetandachance.htm> (consultado el 31 de diciembre de 2006).
- Gnanasekaran, Kottai S. (2006). Population ageing in the twenty-first century and its implications for the health sector. Documento presentado en la International Conference on Emerging Population Issues in the Asian Pacific Region: Challenges for the 21st Century, Mumbai (India), 10 a 13 de diciembre de 2006.

- Goergen, Thomas (2001). Stress, conflict, elder abuse and neglect in German nursing homes: a pilot study among professional caregivers. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 13, No. 1, págs. 1 a 26.
- Gomes da Conceição, Cristina, y Verónica Montes de Oca Zavala (2004). Ageing in Mexico: families, informal care and reciprocity. En *Living Longer: Ageing, Development and Social Protection*, Peter Lloyd-Sherlock, ed. Londres: Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social y Zed Books, parte III, cap. 11.
- Grafstrom, M., A. Nordberg y B. Winblad (1993). Abuse is in the eye of the beholder. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, vol. 21, No. 4, págs. 247 a 253.
- Gray, Alastair (2005). Population ageing and health care expenditure. *Ageing Horizons* (Oxford Institute of Ageing, Oxford (Reino Unido)), No. 2 (primavera-verano), págs. 15 a 20.
- Gruber, Jonathan, y David A. Wise (2005). Social security programs and retirement around the world: fiscal implications: introduction and summary. NBER Working Paper, No. 11290. Cambridge (Massachusetts) (Estados Unidos): National Bureau of Economic Research. Abril.
- Hammond Care Group (2003). Community care. Puede consultarse en <http://www.hammond.com.au/communitycare/index.html> (consultado el 14 de diciembre de 2006).
- Harper, Sarah, y Sue Marcus (2006). Age-related capacity decline: a review of some workplace implications. *Ageing Horizons: Policies for Ageing Societies*, número 5 (otoño-invierno). Oxford (Reino Unido): Oxford Institute of Ageing.
- Health Policy and Communications Branch, Health Canada (2001). *Health Expenditures in Canada by Age and Sex, 1980-81 a 2000-01*. Agosto. Ottawa: Health Canada. Puede consultarse en <http://www.hc-sc.gc.ca>.
- Heinrich, Georges A. (2000). Affluence and poverty in old age: new evidence from the European Community Household Panel. Septiembre.
- HelpAge International (2001). Talking point: understanding older people's experience. *Ageing and Development*, número 8 (mayo).
- _____ (2002). A Generation in Transition: Older People's Situation and Civil Society's Response in East and Central Europe. Londres: HelpAge International. Mayo.
- _____ (2006a). Surviving with little support. *Ageing and Development*, número 19 (febrero), pág. 9.
- _____ (2006b). Why social pensions are needed now. Octubre. Londres: HelpAge International. Puede consultarse en <http://www.globalaging.org/pension/world/2007/needed.pdf> (consultado el 15 de enero de 2007).
- _____/Asia Pacific Regional Development Centre (2006). Working draft for discussion: an overview of social pensions in Asia. Londres. Diciembre.
- Herlitz, C. (1997). Distribution of informal and formal home help for elderly people in Sweden. *The Gerontologist*, vol. 37, No. 1 (febrero), págs. 117 a 123.
- Hermalin, Albert I., ed. (2002). *The Well-Being of the Elderly in Asia: A Four-Country Comparative Study*. Ann Arbor (Michigan) (Estados Unidos): University of Michigan Press.

- Hinrichs, Karl, y Paula Aleksandrowicz (2005). Active ageing and European pension systems: synthesis report. Bremen (Alemania): University of Bremen Centre for Social Policy Research.
- Hirsch, Tad, y otros (2000). The ELDER project: social, emotional, and environmental factors in the design of eldercare technologies. En *Proceedings on the 2000 Conference on Universal Usability*. Conferencia celebrada en Arlington (Virginia) (Estados Unidos), los días 16 y 17 de noviembre de 2000. Nueva York: ACM Press.
- Hirschfeld, Miriam J. (2007). Health and long-term care systems for ageing societies. Documento de antecedentes preparado para el *Estudio Económico y Social Mundial, 2007*.
- Hokenstad, M. C., y L. Johansson (1996). Eldercare in Sweden: issues in service provision and case management. *Journal of Case Study Management*, vol. 5, No. 4, págs. 137 a 141.
- Holzmann, Robert (2005). Demographic alternatives for aging industrial countries: increased total fertility rate, labor force participation, or immigration. World Bank Social Protection Discussion Paper, No. 0540. Diciembre. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- _____, y Richard Hinz (2005). *Old-Age Income Support in the 21st Century: An International Perspective on Pension Systems and Reform*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Homer, A. C., y C. Gilleard (1990). Abuse of elderly people by their caregivers. *British Medical Journal*, vol. 301, No. 6765, págs. 1359 a 1362.
- Horioka, C. Y. (1989). Why is Japan's private saving rate so high? En *Developments in Japanese Economics*, R. Sato y T. Negishi, eds. Tokio: Academic Press.
- Horizon Foundation (2005). Aging-in-place initiative. Puede consultarse en <http://www.thehorizonfoundation.org/ht/d/sp/i/1398/pid/1398> (consultado el 8 de enero de 2007). Columbia (Maryland) (Estados Unidos): Horizon Foundation.
- Howse, Kenneth (2006). Pension reform and age of retirement rules. *Ageing Horizons: Policies for Ageing Societies*, número 5 (otoño-invierno). Oxford (Reino Unido): Oxford Institute of Ageing.
- Hua, Fu, y Xue Di (2002). Case study: China. En *Long-Term Care in Developing Countries: Ten Case-Studies*, Jenny Brodsky, Jack Habib y Miriam Hirschfeld, eds. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Iecovich, E., M. Lankri y D. Drori (2005). Elder abuse and neglect: a pilot incidence study in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 16, No. 3, págs. 45 a 63.
- International Institute for Democracy and Electoral Assistance (2006a). Voter turnout by age. Puede consultarse en http://www.idea.int/vt/by_age.cfm (consultado el 19 de marzo de 2007).
- _____(2006b). Voter turnout statistics by age from the National Elections Commission, Liberia. Puede consultarse en http://www.idea.int/vt/by_age.cfm (consultado el 19 de marzo de 2007).
- International Longevity Center-USA (2006). Ageism in America. Nueva York: Anti-Ageism Taskforce at the International Longevity Center.

- Jamison, Dean T., y otros (2006). *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2a. ed. Washington, D.C., y Nueva York: Banco Mundial y Oxford University Press. También Puede consultarse en <http://www.dcp2.org/page/main/ViewPublications.html>.
- Jensen, Per H. (2005). Reversing the trend from “early” to “late” exit: push, pull and jump revisited in the Danish context. *The Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice*, vol. 30, No. 4 (octubre), págs. 656 a 673.
- Johnson, Jessica K. M., y John B. Williamson (2006). Do universal non-contributory old-age pensions make sense for rural areas in low-income countries? *International Social Security Review*, vol. 59, No. 4, págs. 47 a 65.
- Kakwani, Nanak, y Kalanidhi Subbarao (2005). Ageing and poverty in Africa and the role of social pensions. *International Poverty Centre Working Paper*, No. 8. Agosto. Brasilia: United Nations Development Programme International Poverty Centre.
- Kinsella, Kevin, y David R. Phillips (2005). Global aging: the challenge of success. *Population Bulletin* (Population Reference Bureau, Washington, D.C.), vol. 60, No. 1 (marzo).
- _____, y Victoria A. Velkoff (2001). *An Aging World: 2001*. U.S. Census Bureau Series, pág. 95/01-1. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Kivela, S. L., y otros (1992). Abuse in old age: epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 4, No. 3, págs. 1 a 18.
- Knaul, Felicia, y otros (2002). Case study: Mexico. En *Long-Term Care in Developing Countries: Ten Case-Studies*, Jenny Brodksy, Jack Habib y Miriam Hirschfeld, eds. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Lee, Ronald, y Andrew Mason (2007). Population aging, wealth, and economic growth: demographic dividends and public policy. Documento de antecedentes preparado para el *Estudio Económico y Social Mundial, 2007*.
- Leeson, George (2006). The employment equality age regulations and beyond. *Ageing Horizons: Policies for Ageing Societies*, número 5 (otoño-invierno). Oxford (Reino Unido): Oxford Institute of Ageing.
- Lehman, H. (1953). *Age and Achievement*. Princeton (Nueva Jersey) (Estados Unidos): Princeton University Press.
- Leung, A., Y. H. Lui e I. Chi (2005). Later life learning experience among Chinese elderly in Hong Kong. *Gerontology and Geriatrics Education*, vol. 26, No. 2, págs. 1 a 15.
- Leung, Gabriel, Keith Tin y Wai-Sum Chan (2007). Hong Kong’s health spending projections through 2033. *Health Policy*, vol. 81, No. 1 (abril), págs. 93 a 101.
- Levinsky, Norman G., y otros (2001). Influence of age on Medicare expenditures and medical care in the last year of life. *Journal of the American Medical Association*, vol. 286, No. 11 (septiembre), págs. 1349 a 1355.
- Levy, B., y otros (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 83, No. 2, págs. 261 a 270.
- Lichtenberg, F. (1992). R&D investment and international productivity differences. NBER Working Paper, No. 4161. Cambridge (Massachusetts) (Estados Unidos): National Bureau of Economic Research.
- Lieras-Muney, A. (2007). A surprising secret to long life: stay in school. *The New York Times*, 3 de enero.

- Lloyd-Sherlock, Peter (2000). Population ageing in developed and developing regions: implications for health policy. *Social Science and Medicine*, vol. 51, No. 6 (15 de septiembre), págs. 887 a 895.
- _____(2004a). Ageing, development and social protection: generalizations, myths and stereotypes. En *Living Longer: Ageing, Development and Social Protection*, Peter Lloyd-Sherlock, ed. Londres: Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social y Zed Books.
- _____, ed. (2004b). *Living Longer: Ageing, Development and Social Protection*. Londres: Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social y Zed Books.
- _____(2006). Identifying vulnerable older people: insights from Thailand. *Ageing and Society*, vol. 26, No. 1, págs. 81 a 103.
- Lührmann, Melanie (2005). Population ageing and the demand for goods and services. Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing. Discussion Paper, No. 95-05. Mannheim (Alemania): Departamento de Economía, Universidad de Mannheim.
- Mahal, Ajay, y Peter Berman (2001). Health expenditures and the elderly: a survey of issues in forecasting, methods used, and relevance for developing countries. Center for Population and Development Studies, Harvard Burden of Disease Unit, Cambridge (Massachusetts) (Estados Unidos). Diciembre. No publicado.
- _____(2006). Health expenditures on the elderly in India and their financing: future prospects. Mayo. No publicado.
- Mahoney, Melissa, y otros (2006). Spurring growth dynamics from services offshoring. Schwartz Center for Economic Policy and Analysis (SCEPA) policy note. Febrero. Nueva York: The New School. Puede consultarse en [http://newschool.edu/cepa/publications/index.htm#Policy Notes](http://newschool.edu/cepa/publications/index.htm#Policy%20Notes) (consultado el 24 de abril de 2007).
- Maitland, Alison (2007). Make ready for the mother of all job changes. *Financial Times*, 2 de abril.
- Mankiw, N., D. Romer y D. Weil (1992). A contribution to the empirics of economic growth. *Quarterly Journal of Economics*, vol. 107, No. 2, págs. 407 a 437.
- Mann, Catherine L. (2003). Globalization of IT services and white collar jobs: the next wave of productivity growth. International Economics Policy Briefs, No. PB03-11. Diciembre. Washington, D.C.: Peter G. Peterson Institute for International Economics, diciembre.
- Mathers, Colin D., y Dejan Loncar (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, vol. 3, No. 11 (28 de noviembre). San Francisco (California) (Estados Unidos): Public Library of Science.
- Mathers, Colin D., y otros (2004). Global patterns of healthy life expectancy in the year 2002. *BMC Public Health*, vol. 4, No. 66.
- Mathiason, John R. (2003). An international perspective on aging and the end of life. *Home Health Care Management and Practice*, vol. 15, No. 2 (febrero), págs. 100 a 104.
- McKay, Stephen, y Sue Middleton (1998). *Characteristics of Older Workers: Secondary Analysis of the Family and Working Lives Survey*. Research Brief RB 45. Suffolk (Reino Unido): Department for Education and Employment.

- Meyer, S., y H. Mollenkopf (2003). Home technology, smart homes, and the aging user. En *Aging Independently: Living Arrangements and Mobility*, K. W. Schaie y otros, eds. Nueva York: Springer.
- Miniaci, Raffaele, Chiara Monfardini y Guglielmo Weber (2003). Is there a retirement consumption puzzle in Italy? *IFS Working Paper*, No. 03/14. Julio. Londres: Institute for Fiscal Studies.
- Modigliani, Franco, y Richard Brumberg (1954). Utility analysis and the consumption function: an interpretation of the cross-section data. En *Post-Keynesian Economics*, Kenneth K. Kurihara, ed. New Brunswick (Nueva Jersey) (Estados Unidos): Rutgers University Press, págs. 388 a 436.
- Morgan, D. L., T. L. Schuster y E. W. Butler (1991). Role reversals in the exchange of social support. *Journal of Gerontology* (Washington, D.C.), vol. 46, No. 5, págs. 5278 a 5287.
- Mosisa, Abraham, y Steven Hipple (2006). Trends in labor force participation in the United States. *Monthly Labor Review*, vol. 129, No. 6 (octubre).
- Munnell, Alicia H. (2006). Políticas to promote labour force participation of older people. Work Opportunities for Older Americans Series Working Paper, No. 2. CRR WP 2006-2. Enero. Chestnut Hill (Massachusetts) (Estados Unidos): Center for Retirement Research at Boston College.
- Naciones Unidas (1982). *Informe de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Viena, 26 de julio a 6 de agosto de 1982*. Número de venta E.82.I.16, cap. VI, sec. A. También puede consultarse en <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/ageing/ageipaa.htm>.
- _____ (1997a). *Older Persons in Countries with Economies in Transition: Designing a Policy Response. Guidelines for Practical Strategies*. Número de venta E.96.IV.12.
- _____ (1997b). *Informe sobre la situación social en el mundo*. Número de venta E.97.IV.1 (y correcciones).
- _____ (1998). *World Population Monitoring 1997: International Migration and Development*. Número de venta E.98.XIII.4.
- _____ (1999). *World Population Prospects: The 1998 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables* y vol. II, *Sex and Age*. Números de venta E.99.XIII.9 y E.99.XIII.8.
- _____ (2000). *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. Social Statistics and Indicators, No. 16. Número de venta E.00.XVII.14.
- _____ (2001). *Replacement Migration: Is It a Solution to Declining and Ageing Populations?* Número de venta E.01.XIII.19.
- _____ (2002a). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 8 a 12 de abril de 2002*. Número de venta E.02.IV.4, cap. I, resolución 1, anexos I y II.
- _____ (2002b). *World Population Ageing 1950-2050*. Número de venta E.02.XIII.3.
- _____ (2003). *Major Trends Affecting Families: A Background Document*. Número de venta E.06. IV.4.
- _____ (2004a). *World Population to 2300*. Número de venta E.04.XIII.11.
- _____ (2004b). *Population Bulletin of the United Nations: Policy Responses to Population Decline and Ageing*. Special Issue, Nos. 44/45 (2002). Número de venta E.02.XIII.4.

- _____ (2005a). *World Population Prospects: The 2004 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables* y vol. II, *Sex and Age Distribution of the World Population*. Números de venta E.05.XIII.5 y E.05.XIII.6.
- _____ (2005b). *Living Arrangements of Older Persons Around the World*. Número de venta E.05. XIII.9.
- _____ (2005c). Nota de antecedentes para el Seminario técnico internacional sobre conocimientos tradicionales indígenas, Panamá, 21 a 23 de septiembre de 2005, preparado por la Secretaría del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, División de Política Social y Desarrollo Social, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. PFII/2005/WS/TK.
- _____ (2005d). *Estudio Económico y Social Mundial, 2005: Financiación para el desarrollo*. Número de venta E.05.II.C.1
- _____ (2006a). *Estudio Económico y Social Mundial, 2006: Crecimiento y desarrollo divergente*. Número de venta E.06.II.C.1
- _____ (2006b). *World Population Prospects: The 2004 Revision*, vol. III, *Analytical Report*. Número de venta E.05.XIII.7.
- National Commission for Enterprises in the Unorganised Sector (2006). Report on social security for unorganised workers presented to the Prime Minister. Nueva Delhi: Gobierno de la India. Puede consultarse en <http://nceus.gov.in/> (consultado el 15 de octubre de 2006).
- Newhouse, Joseph P. (1992). Medical care cost: how much welfare loss? *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, No. 3 (verano), págs. 3 a 21.
- Nishimura, Kiyohiko G., y otros (2002). Effects of information technology and aging work force on labor demand and technological progress in Japanese industries: 1980 a 1998. Discussion paper CIRJE-F-145. Enero. Tokio: Facultad de Económicas, Universidad de Tokio.
- Novelli, William D. (2005). From the CEO: nurturing communities. En *Global report on aging* (verano). Puede consultarse en http://www.aarp.org/re-search/international/gra/gra_special_05/. Washington, D.C.: AARP.
- Ocampo, José Antonio (2005). A broader view of macroeconomic stability. DESA Working Paper, No. 1. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas. Octubre. Puede consultarse en http://www.un.org/esa/desa/papers/2005/wpl_2005.pdf (consultado el 14 de mayo de 2007).
- Office for an Ageing Australia (2004). Media resources: positive images gallery. Australian Government Department of Health and Ageing. Puede consultarse en http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/ageing-foa-media_resources-gallery-index.htm (consultado el 1 de enero de 2007).
- Oficina Internacional del Trabajo (2004a). *HIV/AIDS and Work: Global Estimates, Impact and Response*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, ILO Programme on HIV/AIDS and the world of work.
- _____ (2004b). Global employment trends for women 2004. Marzo. Ginebra.
- _____ (2004c). *World Employment Report: Employment, Productivity and Poverty Reduction*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- _____ (2005a). Global employment trends brief. Febrero. Ginebra.

- _____ (2005b). *Key Indicators of the Labour Market*, 4a. ed. Ginebra.
- _____ (2006). *Changing Patterns in the World of Work: Report of the Director-General*. Conferencia Internacional del Trabajo, 95º período de sesiones 2006: informe I (c). Ginebra.
- Ofstedal, Mary Beth, y Josefina N. Natividad (2002). Patterns of health care utilization. En *The Well-Being of the Elderly in Asia: A Four-Country Comparative Study*, Albert I. Hermalin, ed. Ann Arbor (Michigan) (Estados Unidos): University of Michigan Press.
- Ogawa, Naohiro, y otros (2006). Population aging and health care spending in Japan: public- and private-sector responses. Mimeo. 12 de diciembre.
- Ogg, J. (1993). Researching elder abuse in Britain. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 5, No. 2, págs. 37 a 54.
- ONUSIDA (2006). 2006 report on the global AIDS epidemic. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
- _____ y Organización Mundial de la Salud (2006). *AIDS Epidemic Update: December 2006*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud.
- Oppong, Christine (2006). Familial roles and social transformations: older men and women in sub-Saharan Africa. *Research on Ageing*, vol. 28, No. 6 (noviembre).
- Organización Internacional del Trabajo (1975). Recommendation Concerning Vocational Guidance and Vocational Training in the Development of Human Resources (Human Resources Development Recommendation), No. 150, aprobado el 23 de junio de 1975. En *Convenios y recomendaciones internacionales del trabajo, 1952 a 1976* (vol. II). Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, sec. II, págs. 572 a 602.
- _____ (2002). Facts on social security. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo. Puede consultarse en <http://www.ilo.org/public/english/pro-tecton/secsoc/downloads/events/factsheet.pdf> (consultado el 4 de mayo de 2007).
- Organización Mundial de la Salud (2000). Long-term care laws in five developed countries: a review. WHO/NMH/CCL/00.2. Septiembre.
- _____ (2002a). *World Report on Violence and Health*, Etienne G. Krug and others. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- _____ (2002b). Current and future long-term care needs: an analysis based on the 1990 WHO study the Global Burden of Disease and the International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO/NMH/CCL/02.2.
- _____ (2002c). *Long-Term Care in Developing Countries: Ten Case-Studies*, Jenny Brodsky, Jack Habib y Miriam Hirschfeld, eds. The World Health Organization Collection on Long-Term Care. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- _____ (2002d). *Community Home-based Care in Resource-Limited Settings: A Framework for Action*. Collaboration of the Cross Cluster Initiative on Home-Based Long-Term Care, Non-Communicable Diseases and Mental Health; and the Department of HIV/AIDS, Family and Community Health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- _____ (2002e). Active ageing: a policy framework. WHO/NMH/NPH/02.8.
- _____ (2005). *Preventing Chronic Disease: A Vital Investment*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- _____ (2006a). *World Health Report 2006: Working Together for Health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- _____ (2006b). Projections of mortality and burden of disease to 2030 (data file). Puede consultarse en http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bod_deathbyincome.xls (consultado el 5 de enero de 2007).
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2005). *Pension Markets in Focus* (Newsletter), número 2 (diciembre). París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
- _____ (2006a). *Live Longer, Work Longer*. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
- _____ (2006b). *Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?* Economics Department Working Paper No. 477. ECO/WKP(2006)5. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
- _____ (2007). *Social Expenditure Database (SOCX)*. Puede consultarse en <http://www.oecd.org/els/social/expenditure>.
- Paes de Barros, Ricardo, Rosane Mendonça y Daniel Santos (1999). *Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. IPEA Texto para Discussão*, No. 686 (Dezembro). Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Economica Aplicada.
- Palacios, Roberto, y Oleksiy Sluchnysky (2006). Social pensions part I: their role in the overall pension system. *World Bank Social Protection Discussion Paper*, No. 601. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- _____, y Montserrat Pallarès-Miralles (2000). International patterns of pension provision. *World Bank Social Protection Discussion Paper*, No. 9. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Paveza, G. J., y otros (1992). Severe family violence and Alzheimer's disease: prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, vol. 32, No. 4, págs. 493 a 497.
- Peláez, M. (2006). Well-being and health in Latin America and the Caribbean: policy priorities for the implementation of the International Plan of Action on Ageing. Documento no publicado.
- Peterson, Peter G. (2002). The challenge of global ageing. *Les Cahiers de la FIAPA: Action Research on Ageing*, No. 2 (diciembre): *Grey Power?* vol. 1, *Political Power and Influence*, págs. 16 a 26.
- Phillips, L. R. (1983). Abuse and neglect of the frail elderly at home: an exploration of theoretical relationships. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 8, No. 5 (septiembre), págs. 379 a 392.
- Phua, Kai Hong, y Yap Mui Teng (1998). Financing health care in old age: a case study of Singapore. En *Choices in Financing Health Care and Old Age Security: Proceedings of a Conference Sponsored by the Institute of Policy Studies, Singapore, and the World Bank, November 8, 1997*, Nicholas Prescott, ed. World Bank Discussion Paper, No. 392. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Pillemer, K., y J. J. Suitor (1992). Violence and violent feelings: what causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology*, vol. 47, No. 4 (julio), págs. S165-S172.
- Podnieks, E. (1992). National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 4 (1/2), págs. 5 a 58.

- _____, G. Anetzberger y P. B. Teaster (2006). International Network for the Prevention of Elder Abuse: preliminary findings from a worldwide environment scan. Documento presentado en la Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, Dallas (Texas) (Estados Unidos).
- Productivity Commission, Government of Australia (2005). *Economic Implications of an Ageing Australia*. Research Report. Canberra. 24 de marzo.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y Fondo de Población de las Naciones Unidas (2005). The great generation of Kazakhstan: insight into the future. National Human Development Report for 2005. Almaty.
- Prskawetz, A., T. Fent y R. Guest (2005). Workforce aging and labor productivity: the role of supply and demand for labor in the G7. 3 de noviembre.
- Purdie, Nola, y Gillian Boulton-Lewis (2003). The learning needs of older adults. *Educational Gerontology*, vol. 29, No. 2 (febrero), págs. 129 a 149.
- Qiao, X. (2005). Changes in the perceived health expectancy of the elderly in China, from 1992 to 2000. Documento presentado en la 17th Meeting of the International Network on Health Expectancy (REVES), Beijing, 18 a 20 de mayo de 2005.
- RAND (2005). Population implosion? low fertility and policy responses in the European Union. RAND Corporation research brief series. Cambridge (Reino Unido): RAND Europe.
- Rannan-Eliya, Ravi P. (2007). Population ageing and health expenditure: Sri Lanka 2001-2101. Institute for Health Policy, Colombo. Documento de antecedentes preparado para el *Estudio Económico y Social Mundial, 2007*. Febrero.
- _____, Claudia Blanco-Vidal y A. K. Nandakumar (1998). The distribution of health care resources in Egypt: implications for equity: an analysis using a national health accounts framework. Puede consultarse en <http://www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/No-81.PDF> (consultado el 3 de noviembre de 2006).
- _____, y Ruki Wijesinghe (2006). Global review of projecting health expenditures for older persons in developing countries. Institute for Health Policy, Colombo. 25 de agosto. Monografía preparada para el Kobe Centre de la OMS, Kobe (Japón).
- Reay, A. M., y K. D. Browne (2001). Risk factors for caregivers who physically abuse or neglect their elderly dependents. *Ageing and Mental Health*, vol. 5, No. 1, págs. 56 a 62.
- Reino Unido (1999). *With Respect to Old Age: Long Term Care—Rights and Responsibilities*. A Report by the Royal Commission on Long Term Care, Chairman Professor Sir Stewart Sutherland. Cm 4192-I. Marzo. Londres: The Stationery Office.
- Reis, M., y D. Nahmiash, (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, vol. 38, No. 4 (agosto), págs. 471 a 480.
- Rofman, Rafael (2005). Social security coverage in Latin America. May. Washington, D.C.: Banco Mundial, Social Protection Unit, Human Development Network.
- Romer, P. (1986). Increasing returns and long-run growth. *Journal of Political Economy*, vol. 94, No. 5, págs. 1002 a 1037.
- Romero, Dalia Elena, Iúri da Costa Leite y Célia Landmann Szwarcwald (2005). Healthy life expectancy in Brazil: applying the Sullivan method. *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro), vol. 21, suplemento 1, págs. S7 a S18.

- Saad, Paulo M. (2001). Support transfers between elderly parents and adult children in two Brazilian settings (CD-ROM). Documento presentado en la Twenty-fourth IUSSP General Population Conference, Salvador de Bahia (Brasil), 18 a 24 de agosto de 2001. París: International Union for the Scientific Study of Population.
- Samson, Michael (2006). Tackling poverty with social transfers to vulnerable groups: evidence from Africa. International Forum on the Eradication of Poverty: UNICEF session on "Children and poverty", Nueva York, 15 y 16 de noviembre de 2006.
- Schaffnit-Chatterjee, Claire (2007). How will senior Germans spend their money? the interplay of demography, growth and changing preference. *Deutsche Bank Research*. 27 de marzo. Francfort del Meno (Alemania): Deutsche Bank AG.
- Schieber, George, y Akiko Maeda (1999). Health care financing and delivery in developing countries. *Health Affairs*, vol. 18, No. 3 (mayo/junio), págs. 193 a 205.
- Schwarz, Anita, y Asli Demirgüç-Kunt (1999). Taking stock of pension reforms around the world. World Bank Social Protection Discussion Paper, No. 9917. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Sengupta, Arjun (2007). A socially secure unorganized worker. Documento de antecedentes preparado para el *Estudio Económico y Social Mundial, 2007*. Enero.
- Shah, Ajay (2005). A sustainable and scalable approach in Indian pension reform. Puede consultarse en <http://www.mayin.org/ajayshah/pensions.html> (consultado el 5 de noviembre de 2006).
- Skirbekk, Vegard (2003). Age and individual productivity: a literature survey. MPIDR Working Paper WP 2003-028. Agosto. Rostock (Alemania): Max Planck Institute for Demographic Research.
- Smith, Sarah (2004). Can the retirement consumption puzzle be resolved? Evidence from UK panel data. *IFS Working Paper*, No. WP04/07. Londres: Institute for Fiscal Studies.
- Social Security Administration (2006). Income of the aged chartbook, 2004. SSA Publication No. 13-11727. Washington, D.C. Septiembre.
- Sperling, G. (2004). The effects of offshoring. *Progressive Politics*, vol. 3, No. 2. Junio. Puede consultarse en <http://www.americanprogress.org/site/pp.asp?bipj8ovf&cb=105690>.
- Sundstrom, G. (1994). Care by families: an overview of trends. En *Caring for Frail Elderly People*. Social Policy Studies, New Directions in Care, No. 14. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
- Suecia, Ministerio de Salud y Asuntos Sociales (2005). Policy for the elderly. Ficha descriptiva No. 14 (mayo). Estocolmo.
- Taeuber, Cynthia. M. (1992). Sixty-five plus in America. Current Population Reports, Special Studies, P23-178. Washington, D. C.: United States Bureau of the Census.
- Thompson, L. H. (2001). Operation of pension systems: public or private? En *Social Protection in Asia and the Pacific*, Isabel D. Ortiz, ed. Manila: Banco Asiático de Desarrollo.
- Thursz, Daniel, Charlotte Nusberg y Johnnie Prater (1995). *Empowering Older People: An International Approach*. Westport (Connecticut) (Estados Unidos): Auburn House.
- Tornstam, L. (1989). Abuse of the elderly in Denmark and Sweden: results from a population study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 1, No. 1, págs. 35 a 44.

- Turner, Adair (2003). The macro-economics of pensions. Conferencia impartida a los profesionales del sector actuarial en el Staple Inn Hall, Londres, 2 de septiembre de 2003.
- U.S. Census Bureau (1992). An aging world II. International Population Reports, P95/92-3. Washington, D.C.: United States Government Printing Office.
- _____ (2005). Current Population Survey 1968 to 2004. Table A.9: Reported voting rates in presidential election years, by selected characteristics: noviembre de 1964 a 2004. Puede consultarse en <http://www.cen-sus.gov/population/socdemo/voting/tabA-9.xls> (consultado el 19 de marzo de 2007). Fecha de publicación en Internet: 26 de mayo de 2005.
- _____ (2006). Current Population Reports, P60-231, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2005*. Autores: Carmen DeNavas-Walt, Bernadette D. Proctor y Cheryl Hill Lee. Agosto. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- van der Gaag, Jacques, y Alexander Preker (1998). Health care for aging populations: issues and options. En *Choices in Financing Health Care and Old Age Security: Proceedings of a Conference Sponsored by the Institute of Policy Studies, Singapore, and the World Bank, November 8, 1997*, Nicholas Prescott, ed. *World Bank Discussion Paper*, No. 392. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Van Nieuwerburgh, Stijn, y Laura Veldkamp (2006). Inside information and the own company stock puzzle. *Journal of the European Economic Association*, vol. 4, Nos. 2 y 3 (abril y mayo), págs. 623 a 633.
- Victor, C. R. (1994). *Old Age in Modern Society: A Textbook of Social Gerontology*. Londres: Chapman & Hall.
- Vittas, D. (1995). Pension funds and capital markets. Mimeo. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Vladeck, Fredda (2004). *A Good Place to Grow Old: New York's Model for NORC Supportive Service Programs*. Nueva York: United Hospital Fund.
- Vos, Theo, y otros (2007). Projection of health care expenditure by disease: a case study from Australia. Documento de antecedentes preparado para el *Estudio Económico y Social Mundial, 2007*. Enero.
- Weil, David N. (1994). The saving of the elderly in micro and macro data. *Quarterly Journal of Economics*, vol. 109, No. 1 (febrero), págs. 55 a 81.
- Weisbrod, Burton A. (1991). The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment. *Journal of Economic Literature*, vol. 29, No. 2 (junio), págs. 523 a 552.
- Whitehouse, Edward (2000). How poor are the old? a survey of evidence from 44 countries. World Bank Social Protection Discussion Paper Series, No. 0017. Junio. Washington, D.C.: Social Protection Unit, Human Development Network, Banco Mundial.
- Willmore, Larry, (2006). Universal pensions for developing countries. May. Laxenburg, Austria: International Institute for Applied Systems Analysis. Puede consultarse en <http://www.geocities.com/larrywillmore/UniversalWD.pdf> (consultado el 15 de enero de 2007).

- Wolf, Rosalie S., Michael A. Godkin y Karl A. Pillemer (1984). Elder abuse and neglect: final report from three model projects. Worcester (Massachusetts) (Estados Unidos): University of Massachusetts Medical Center, University Center on Aging.
- Zaidi, Asghar (2006). Pension policy in EU25 and its possible impact on elderly poverty. European Centre for Social Welfare Policy y Research Policy Brief. Septiembre. Viena.
- Zimmer, Zachary, y Julia Dayton (2003). The living arrangements of older adults in sub-Saharan Africa in a time of HIV/AIDS. Policy Research Division Working Paper, No. 169. Nueva York: Population Council.