

Envejecimiento en América Latina y el Caribe

Inclusión y derechos de las personas mayores

Informe de América Latina y el Caribe para el
cuarto examen y evaluación del Plan de Acción
Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento



Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL



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

Deseo registrarme



NACIONES UNIDAS



www.cepal.org/es/publications



www.instagram.com/publicacionesdelacepal



www.facebook.com/publicacionesdelacepal



www.issuu.com/publicacionescepal/stacks



www.cepal.org/es/publicaciones/apps

Envejecimiento en América Latina y el Caribe

Inclusión y derechos de las personas mayores

Informe de América Latina y el Caribe para el
cuarto examen y evaluación del Plan de Acción
Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento



José Manuel Salazar-Xirinachs
Secretario Ejecutivo

Raúl García-Buchaca
Secretario Ejecutivo Adjunto
para Administración y Análisis de Programas

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

Sally Shaw
Directora de la División de Documentos y Publicaciones

Este documento fue preparado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en su carácter de Secretaría Técnica de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe, para la Quinta reunión de dicha Conferencia (Santiago, 13 a 15 de diciembre de 2022). Para su preparación, la Secretaría Técnica contó con la colaboración de sede subregional de la CEPAL para el Caribe y con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Este documento fue coordinado por Simone Cecchini, Director del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, Zulma Sosa Portillo, Coordinadora del Área de Población y Desarrollo, Daniela González Ollino, Asistente de Investigación, y Leandro Reboiras Finardi, Oficial de Asuntos de Población, todos de la misma División. El grupo de redacción estuvo integrado por Simone Cecchini, Helena Cruz Castanheira, Daniela González Ollino, Francis Jones, Leandro Reboiras Finardi, Jorge Rodríguez Vignoli y Zulma Sosa Portillo, todos ellos de la CEPAL, y por Verónica Montes de Oca Zavala, Consultora del CELADE-División de Población de la CEPAL. Colaboraron en la preparación de este documento Mario Acuña y Udy Bell, del CELADE-División de Población de la CEPAL, y Francis Jones, de la sede subregional de la CEPAL para el Caribe. En particular, se agradece la colaboración de Bernardo Atuesta, María Luisa Montero, Claudia Robles, Daniela Trucco y Juan Vila, de la División de Desarrollo Social, Ana Gúezmes, Macarena Muñoz y Lucía Scuro, de la División de Asuntos de Género, y Karen García y Xavier Mancero, de la División de Estadísticas de la CEPAL. Se agradece, asimismo, la colaboración de Yazmin Violeta Arenas Sánchez, Rosaura Avalos Pérez, Jennie Dador, Valeria Itzel Espinosa Hernández, Mirna Hebrero Martínez, Ivonne Jagüey Camarena, Karla Pérez Guadarrama, Itzel de Jesús Romero Rosales, Claudia Tejos, María de Lourdes Velasco Domínguez y Marissa Vivaldo-Martínez. Se agradece asimismo la colaboración de Sabrina Juran, Jackeline Romio y Noe Valdiviezo, del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Para la preparación del documento se contó con el apoyo del acuerdo de cooperación entre la República de Corea y la CEPAL - Programa 2021.

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

Publicación de las Naciones Unidas
LC/CRE.5/3
Distribución: G
Copyright © Naciones Unidas, 2022
Todos los derechos reservados
Impreso en Naciones Unidas, Santiago
S.22-01043

Esta publicación debe citarse como: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores* (LC/CRE.5/3), Santiago, 2022.

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

Índice

Prólogo.....	9
Introducción.....	13
Capítulo I	
Panorama del envejecimiento y tendencias demográficas en América Latina y el Caribe	19
A. Cambios en la estructura etaria y proceso de envejecimiento poblacional	21
1. La población de 60 años y más y los cambios en la estructura etaria en la región	21
2. Las diferentes etapas del envejecimiento poblacional en los países.....	28
B. El contexto sociodemográfico del envejecimiento	32
1. Desigualdades territoriales.....	33
2. Composición por sexo y edad	35
3. Origen étnico-racial.....	37
C. Mortalidad y esperanza de vida.....	37
D. Fecundidad.....	41
Bibliografía	43
Capítulo II	
Institucionalidad pública dirigida a las personas mayores desde la perspectiva de los derechos humanos	47
A. Avances en la institucionalidad pública dirigida a las personas mayores	49
B. Avances en materia legislativa.....	51
C. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores	54
Bibliografía	56
Anexo II.A1	56
Capítulo III	
Las personas mayores y el desarrollo.....	59
Introducción.....	61
A. Protección social de las personas mayores.....	62
1. Cobertura y suficiencia de los sistemas de pensiones contributivas y no contributivas.....	63
2. Ampliación de las pensiones no contributivas	67
3. Acciones y desafíos de la protección social ante el COVID-19.....	69
B. Participación económica de las personas mayores en el mercado de trabajo	73
1. Tendencias de ocupación de las personas mayores	74
2. Políticas, acciones y programas de inclusión laboral.....	77
C. Educación a lo largo de la vida	79
1. Situación de la educación de las personas mayores	80
2. Políticas, programas y acciones de inclusión educativa	82

3. Las personas mayores y la brecha digital: acceso a Internet, uso y apropiación de las TIC.....	83
4. Programas para reducir la brecha digital en respuesta al COVID-19.....	87
Bibliografía.....	89
Capítulo IV	
El fomento de la salud y el bienestar en la vejez.....	91
Introducción.....	93
A. Situación de salud de las personas mayores	94
B. Desafíos de los sistemas de salud	102
C. Avances en materia de políticas de atención de la salud de las personas mayores	104
1. Políticas y programas de salud vinculados con el envejecimiento	104
2. Formación de recursos especializados	106
D. La protección del derecho a la salud frente al COVID-19	107
1. Vacunación contra el COVID-19 y personas mayores	113
E. Reflexiones y aprendizajes para avanzar hacia la salud universal	114
Bibliografía.....	116
Capítulo V	
Creación de entornos propicios y favorables en el envejecimiento	119
Introducción.....	121
A. Entornos físicos accesibles: políticas, programas y acciones.....	122
1. Vivienda y condiciones de vida	123
2. Espacio público	124
3. Transporte público	125
4. Acceso a los servicios básicos	126
5. Desastres naturales, cambio climático y personas mayores	130
B. Los entornos sociales en el envejecimiento.....	132
1. Conyugalidad y arreglos residenciales.....	132
2. Cambios y adaptaciones en los hogares de las personas mayores durante la pandemia de COVID-19	137
C. El acceso a la justicia.....	139
D. Promoción del cambio cultural: avances en la prevención de la discriminación y la violencia contra las personas mayores.....	140
1. Información estadística acerca de la discriminación y el maltrato de las personas mayores	141
2. Programas de asistencia jurídica para denunciar y castigar el maltrato de las personas mayores	142
3. Campañas para concientizar a la población sobre la discriminación de las personas mayores	143
4. Femicidio o femicidio en la vejez.....	144
Bibliografía.....	146
Capítulo VI	
El derecho de las personas mayores al cuidado	149
Introducción.....	151
A. El cuidado y la perspectiva de derechos humanos.....	152
1. Acercamiento conceptual a los cuidados.....	153
2. Avances legislativos en materia de cuidado	155
B. Las necesidades y el trabajo de cuidados en la región.....	155
C. Avances sobre los cuidados a partir del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento	158
1. Políticas y programas en materia de cuidados.....	159
2. Acciones en materia de cuidados a largo plazo, paliativos y de capacitación de personas cuidadoras.....	162
3. La emergencia de los cuidados en el contexto pandémico.....	168

D. Avances y desafíos en sistemas nacionales de cuidados en la región	170
Bibliografía	171
Conclusiones y recomendaciones.....	175

Cuadros

Cuadro I.1	América Latina y el Caribe (49 países y territorios): fecha en que la proporción de personas de 0 a 15 años iguala la de personas mayores de 60 años en la población total	32
Cuadro I.2	América Latina (19 ciudades): población total, población de 60 años y más e indicadores de envejecimiento, censos de 2010 a 2020	34
Cuadro I.3	América Latina y el Caribe (50 países y territorios): esperanza de vida a los 60 años, por sexo y subregión, 2022-2060.....	40
Cuadro II.1	América Latina (16 países): área ministerial de pertenencia de las instituciones a cargo de la elaboración del informe nacional sobre envejecimiento y derechos de las personas mayores.....	50
Cuadro II.2	América Latina y el Caribe (19 países): leyes especiales sobre los derechos de las personas mayores	53
Cuadro II.3	América Latina (6 países): ejemplos de acciones para la consolidación de los derechos humanos de las personas mayores	53
Cuadro II.4	El Caribe: políticas o leyes nacionales sobre el envejecimiento y las personas mayores	54
Cuadro II.5	Firmas y ratificaciones de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores	55
Cuadro II.A1.1	América Latina (16 países): instituciones públicas encargadas de la elaboración del informe nacional sobre envejecimiento y derechos de las personas mayores.....	56
Cuadro III.1	El Caribe (17 países y territorios): población en edad legal para el retiro que recibe pensión contributiva y no contributiva, cobertura efectiva, 2020	65
Cuadro III.2	América Latina (14 países): personas mayores de 65 años y más que reciben pensiones insuficientes por sexo, alrededor de 2020	66
Cuadro III.3	América Latina y el Caribe (25 países y territorios): pensiones no contributivas vigentes	68
Cuadro III.4	América Latina y el Caribe (19 países): transferencias monetarias de emergencia para enfrentar el COVID-19 dirigidas a personas mayores o las incluyeron	71
Cuadro III.5	América Latina y el Caribe (14 países): transferencias en especie de emergencia para enfrentar el COVID-19 dirigidas a personas mayores.....	72
Cuadro III.6	América Latina (20 países): tasas de participación y proporción de personas mayores de 60 años en la población total y en la fuerza de trabajo, por sexo y subgrupo etario, 1980-2050.....	73
Cuadro III.7	América Latina (5 países): programas y estrategias para incentivar el trabajo formal de las personas mayores	77
Cuadro III.8	América Latina (3 países): esfuerzos para combatir la discriminación contra las personas mayores en el ámbito laboral.....	78
Cuadro III.9	América Latina (10 países): población de 50 años y más que finalizó programas de educación formal, 2018.....	82
Cuadro III.10	América Latina (10 países): población adulta que asiste a programas de educación formal, 2018.....	82
Cuadro III.11	Programas enfocados a garantizar y universalizar la conectividad y el acceso a las tecnologías digitales frente al COVID-19	87
Cuadro IV.1	América Latina y el Caribe (34 países y territorios): muertes por tipo de causas en la población de ambos sexos de 55 años y más, 2019.....	94
Cuadro IV.2	América Latina y el Caribe (8 países): políticas públicas orientadas a la cobertura sanitaria universal de las personas mayores.....	105
Cuadro IV.3	América Latina y el Caribe (35 países y territorios): casos y decesos confirmados por COVID-19, hasta el 23 de noviembre de 2022	108
Cuadro IV.4	Desigualdades que afectan a las personas mayores frente al COVID-19	110
Cuadro IV.5	América Latina y el Caribe (33 países y territorios): vacunas aplicadas acumuladas, número de personas vacunadas según dosis y refuerzo contra el COVID-19, y personas completamente inmunizadas al 13 de octubre de 2022	113

Cuadro V.1	América Latina y el Caribe (10 países): avances en la construcción de entornos accesibles para las personas mayores, 2022.....	122
Cuadro V.2	América Latina y el Caribe (8 países): programas y acciones en materia de vivienda señalados en los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002).....	124
Cuadro V.3	América Latina y el Caribe (8 países): programas, acciones y legislación en materia de mejoramiento del espacio público señalados en los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002).....	125
Cuadro V.4	América Latina y el Caribe (5 países): programas, acciones y legislación en materia de mejoramiento del transporte público señalados en los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002).....	126
Cuadro V.5	América Latina y el Caribe (5 países): número estimado de niñas, niños y adolescentes que perdieron a sus cuidadores por causas asociadas al COVID-19, 1 de marzo de 2020 a 30 de abril de 2021.....	138
Cuadro V.6	América Latina y el Caribe (12 países): mecanismos de acceso a la justicia para personas mayores.....	140
Cuadro V.7	América Latina (6 países): instrumentos para evaluar la discriminación y el maltrato de las personas mayores.....	141
Cuadro V.8	América Latina y el Caribe (11 países): campañas para promover una cultura de inclusión y no discriminación de las personas mayores.....	143
Cuadro V.9	América Latina y el Caribe (7 países): feminicidios de personas de 60 años y más señalados en los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002).....	146
Cuadro VI.1	América Latina y el Caribe (13 países): avances legislativos en materia de cuidados de las personas mayores y regulación del trabajo de cuidados, 2017-2022.....	156
Cuadro VI.2	América Latina y el Caribe (17 países): provisión de cuidados paliativos en los ámbitos intra- y extrahospitalarios, julio 2017 a enero de 2018.....	165
Cuadro VI.3	América Latina (7 países): programas de capacitación de personas cuidadoras formales y no formales.....	167
Cuadro VI.4	América Latina y el Caribe (14 países): iniciativas gubernamentales sobre cuidados frente al COVID-19 relacionadas con personas mayores.....	169
Cuadro VI.5	América Latina y el Caribe (13 países): avances en la creación de sistemas nacionales de cuidados.....	171
Cuadro A.1	Informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.....	182
Gráficos		
Gráfico I.1	Población mundial de 60 años y más, por región, 1950-2100.....	21
Gráfico I.2	Población mundial de 60 años y más, por región, 1950-2100.....	22
Gráfico I.3	América Latina y el Caribe (50 países y territorios): población de 60 años y más, estimada y proyectada, 1950-2060.....	23
Gráfico I.4	América Latina y el Caribe (50 países y territorios): distribución de la población por edad y sexo, 1960, 2022 y 2060.....	23
Gráfico I.5	América Latina y el Caribe (50 países y territorios): evolución y proyección de la población por grandes grupos de edad, 1950-2060.....	25
Gráfico I.6	América Latina y el Caribe (50 países y territorios): población por grandes grupos de edad, 1950-2060.....	26
Gráfico I.7	América Latina y el Caribe (50 países y territorios): distribución relativa de las personas mayores por grupo etario, 1950-2060.....	27
Gráfico I.8	América Latina y el Caribe (50 países y territorios): población de 60 a 74 años y de 75 años y más y razón entre estas cifras, 1950-2060.....	27
Gráfico I.9	América Latina y el Caribe (49 países y territorios): personas de 60 años y más con respecto a la población total, por subregión, 2022, 2030 y 2060.....	28

Gráfico I.10	América Latina y el Caribe (50 países y territorios): tasa global de fecundidad, población de 60 años y más y etapas de envejecimiento, 2022	29
Gráfico I.11	América Latina y el Caribe (50 países y territorios): tasa global de fecundidad, población de 60 años y más y etapas de envejecimiento, 2030	30
Gráfico I.12	América Latina y el Caribe (50 países y territorios): índice de envejecimiento, por subregión, 1950-2070	31
Gráfico I.13	América Latina y el Caribe (5 países): distribución de la población mayor por grupo etario, sexo y lugar de residencia	33
Gráfico I.14	América Latina y el Caribe (5 países): índice de feminidad de la población mayor, por grupo etario y zona de residencia, 2017-2020	36
Gráfico I.15	América Latina y el Caribe (5 países): distribución de la población mayor, por grupo etario, sexo y zona de residencia	36
Gráfico I.16	América Latina y el Caribe (5 países): población indígena mayor, por grupo etario, sexo y zona de residencia	37
Gráfico I.17	América Latina y el Caribe (50 países y territorios): esperanza de vida al nacer, por subregión, 1950-2060	39
Gráfico I.18	América Latina y el Caribe (50 países y territorios): esperanza de vida al nacer, por sexo y subregión, 1950-2060	40
Gráfico I.19	América Latina y el Caribe (50 países y territorios): tasa global de fecundidad, por subregión, 1950-2060	42
Gráfico III.1	América Latina (13 países): percepción de pensiones contributivas y no contributivas entre las personas de 65 años y más, según sexo, área de residencia y quintil de ingresos, 2019 y 2020	64
Gráfico III.2	América Latina (13 países): percepción de pensiones contributivas y no contributivas entre las personas de 65 años y más, según país, 2020	65
Gráfico III.3	El Caribe (11 países): monto promedio mensual de la pensión contributiva del seguro nacional, línea nacional de pobreza y de extrema pobreza	66
Gráfico III.4	América Latina (12 países): monto per cápita mensual de las pensiones no contributivas con respecto al déficit de ingresos de la población en situación de pobreza, 2017	67
Gráfico III.5	América Latina y el Caribe (26 países): número de transferencias monetarias y en especie de emergencia frente al COVID-19 que incluyen a personas mayores dentro de su población objetivo, marzo de 2020 a octubre de 2021	70
Gráfico III.6	América Latina y el Caribe (18 países): tasas de ocupación, personas de ambos sexos de 60 años y más, según grupos de edad, 2000-2020	74
Gráfico III.7	América Latina y el Caribe (18 países): tasas de ocupación, hombres de 60 años y más, según grupos de edad, 2000-2020	75
Gráfico III.8	América Latina y el Caribe (18 países): tasas de ocupación, mujeres de 60 años y más, según grupos de edad, 2000-2020	75
Gráfico III.9	América Latina y el Caribe (14 países): tasas de ocupación de hombres de 60 años y más y hombres de 65 años y más que reciben pensiones insuficientes, 2020	76
Gráfico III.10	América Latina y el Caribe (14 países): tasas de ocupación de mujeres de 60 años y más y mujeres de 65 años y más que reciben pensiones insuficientes, 2020	76
Gráfico III.11	América Latina (17 países): tasa de analfabetismo de la población de 60 años y más, por sexo y área geográfica, 2000-2020	80
Gráfico III.12	América Latina (16 países): tasa de analfabetismo de la población de 60 años y más, según sexo, último período de referencia	81
Gráfico III.13	América Latina (10 países): personas de 55 y más años con acceso y uso de Internet y computadora por grupos edad, alrededor de 2018	85
Gráfico III.14	América Latina (18 países): principales redes sociales utilizadas, por grupo de edad, 2020	85
Gráfico III.15	América Latina (18 países): principales aplicaciones web y móviles utilizadas, por grupo de edad, 2020	86
Gráfico IV.1	América Latina y el Caribe (35 países y territorios): defunciones por enfermedades no transmisibles entre personas de 60 años y más, por sexo y grupos de edades, 2015 y 2019	95

Gráfico IV.2	América Latina y el Caribe (35 países y territorios): diferencias en la proporción de defunciones por enfermedades no transmisibles de mujeres y hombres, 2015 y 2019.....	96
Gráfico IV.3	América Latina y el Caribe (31 países): probabilidad que tiene una persona de 30 años de morir antes de cumplir 70 años por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus o enfermedades respiratorias crónicas, 2015 y 2019	97
Gráfico IV.4	América Latina y el Caribe (33 países y territorios): prevalencia de enfermedades no transmisibles en personas de 55 años y más, según enfermedad y sexo, 2019	98
Gráfico IV.5	América Latina y el Caribe (31 países): cinco primeras causas de años vividos en condiciones de discapacidad para la población de 60 años y más, según grupos de edad, 2019	99
Gráfico IV.6	América Latina y el Caribe (33 países): esperanza de vida saludable al nacer a partir de los 60 años, por grupos de edad, 2019	101
Gráfico IV.7	América Latina y el Caribe (19 países): casos confirmados y muertes por COVID-19, por sexo y grupo de edad, 2021	109
Gráfico IV.8	América Latina y el Caribe (25 países y territorios): promedio de la interrupción de la provisión de servicios esenciales de salud, según modalidades de prestación, 2021	111
Gráfico V.1	América Latina y el Caribe (5 países): población mayor sin servicio de agua potable en la vivienda, por grupo etario, sexo y zona de residencia	127
Gráfico V.2	América Latina y el Caribe (4 países): población mayor sin servicio de saneamiento en la vivienda, por grupo etario, sexo y zona de residencia	128
Gráfico V.3	América Latina y el Caribe (4 países): distribución de la población mayor urbana, por grupo de edad, sexo y arreglo residencial	135
Gráfico V.4	América Latina y el Caribe (4 países): distribución de la población mayor rural, por grupo de edad, sexo y arreglo residencial	136
Gráfico V.5	América Latina y el Caribe (5 países): personas mayores jefes de hogar, por grupo de edad, sexo y zona de residencia	136
Gráfico V.6	América Latina y el Caribe (18 países y territorios): feminicidios por grupo de edad de las víctimas, 2019-2020	144
Gráfico VI.1	América Latina (20 países): relación de dependencia demográfica por grupos de edad, 2020	157
Gráfico VI.2	América Latina (18 países): proporción de tiempo promedio dedicado a quehaceres domésticos y de cuidados no remunerados, según sexo, último año disponible	158

Recuadros

Recuadro I.1	Efectos de la pandemia de COVID-19 en la esperanza de vida al nacer	38
Recuadro III.1	Los aportes de las personas mayores a la economía: una mirada desde la economía generacional	61
Recuadro III.2	La escolarización en América Latina: efectos y desafíos generacionales	81
Recuadro IV.1	Personas mayores, movilidad humana y salud.....	100
Recuadro IV.2	El derecho a la salud.....	102
Recuadro IV.3	La salud mental de las personas mayores durante la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19)	112
Recuadro V.1	El apoyo social en la vejez y las organizaciones de la sociedad civil	134
Recuadro V.2	El derecho de acceso a la justicia.....	140
Recuadro V.3	El feminicidio en la vejez requiere acciones inmediatas	145
Recuadro VI.1	El trabajo de cuidado y las personas cuidadora	154

Mapa

Mapa I.1	América Latina y el Caribe (países y ciudades seleccionadas): población de 60 años y más, 2010-2020	35
----------	---	----



| Prólogo

El envejecimiento poblacional es uno de los principales fenómenos demográficos en América Latina y el Caribe y el mundo. En 2022, viven 88,6 millones de personas mayores de 60 años en la región, que representan el 13,4% de la población total, proporción que llegará al 16,5% en 2030. Asimismo, la esperanza de vida para ambos sexos ha aumentado de 48,6 años en 1950 a 75,1 años en 2019. No obstante el retroceso de 2,9 años en 2021 respecto de 2019 por el impacto de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), se espera que la esperanza de vida continúe aumentando en el futuro y llegue a 77,2 años en 2030.

El incremento en la proporción de personas mayores, así como la prolongación del curso de vida, supone oportunidades y retos para las sociedades e importantes desafíos en términos de políticas públicas. Esto fue lo que impulsó la aprobación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en 2002.

El envejecimiento es un asunto de la más alta prioridad, que requiere acciones urgentes en varias esferas, para visibilizarlo y considerarlo desde las perspectivas de derechos humanos, género, interculturalidad e interseccionalidad, poniendo la protección de los derechos de las personas mayores en el centro de las respuestas de política pública, e incorporando la visión y los compromisos que emanan de los instrumentos y acuerdos internacionales y regionales en la materia.

En 2021 se iniciaron las tareas orientadas al cuarto examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, que tendrá lugar a nivel mundial en 2023 en el marco del 61o período de sesiones de la Comisión de Desarrollo Social de las Naciones Unidas. El examen regional, al que aporta este documento, se realiza en el marco de la Quinta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe, que tendrá lugar en la sede de la CEPAL, en Santiago, del 13 al 15 de diciembre de 2022, año en que se conmemora el vigésimo aniversario de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.

El cuarto examen y evaluación del Plan de Acción brinda una oportunidad para evaluar el progreso que se ha hecho en los últimos años en la región respecto de las orientaciones prioritarias del Plan, a saber: personas de edad y desarrollo, fomento de la salud y el bienestar en la vejez y creación de entornos propicios y favorables. Asimismo, permitirá medir los avances en el cumplimiento de los acuerdos regionales sobre el tema, como la Declaración de Brasilia (2007), la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe (2012), el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013), la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015) y la Declaración de Asunción (2017), así como de acuerdos a nivel mundial como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Coincide, además, con el inicio del Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030), que promueve el mejoramiento de la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades.

La Quinta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores es una instancia oportuna para impulsar la acción y avanzar hacia el logro de la agenda de envejecimiento tanto a nivel regional como mundial. Para avanzar es necesario promover la creación y el fortalecimiento de redes interinstitucionales entre instancias gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, universidades, centros de investigación y organizaciones de profesionales a fin de robustecer las acciones públicas y sociales en materia de políticas públicas y la incidencia de las personas mayores.

En el ámbito de las políticas públicas es preciso universalizar el acceso de las personas mayores a la protección social y los servicios de salud de calidad; impulsar la inclusión del tema del envejecimiento en las agendas de gobierno mediante la búsqueda de la adecuación y modernización legislativa, y el fortalecimiento de las instituciones a cargo de la coordinación de las políticas nacionales de atención al envejecimiento. Es necesario, asimismo, reforzar los mecanismos de recolección de información sociodemográfica desagregada por edad, sexo, pertenencia étnico-racial, morbilidad y condición de discapacidad.

También resulta indispensable fortalecer la capacidad técnica de los países con respecto a los retos que conlleva el cambio demográfico para la implementación de la Agenda 2030, reforzar el trabajo colaborativo y el intercambio de experiencias entre las instituciones rectoras que atienden los temas de las personas mayores fortaleciendo su protagonismo en la implementación y el seguimiento nacional de la Agenda 2030, y ampliar la participación de las personas mayores en el examen y desarrollo de propuestas para mejorar su situación y ejercer sus derechos.

En este contexto, es necesario poner especial atención al tema crucial de los cuidados. Además de profundizar los nudos estructurales de la desigualdad de género, la pandemia de COVID-19 puso en evidencia la injusta organización social del cuidado, incluido el de las personas mayores. Es por ello que la CEPAL llama a acelerar el paso hacia una sociedad del cuidado que priorice la sostenibilidad de la vida y el cuidado del planeta y garantice los derechos de las personas que requieren cuidados en cualquier momento de vida, así como los derechos de las personas que los proveen.

A lo largo de los últimos años, la CEPAL ha venido forjando un vasto acervo de contribuciones sobre el envejecimiento y las múltiples dimensiones que atañen a la protección y promoción de los derechos de las personas mayores en el marco del desarrollo sostenible. La Comisión ha sido pionera, además, en abordar el tema del envejecimiento y los derechos humanos en políticas y acuerdos en la materia, acompañando el activo papel de la región en los debates multilaterales. También lo ha sido en destacar los importantes aportes que las personas mayores hacen a la sociedad y en la creación de conciencia sobre las oportunidades y los retos del envejecimiento en el mundo actual.

Este informe de América Latina y el Caribe para el cuarto examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento presenta los avances y desafíos en la implementación de dicho Plan y pone la mirada sobre la experiencia regional a 20 años de su aprobación, enfocándose en los temas emergentes y nuevos desafíos en América Latina y el Caribe. Asimismo, se centra en el panorama actual del envejecimiento demográfico en la región y en la protección de los derechos humanos de las personas mayores, destacándose los avances en materia institucional y los retos frente a la pandemia de COVID-19. También se examinan las interrelaciones entre personas mayores y desarrollo, poniendo particular atención en temas como los avances y dificultades por superar en materia de protección social, participación en el mercado de trabajo, acceso a la educación a lo largo de la vida, reducción de la brecha digital, y el fomento de la salud y el bienestar en la vejez. En el informe también se pone el foco en los avances en la construcción de entornos propicios y favorables para las personas mayores, la promoción de un cambio cultural, los avances en la prevención de la discriminación y la violencia contra las personas mayores, y las buenas prácticas en el contexto de la pandemia de COVID-19. Por último, se aborda el tema del cuidado, entendido como un proceso dinámico y heterogéneo que se experimenta a lo largo del curso de vida y que permite a las personas vivir con bienestar y hacer uso de sus capacidades y habilidades, con miras a la promoción de sistemas integrales de cuidado indispensables para transitar hacia una sociedad del cuidado, que aseguren la corresponsabilidad entre el Estado y la sociedad y entre mujeres y hombres.

Esperamos que este documento, preparado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, en su calidad de Secretaría Técnica de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe, con el apoyo de la sede subregional para el Caribe y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), sea una contribución al proceso de evaluación de los progresos realizados en la implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en la región, así como al relevamiento de los avances en el cumplimiento de los acuerdos regionales en la materia.

También confiamos en que será un aporte para la comprensión de las interrelaciones entre el envejecimiento poblacional, la inclusión y los derechos humanos de las personas mayores y el desarrollo sostenible en la región, con miras a avanzar hacia la reducción de la pobreza y la desigualdad.

José Manuel Salazar-Xirinachs
Secretario Ejecutivo
Comisión Económica para
América Latina y el Caribe (CEPAL)



| Introducción

En el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002), el envejecimiento de la población se consideró una transformación con profundas consecuencias en cada uno de los aspectos de la vida individual, comunitaria, nacional e internacional, que además implica una transformación de todas las facetas de la humanidad: sociales, económicas, políticas, culturales, psicológicas y espirituales (Naciones Unidas, 2002).

Las metas y los objetivos del Plan de Acción fueron concebidos y establecidos con la mira puesta en lo que se denominó “una sociedad para todas las edades”, por lo que a 20 años de su aprobación, continúa siendo un instrumento que aporta una visión transformadora del envejecimiento, así como directrices para el diseño y la instrumentación de políticas públicas. Constituye, asimismo, un gran aporte para el establecimiento del régimen internacional de protección de los derechos humanos de las personas mayores.

Para que las metas y los objetivos del Plan de Acción se cumplan, es fundamental contar con la participación de todos los actores del desarrollo, incluidos el Estado, el sector privado, la sociedad civil y, muy particularmente, las personas mayores y sus organizaciones. En su resolución 2003/14, de 21 de julio de 2003, el Consejo Económico y Social (ECOSOC) invitó a los gobiernos, al sistema de las Naciones Unidas y a la sociedad civil a que, en el examen y evaluación del Plan de Acción, adoptasen un criterio que facilitase la participación de los más directamente interesados.

Asimismo, es preciso reconocer la importancia de la dimensión regional del Plan de Acción. La Comisión de Desarrollo Social, en su resolución 42/1, de 13 de febrero de 2004, decidió llevar a cabo el examen y evaluación del Plan de Acción de Madrid cada cinco años y pidió a las comisiones regionales de las Naciones Unidas que, en el marco de sus mandatos, promovieran y facilitaran en el plano regional la aplicación, el examen y la evaluación del Plan de Acción de Madrid y la difusión de información al respecto, mediante, entre otras cosas, la prestación de asistencia a las instituciones nacionales, a pedido de estas, para la ejecución y vigilancia de sus actividades relacionadas con el envejecimiento.

De hecho, en cumplimiento del mandato conferido en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en 2003, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) convocó la primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, que se celebró en Santiago en 2003, en la que se aprobó la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, tomada en cuenta en la resolución 604(XXX) de la CEPAL.

La Estrategia Regional constituye un instrumento de suma relevancia pues traslada las orientaciones prioritarias del Plan de Acción al plano regional y reconoce las particularidades de la población de América Latina y el Caribe. En la Estrategia se hace referencia al envejecimiento activo; el protagonismo de las personas mayores en el logro de su bienestar económico; el reconocimiento de la heterogeneidad de este grupo poblacional determinada por categorías como la edad, el género, el nivel socioeconómico, la etnia, la condición migratoria o de desplazamiento, el lugar de residencia urbana o rural, entre otras; la adopción del enfoque de ciclo de vida y de visión prospectiva de largo plazo, a fin de entender que el envejecimiento es un proceso que se desarrolla a lo largo de toda la vida; la solidaridad intergeneracional y la incorporación del envejecimiento en el desarrollo integral y en las políticas públicas. Asimismo, en este instrumento los países se comprometieron a definir metas específicas acordes con sus propias realidades para dar seguimiento a los avances.

La Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos, se celebró en 2007 en Brasilia, y en ella se aprobó la Declaración de Brasilia, en la que los países se comprometieron a no escatimar esfuerzos para promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas de edad, trabajar en la erradicación de todas las formas de discriminación y violencia, y crear redes de protección de las personas de edad para hacer efectivos sus derechos (CEPAL, 2011).

En 2012 se celebró en San José la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, en la que se aprobó la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe, que constituye un compromiso de los Estados de la región para reforzar las acciones dirigidas a incrementar la protección de los derechos humanos de las personas mayores en el ámbito nacional y mejorar los sistemas de protección social para que respondan efectivamente a sus necesidades. En esa misma reunión se presentó la Declaración de Tres Ríos de la sociedad civil de América Latina y el Caribe sobre envejecimiento.

Otro antecedente relevante a nivel regional es el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, aprobado en 2013 en el marco de la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. El capítulo C del Consenso de Montevideo está dedicado al tema de envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos. En 2015 se aprobó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en el marco del cuadragésimo quinto período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA). Ese mismo año, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que llama a no dejar a nadie atrás —incluidas las personas mayores— en la senda del desarrollo.

En 2017 se llevó a cabo la Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores, en Asunción, para continuar con el seguimiento de los compromisos asumidos por los países. Allí se aprobó la Declaración de Asunción “Construyendo sociedades inclusivas: envejecimiento con dignidad y derechos,” que promueve la inclusión y la participación activa de las personas mayores y exhorta a los gobiernos a incorporar de manera transversal en sus políticas, planes y programas de desarrollo el tema del envejecimiento, reconociendo las desigualdades de género e incorporando a su diseño los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el avance sustantivo en materia de políticas y programas dirigidos a los cuidados.

Otro antecedente más reciente, y de gran relevancia, es el Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030), declarado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 2020. Se trata de la principal estrategia para apoyar acciones destinadas a construir a una sociedad para todas las edades, que se basa en orientaciones previas, como la Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030. Esta iniciativa mundial prevé diez años de colaboración concertada, catalizadora y sostenida. Las personas mayores son el centro del plan, que aúna los esfuerzos de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, el mundo académico, los medios de comunicación y el sector privado para mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades (OMS, 2020).

En la resolución 2020/8 del Consejo Económico y Social, de 18 de junio de 2020, sobre las modalidades del cuarto examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, se tomó nota con aprecio del informe del Secretario General presentado a la Comisión de Desarrollo Social en su 58º período de sesiones en 2020 y se invitó a los Estados Miembros a poner en marcha un proceso nacional de examen y evaluación, definiendo las medidas adoptadas desde el tercer examen y evaluación, con miras a presentar esa información a las comisiones regionales en 2022¹. Se solicitó a las comisiones regionales que siguieran facilitando, incluso por conducto de sus órganos intergubernamentales y en colaboración con las entidades competentes de las Naciones Unidas y las organizaciones de la sociedad civil, el cuarto ciclo de examen y evaluación a nivel regional.

En respuesta a estas solicitudes, la CEPAL, en su calidad de Secretaría Técnica de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe, preparó una *Guía para la elaboración del informe nacional sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002)*² y acompañó a los países en este proceso mediante 19 reuniones de asistencia técnica. Asimismo, se prepararon dos reuniones técnicas gubernamentales y una reunión con la sociedad civil.

La información proporcionada por los Estados miembros en sus informes nacionales constituye una de las principales bases para la elaboración de este informe regional, que será la contribución regional al 61º período de sesiones de la Comisión de Desarrollo Social del ECOSOC, que se celebrará en 2023, en el marco del cuarto ciclo de examen y evaluación mundial del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

En el informe se presentan los avances y logros que la región ha alcanzado en la implementación del Plan de Acción en los últimos cinco años (2017-2022), a la vez que se pone el foco en los desafíos y retos pendientes en el cumplimiento de los acuerdos regionales sobre el tema. A 20 años de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento y de la adopción del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, los logros han sido muy importantes en América Latina y el Caribe, especialmente en lo relativo al cambio de enfoque sobre

¹ Véase Naciones Unidas (2019).

² Véase CEPAL (2021).

la vejez y las personas mayores como titulares de derechos, la valoración de sus aportaciones al desarrollo de sus comunidades y sus países, la comprensión de la diversidad de maneras en que se vive la vejez y las heterogéneas formas de envejecer, así como a los mecanismos para favorecer la protección social y para superar los rezagos y dar respuesta a los desafíos emergentes que enfrenta este grupo de población. Quedan, sin embargo, muchos retos por delante para lograr la plena realización de los derechos de las personas mayores.

La implementación del Plan de Acción ha tenido lugar en un contexto mundial y regional de profundos cambios sociales, económicos, políticos, climáticos y tecnológicos. En el caso de América Latina y el Caribe, además, se ha dado en un escenario de profunda desigualdad en diferentes dimensiones, altos niveles de pobreza y debilidad de los sistemas de protección social y de salud. Junto con ello, la región ha vivido los devastadores efectos de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), que ha puesto aún más en evidencia las desigualdades socioeconómicas y de acceso a los servicios de salud y protección social que atañen a los grupos más vulnerables de la población, como el de las personas mayores (CEPAL, 2020).

La pandemia de COVID-19 ha afectado la vida y los derechos humanos de la población en general, pero sus efectos han sido mucho más profundos en las personas mayores, tanto por sufrir tasas de mortalidad más elevadas respecto de otros grupos etarios como por ser un grupo en situación de alta vulnerabilidad sociodemográfica. Las personas mayores presentan un mayor riesgo de muerte y de sufrir complicaciones y secuelas de la enfermedad, si bien con los programas de vacunación, que en varios casos han priorizado a este grupo etario, se han aminorado sustancialmente estos riesgos. Se han observado también complicaciones en la salud física y mental derivadas de la sobrecarga e interrupción de los servicios de salud durante el período más álgido de la pandemia, que afectaron la detección, atención, seguimiento y rehabilitación de personas mayores. Los confinamientos tuvieron costos no deseados para la salud mental y psicosocial de las personas mayores, que incluso antes de la pandemia eran reconocidas como altamente vulnerables a la soledad y la depresión (Brailean y otros, 2015; Guerra y otros, 2016; Newmyer y otros, 2021; Rawlins y otros, 2008). La reducción forzada de la interacción social y la interrupción de las rutinas diarias durante períodos prolongados aumentaron la soledad de las personas mayores, como se observa en la evidencia empírica de países desarrollados (Van Tilburg y otros, 2021).

El escenario mundial y regional, en el cual los efectos de la pandemia se suman a los de la guerra en Ucrania, está marcado por una elevada inflación y una economía más débil, con menos recursos, más deuda y mayor fragilidad financiera, lo que repercutirá de forma desproporcionada en la vida de las personas más vulnerables, como las personas mayores, particularmente mujeres y personas mayores con discapacidad, en situación de desventaja, con pensiones y protección social inadecuadas y oportunidades de trabajo limitadas.

Es indispensable, por lo tanto, volver a situar la protección de los derechos de las personas mayores como eje de las políticas públicas de los gobiernos de la región. Es preciso seguir la visión y los compromisos que emanan de los instrumentos regionales para la protección de los derechos de ese grupo poblacional, como el capítulo C del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, y cumplir la promesa de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de garantizar que nadie se quede atrás (CEPAL, 2022). Esto puede ocurrir solamente si se escuchan las voces de las personas mayores y se les abren puertas para incidir de manera efectiva en las políticas públicas. Asimismo, la interseccionalidad es una herramienta clave para comprender el impacto de la pandemia en las personas mayores y responder con políticas públicas efectivas, ya que las categorías como la edad, el género, el nivel socioeconómico, la condición étnica y racial, el territorio, la situación de discapacidad, el estatus migratorio y la identidad sexogenérica determinan el acceso a sus derechos.

En las secciones de este documento se analizan los avances en el último quinquenio en la implementación de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, sobre la base de 16 informes nacionales presentados a la Secretaría Técnica de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe³, así como del informe elaborado por la sede subregional de la CEPAL para el Caribe⁴. Además, se revisaron informes y bases de datos de diversos organismos regionales y del sistema de las Naciones Unidas que aportaron información relevante sobre los avances y logros alcanzados en el período correspondiente a esta evaluación.

³ Informes correspondientes a: Argentina, Brasil, Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

⁴ Véase Quashie y Jones (2022).

Además de esta introducción, el informe se organiza en seis capítulos sobre los avances y logros que la región ha alcanzado en la implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, a la vez que pone el foco en los desafíos y retos pendientes para la inclusión y el pleno disfrute de los derechos de las personas mayores, resaltando las especificidades subregionales y nacionales en la materia. Por último, se ofrece una serie de conclusiones y recomendaciones.

Bibliografía

- Brailean, A. y otros (2015), "A multiple indicators multiple causes model of late-life depression in Latin American countries", *Journal of Affective Disorders*, vol. 184, septiembre.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2022), *Los impactos sociodemográficos de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe* (LC/CRPD.4/3), Santiago.
- ____ (2021), *Guía para la elaboración del informe nacional sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002)* (LC/RPE.2021/3), Santiago.
- ____ (2020), "Desafíos para la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19", *Informes COVID-19*, Santiago, diciembre.
- ____ (2011), *Declaración de Brasilia: Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos* (LC/G.2359/Rev.1), Santiago.
- Guerra, M. y otros (2016), "A comparative cross-cultural study of the prevalence of late life depression in low and middle income countries", *Journal of Affective Disorders*, vol. 190, enero.
- Naciones Unidas (2021), "Discriminar a los ancianos no sólo afecta a las personas, también perjudica las economías", *Noticias ONU*, 18 de marzo [en línea] <https://news.un.org/es/story/2021/03/1489682#:~:text=Las%20personas%20de%20edad%20sufren,de%20ese%20grupo%20de%20poblaci%C3%B3n>.
- ____ (2019), *Modalidades del cuarto examen y evaluación de la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002). Informe del Secretario General* (E/CN.5/2020/4), 29 de noviembre.
- ____ (2002), "Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002", *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento* (A/CONF.197/9), Nueva York.
- Newmyer, L. y otros (2021), "Measuring older adult loneliness across countries", *The Journals of Gerontology: Series B*, vol. 76, N° 7, septiembre.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2020), "Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030", 14 de diciembre [en línea] https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_25.
- Quashie, N. y F. Jones (2022), "The Ageing Caribbean: 20 Years of the Madrid Plan of Action", Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/mipaa20_subregional_review_rev2.pdf.
- Rawlins, J. M. y otros (2008), "The elderly in Trinidad: health, social and economic status and issues of loneliness", *West Indian Medical Journal*, vol. 57, N° 6, diciembre.
- Van Tilburg, T. G. y otros (2021), "Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic: a study among Dutch older adults", *The Journals of Gerontology: Series B*, vol. 76, N° 7, septiembre.



CAPÍTULO

I

Panorama del envejecimiento y tendencias demográficas en América Latina y el Caribe

- A. Cambios en la estructura etaria y proceso de envejecimiento poblacional
 - B. El contexto sociodemográfico del envejecimiento
 - C. Mortalidad y esperanza de vida
 - D. Fecundidad
- Bibliografía

A. Cambios en la estructura etaria y proceso de envejecimiento poblacional

1. La población de 60 años y más y los cambios en la estructura etaria en la región

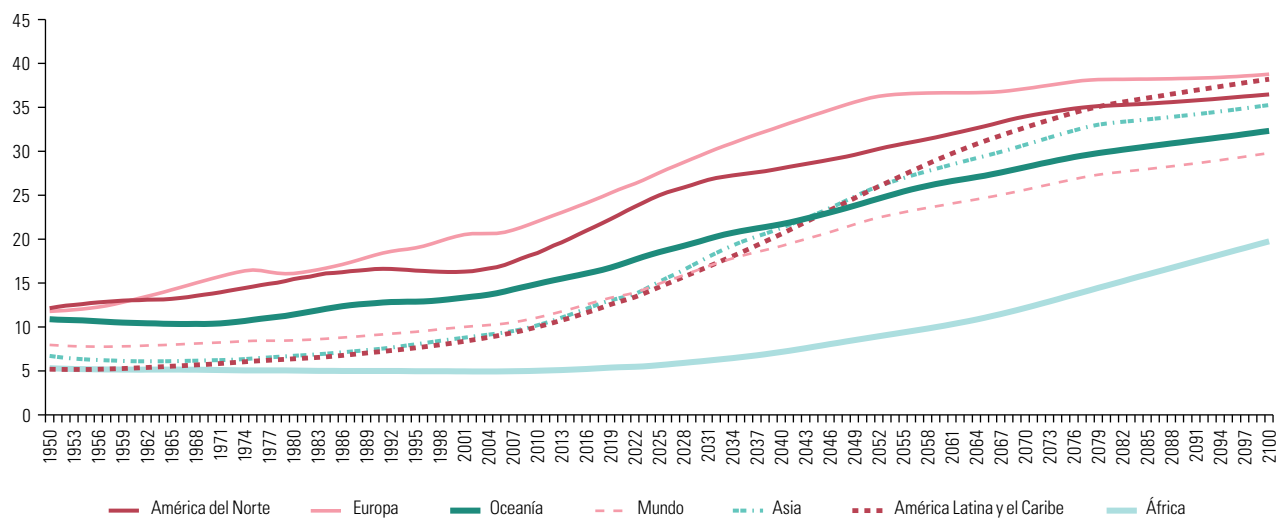
En los últimos 70 años, la estructura demográfica de la población de América Latina y el Caribe ha pasado por cambios significativos que redundaron en una rápida transición demográfica (CEPAL, 2007)¹. La disminución sostenida de la mortalidad y la fecundidad hizo que la región pasara de altos niveles de mortalidad y fecundidad en los años cincuenta a bajos niveles en ambas variables en la actualidad (Naciones Unidas, 2022). En consecuencia, la estructura por edad de los países se modificó profundamente, con un aumento significativo de la proporción de personas mayores. El envejecimiento de la población se traduce en el pasaje de sociedades jóvenes a sociedades adultas y, posteriormente, a sociedades envejecidas, con importantes consecuencias desde el punto de vista económico, social y epidemiológico.

Según las estimaciones y proyecciones de población de América Latina y el Caribe, la región ha experimentado un proceso de envejecimiento más rápido con respecto a otras regiones del mundo (véanse los gráficos I.1 y I.2) (Naciones Unidas, 2022). En 1950, las personas de 60 años y más representaban el 5,2% de población, una cifra muy similar a la de África (5,3%). Sin embargo, desde mediados de la década de 1960, la proporción de personas mayores de América Latina y el Caribe comienza a aumentar de manera sostenida y, desde la década de 1970, sigue una tendencia muy similar a la de Asia (véase el gráfico I.1).

Gráfico I.1

Población mundial de 60 años y más, por región, 1950-2100

(En porcentajes de la población total)

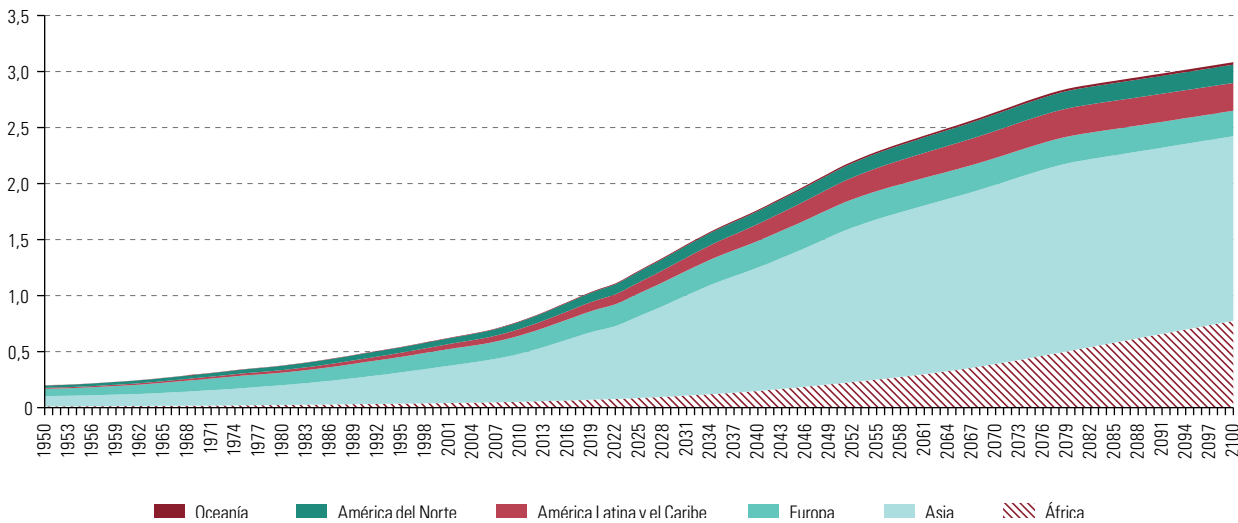


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Nueva York, 2022.

¹ La transición demográfica es un proceso que, en un primer momento, se caracteriza por el cambio de altos a bajos niveles de mortalidad y, con posterioridad, por el descenso sostenido de la fecundidad, para llegar finalmente a niveles bajos en ambas variables (Chackiel, 2004; Schkolnik, 2007; Villa y González, 2004).

Gráfico I.2

Población mundial de 60 años y más, por región, 1950-2100
(En miles de millones de personas)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Nueva York, 2022.

La velocidad del proceso de envejecimiento se debe al rápido avance de la transición demográfica en la región, en comparación con otras regiones. Por ejemplo, América Latina y el Caribe experimentó en medio siglo un envejecimiento poblacional parecido al registrado en Europa en dos siglos (Villa y González, 2004).

Mirando al futuro, se prevé que en 2060 la proporción de personas de 60 años y más en América Latina y el Caribe superará la de Asia y Oceanía y se ubicará más cerca de los valores correspondientes a América del Norte y Europa. En 2100 la proporción de personas mayores de la región alcanzará el 38,2%, muy cerca de la proporción estimada para Europa en ese mismo año.

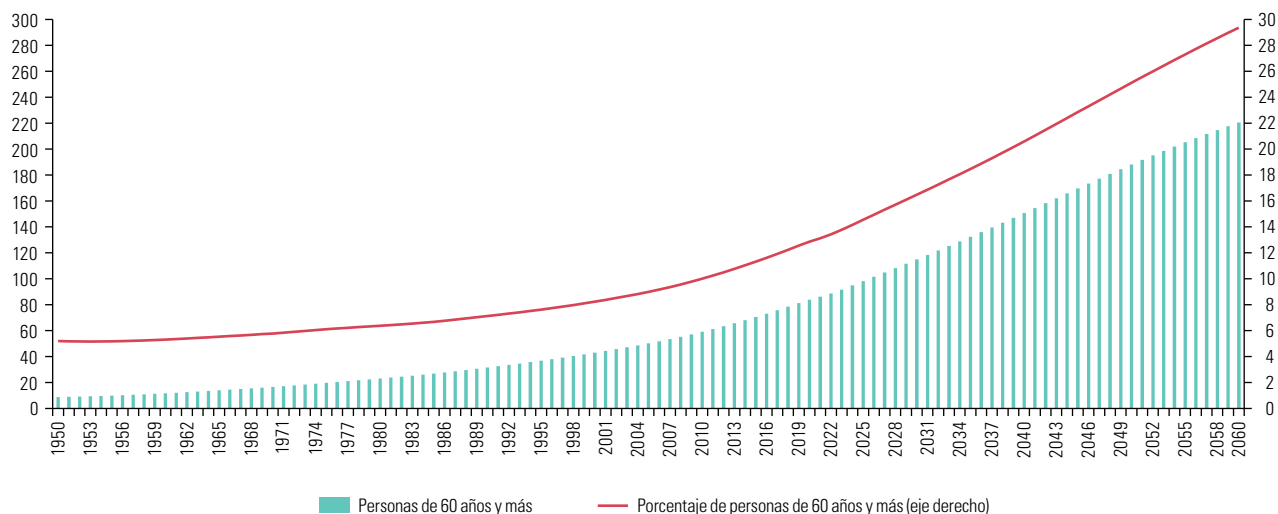
Además del aumento de la proporción de personas mayores en los últimos 70 años, también se observa un incremento en términos absolutos a nivel regional. En la actualidad, el número de personas de 60 años y más es de 88,6 millones. En las próximas décadas el tamaño de la población de personas mayores de la región será muy similar al de Europa: se prevé que en 2060 la población de 60 años y más será de 220 millones de personas en América Latina y el Caribe y se aproximará a los 248 millones en Europa. Asimismo, se estima que en 2100 la población de personas mayores de la región será superior a la de Europa (véase el gráfico I.2).

En el gráfico I.3 se puede apreciar el rápido incremento de la población de 60 años y más, tanto en términos absolutos como relativos. En 1950, la región contaba con 8,7 millones de personas mayores, que representaban el 5,2% de la población total. En 2022 hay 88,6 millones de personas de 60 años y más, que representan el 13,4% de la población regional. Se prevé que este crecimiento continúe en las próximas décadas y que en 2030 este grupo poblacional aumente a 114,9 millones de habitantes, que representarán el 16,5% de la población total. En 2060, la población de 60 años y más representará casi el 30% de la población total, porcentaje que en términos absolutos corresponde a 220 millones de personas mayores. Eso significa que en 2060 la región tendrá 2,5 veces más personas mayores que en 2022.

Se prevé que el proceso de envejecimiento poblacional se producirá en todos los países de la región. Dado que, en la mayoría de los casos, el cambio en la estructura etaria puede preverse con cierta antelación, es preciso tenerlo en cuenta para asegurar el éxito de las políticas públicas con miras al desarrollo sostenible y para que el proceso de envejecimiento poblacional se tome como una oportunidad y no como un problema, con acciones en el marco de los derechos humanos y el objetivo de disminuir las desigualdades sociales.

Gráfico I.3

América Latina y el Caribe (50 países y territorios)^a: población de 60 años y más, estimada y proyectada, 1950-2060
(En millones de personas y porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Nueva York, 2022.

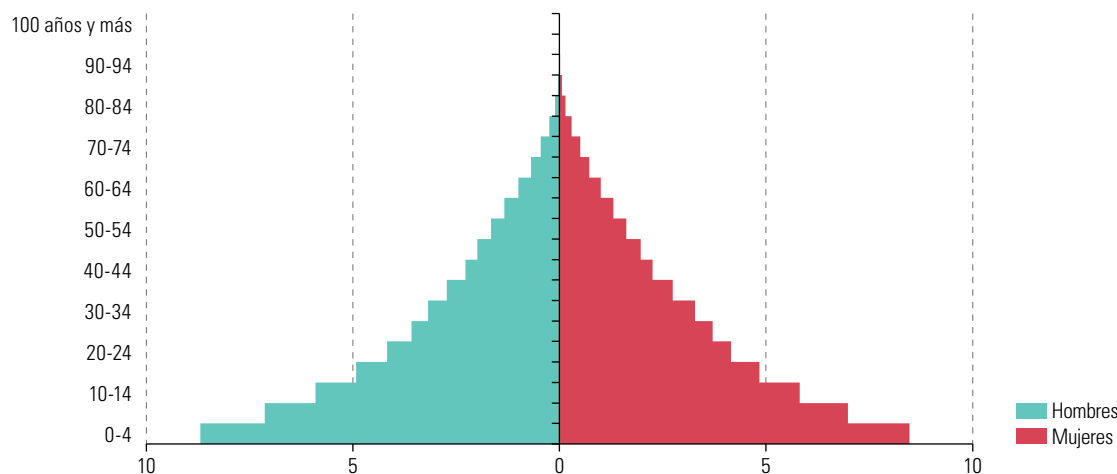
^a El Caribe: Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Cuba, Curaçao, Dominica, Granada, Guadalupe, Haití, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Bartolomé, San Martín (parte francesa), San Martín (parte neerlandesa), San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Turcas y Caicos; Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá; América del Sur: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Islas Malvinas (Falkland Islands), Guayana Francesa, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

El cambio demográfico puede observarse claramente en la pirámide etaria de la población de América Latina y el Caribe, que ha perdido su forma clásica y se asemeja ahora a una campana (véase el gráfico I.4). En los próximos años, estos cambios seguirán produciendo variaciones en la forma de la pirámide poblacional, que tenderá a presentar una forma más rectangular, en la que los grupos etarios tienen pesos relativos similares.

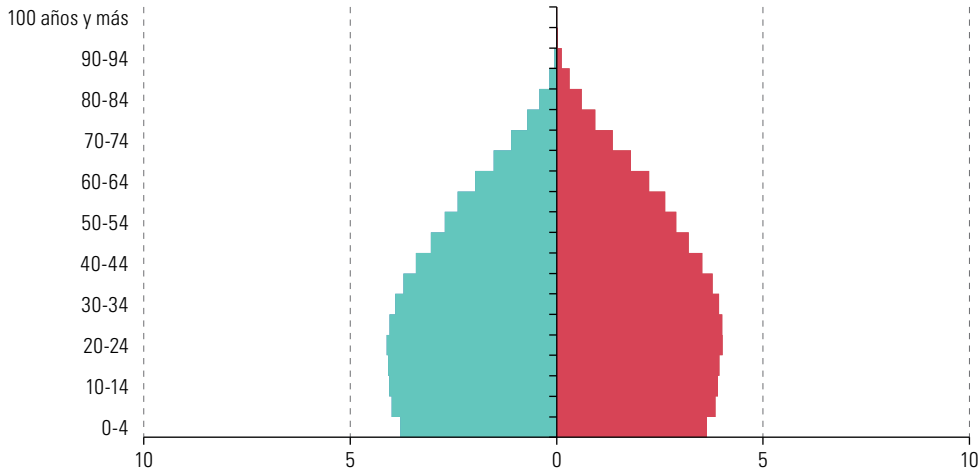
Gráfico I.4

América Latina y el Caribe (50 países y territorios)^a: distribución de la población por edad y sexo, 1960, 2022 y 2060
(En porcentajes)

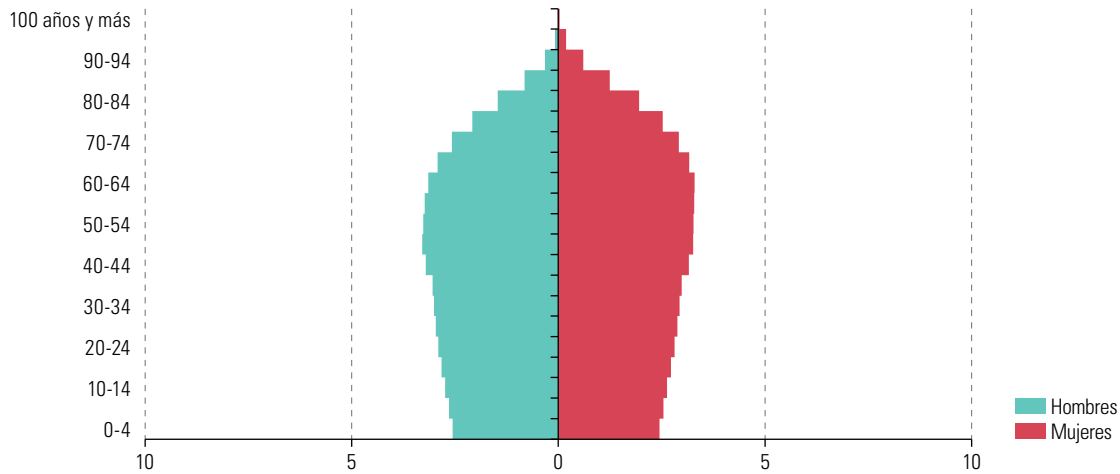
A. 1960



B. 2022



C. 2060



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Nueva York, 2022.

^a El Caribe: Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Cuba, Curaçao, Dominica, Granada, Guadalupe, Haití, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Bartolomé, San Martín (parte francesa), San Martín (parte neerlandesa), San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Turcas y Caicos; Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá; América del Sur: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Islas Malvinas (Falkland Islands), Guayana Francesa, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

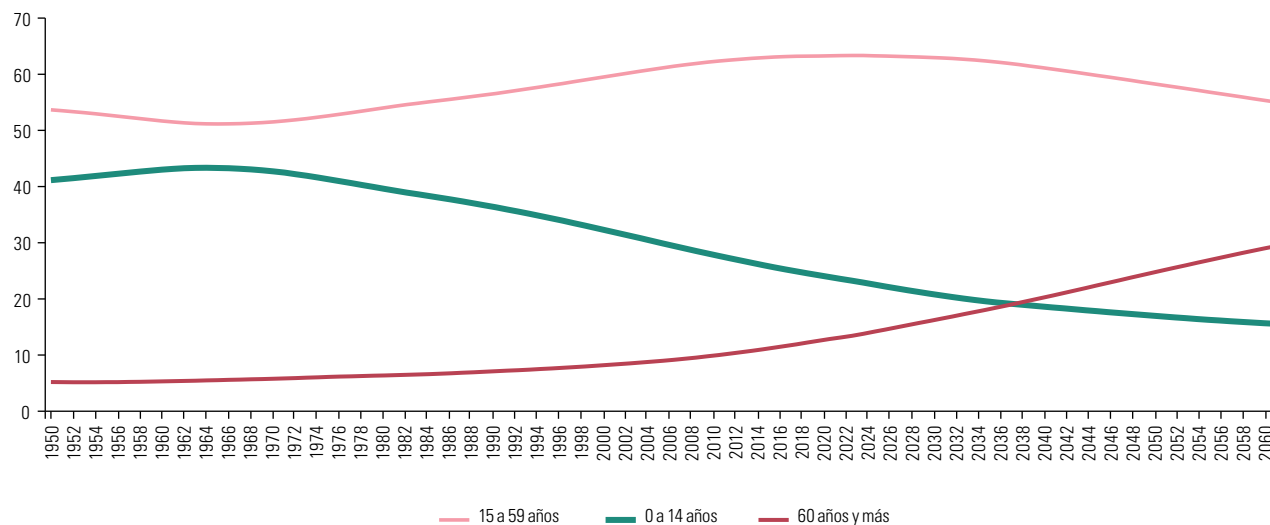
El primer efecto de la transición demográfica en la distribución relativa de la población de la región fue el aumento de la base de la pirámide poblacional, pues al disminuir la mortalidad infantil se incrementó la sobrevivencia de los menores de 1 año. Gráficamente, se mantiene el formato de base ancha de la pirámide e incluso se observa un rejuvenecimiento de la población, porque el tamaño relativo de la población adulta disminuye ante la masiva sobrevivencia infantil. A continuación, la disminución sostenida de la fecundidad a partir de los años sesenta afecta el tamaño de las nuevas cohortes de nacidos vivos y desde la década de 2000 se observa que los grupos más jóvenes pierden peso relativo con respecto a la población total. Al mismo tiempo, aumenta gradualmente el peso relativo del grupo de personas mayores y, en la actualidad, la región se caracteriza por una pirámide con la parte superior visiblemente más ancha. Se prevé que en 2060 la parte superior de la pirámide —que en 1960 era angosta, con menos del 6% de personas de 60 años y más— representará casi la tercera parte de la población (29,4%). Además, entre las personas mayores se observa una mayor proporción de mujeres que de hombres, como resultado de la mayor esperanza de vida femenina. De esta manera, la forma clásica de la pirámide, característica de las décadas pasadas, se desdibuja y tiende a asemejarse a un rectángulo, en el que los grupos quinquenales de edad tienen un peso relativo similar.

En el gráfico I.5 se presenta la evolución del porcentaje relativo de tres grandes grupos etarios —personas mayores (60 años y más), niños, niñas y adolescentes (0 a 14 años) y adultos (15 a 59 años)— en la región y las proyecciones hasta 2060. Se muestra la disminución relativa del grupo de menores de 15 años de un 43% en 1960 a un 23% en 2022, compensada por un aumento de la población adulta, en olas generacionales sucesivas. Se prevé que a partir de 2022 la población de 15 a 59 años también perderá peso relativo, debido a un rápido aumento de la población mayor, que pasará a ser más numerosa que la de niños, niñas y adolescentes alrededor de 2037.

Gráfico I.5

América Latina y el Caribe (50 países y territorios)^a: evolución y proyección de la población por grandes grupos de edad, 1950-2060

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Nueva York, 2022.

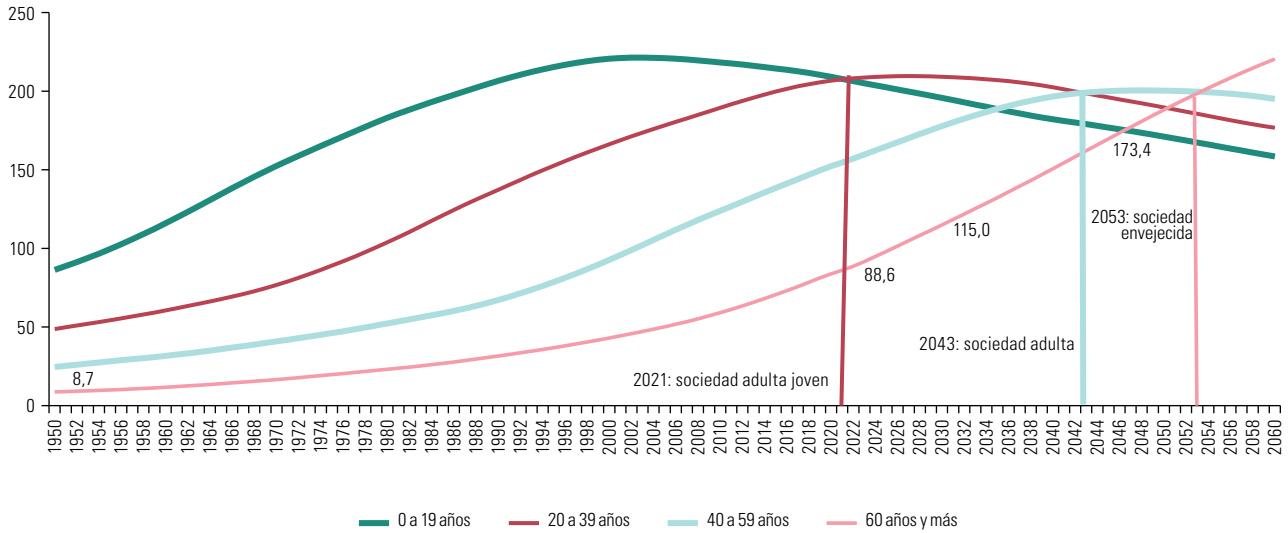
^a El Caribe: Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Cuba, Curaçao, Dominica, Granada, Guadalupe, Haití, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Bartolomé, San Martín (parte francesa), San Martín (parte neerlandesa), San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Turcas y Caicos; Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá; América del Sur: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Islas Malvinas (Falkland Islands), Guayana Francesa, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

Para tener otra perspectiva del proceso de envejecimiento, se puede analizar también la evolución del volumen poblacional de cuatro grupos etarios: 0 a 19 años, 20 a 39 años, 40 a 59 años y 60 años y más. Se considera que una sociedad es joven cuando la mayoría absoluta de la población tiene menos de 20 años, adulta joven cuando la mayoría de las personas tienen entre 20 y 39 años, adulta cuando la mayoría de sus habitantes tienen entre 40 y 59 años y envejecida cuando la mayoría de las personas tienen 60 años y más. En el gráfico I.6 se ilustra el tamaño promedio de estas cuatro cohortes en América Latina y el Caribe a lo largo del tiempo. Los puntos de cruce de las trayectorias de estas diferentes cohortes son hitos importantes en la dinámica demográfica y la sociedad.

El análisis de los puntos de corte permite observar que América Latina y el Caribe pasará de ser una sociedad joven a ser una sociedad adulta joven en el período comprendido entre 2020 y 2025, para luego convertirse en una sociedad adulta, con la mayor parte de la población en el grupo de 40 a 59 años en 2045. En menos de diez años, el grupo de personas de 60 años y más superará en volumen a todos los demás grupos etarios, pues en 2055 habrá menos de 200 millones de personas en cada uno de los grupos de personas menores de 60 años y más de 200 millones de personas de 60 años y más. Esto tiene enormes repercusiones en términos de políticas públicas y requiere planificación a mediano y largo plazo con respecto a las políticas de trabajo, salud y protección social, entre otras.

Gráfico I.6

América Latina y el Caribe (50 países y territorios)^a: población por grandes grupos de edad, 1950-2060
(En millones de personas)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Nueva York, 2022.

^a El Caribe: Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Cuba, Curaçao, Dominica, Granada, Guadalupe, Haití, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Bartolomé, San Martín (parte francesa), San Martín (parte neerlandesa), San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Turcas y Caicos; Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá; América del Sur: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Islas Malvinas (Falkland Islands), Guayana Francesa, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

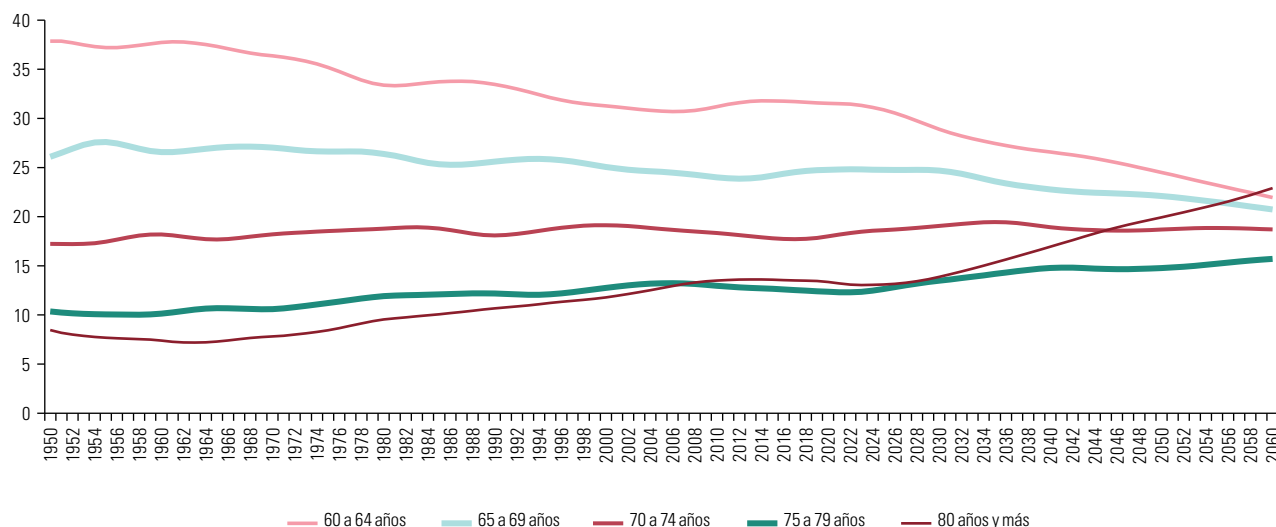
Asimismo, cabe analizar los cambios estimados y proyectados en la composición del grupo poblacional de 60 años y más. En el gráfico I.7 se presenta la distribución etaria del grupo de personas de 60 años y más por grupos quinquenales de edad desde 1950 hasta 2060. Como se puede observar, los grupos de edad más cercanos a los 60 años tienden a reducirse en términos relativos a lo largo del tiempo, mientras los dos grupos mayores de 75 años presentan una tendencia creciente. En particular, aumenta la importancia relativa de las personas de 80 años y más dentro del grupo de personas mayores, hasta llegar a ser el subgrupo más numeroso de esta población en 2050. Es importante conocer el comportamiento de estos grupos en la región, pues las personas en los grupos de edad más avanzada suelen presentar una menor autonomía y mayores limitaciones, que pueden ocasionar discapacidad en edades avanzadas y determinar la necesidad de mayor asistencia.

El gráfico I.8, en el que se presenta una comparación de los grupos de 60 a 74 años y 75 años y más, no como porcentaje relativo dentro del grupo sino como porcentaje de la población total (barras), así como la razón entre estos dos grupos etarios (línea), evidencia que el grupo de personas de edad más avanzada irá adquiriendo cada vez más peso, tanto relativo como absoluto. Si bien aumenta el tamaño relativo de ambos grupos, el grupo de personas mayores de 75 años crece a un ritmo mucho más elevado, aproximándose al grupo de 60 a 74 años: mientras en 1960 el grupo de 60 a 74 años era 4,7 veces mayor que el grupo de 75 años y más, se estima que esa razón se reducirá a 1,3 en 2060.

Gráfico 1.7

América Latina y el Caribe (50 países y territorios): distribución relativa de las personas mayores por grupo etario, 1950-2060

(En porcentajes de la población de 60 años y más)



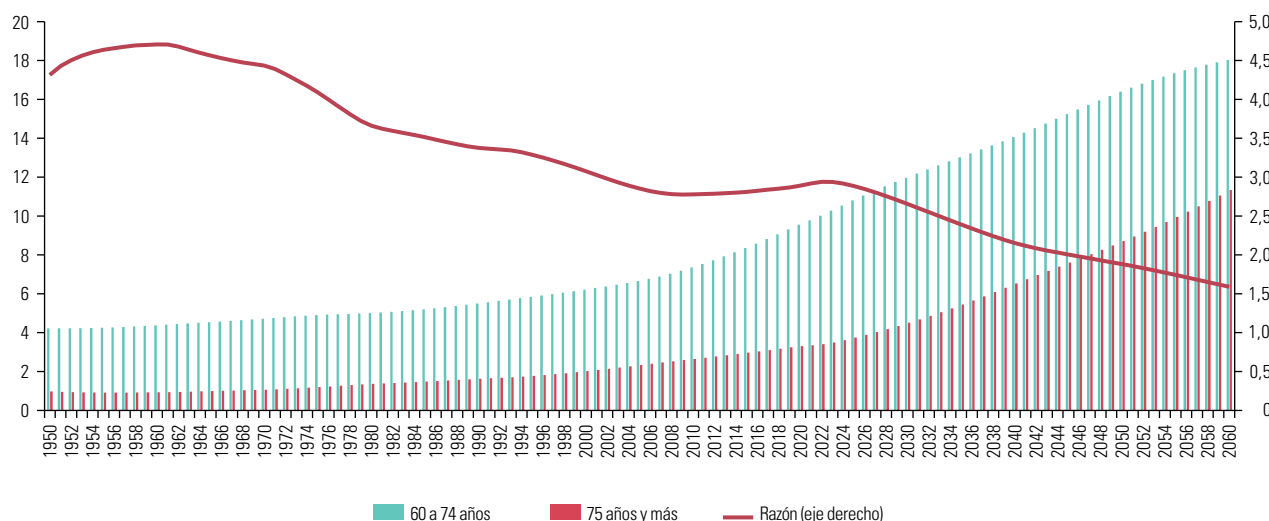
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Nueva York, 2022.

^a El Caribe: Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Cuba, Curaçao, Dominica, Granada, Guadalupe, Haití, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Bartolomé, San Martín (parte francesa), San Martín (parte neerlandesa), San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Turcas y Caicos; Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá; América del Sur: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Islas Malvinas (Falkland Islands), Guayana Francesa, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

Gráfico 1.8

América Latina y el Caribe (50 países y territorios)^a: población de 60 a 74 años y de 75 años y más y razón entre estas cifras, 1950-2060

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Nueva York, 2022.

^a El Caribe: Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Cuba, Curaçao, Dominica, Granada, Guadalupe, Haití, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Bartolomé, San Martín (parte francesa), San Martín (parte neerlandesa), San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Turcas y Caicos; Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá; América del Sur: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Islas Malvinas (Falkland Islands), Guayana Francesa, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

2. Las diferentes etapas del envejecimiento poblacional en los países

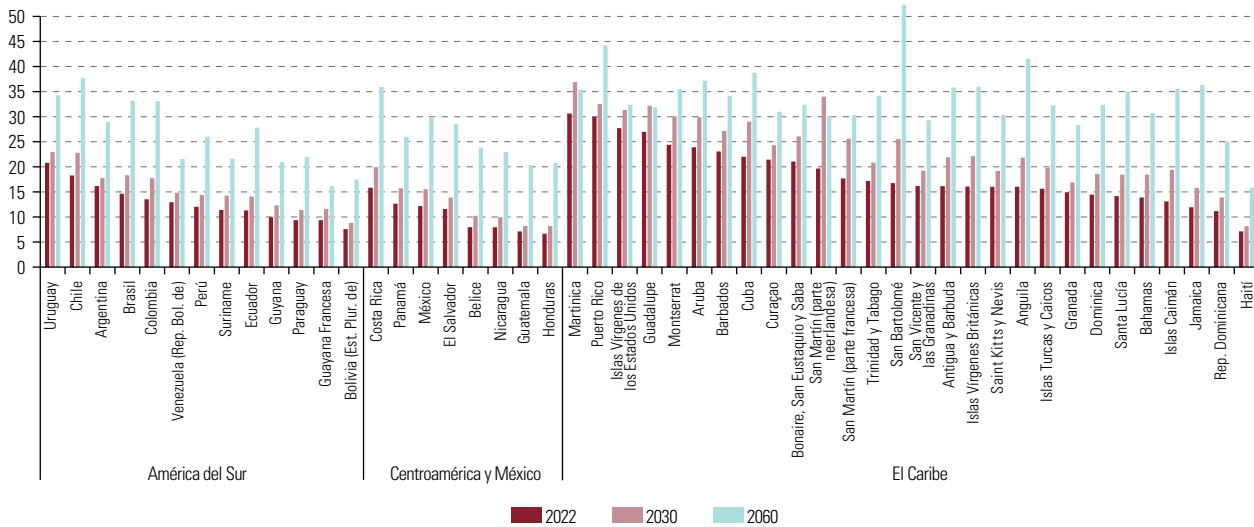
El proceso de envejecimiento no es homogéneo y el promedio regional oculta diferencias entre países, tanto con respecto a la velocidad del pasaje de sociedades jóvenes a sociedades envejecidas, como a la intensidad del proceso. Los cambios en la estructura etaria de la población tienen larga duración y pueden tomar muchas décadas, según la velocidad con que disminuyen la mortalidad y la fecundidad y la magnitud del efecto de la migración. Es por ello que algunos países de la región se encuentran en etapas muy avanzadas, mientras otros recién están dejando atrás el inicio de este proceso.

Asimismo, se aprecian diferencias en los países y territorios, por ejemplo entre zonas urbanas y rurales, entre ciudades y entre grupos con diversas características sociales, económicas y culturales como, por ejemplo, las poblaciones indígenas y afrodescendientes. Es importante conocer las características, el tiempo y la velocidad de la transición demográfica en cada país, así como del envejecimiento de poblaciones que, en general, presentan mayores niveles de desigualdad social y económica, y considerar estas diferencias en el diseño de las políticas públicas.

El porcentaje de personas mayores que se encuentran en cada territorio en un determinado momento depende de las tendencias de las variables demográficas, por ejemplo, los niveles de mortalidad y fecundidad al inicio de la transición, la velocidad con que disminuyen y sus niveles actuales. Además, depende de la fuerza de la migración y del porcentaje de mujeres en edad reproductiva en la población. Una fotografía del porcentaje de personas de 60 y más años en el momento actual (en 2022) y de la situación prevista al inicio de la próxima década (en 2030), así como un escenario más lejano (en 2060) muestra la diversidad entre los países de la región (véase el gráfico I.9).

Gráfico I.9

América Latina y el Caribe (49 países y territorios): personas de 60 años y más con respecto a la población total, por subregión, 2022, 2030 y 2060 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Nueva York, 2022.

En el gráfico I.9 se puede observar que en 2022 la proporción de personas mayores en algunos países y territorios, principalmente del Caribe, estaba por encima del 20% y superará el 30% en la próxima década (por ejemplo, Guadalupe, Martinica, Puerto Rico y Cuba)². Además de experimentar una baja fecundidad, estos países y territorios han pasado por intensos procesos de emigración a lo largo de la transición demográfica. Al

² Ya en la década de 2010, muchos países del Caribe alcanzaron un envejecimiento poblacional intenso, con porcentajes de población de personas mayores superiores a los observados en algunos países desarrollados.

mismo tiempo, algunos países del Caribe, como Haití o la República Dominicana, presentan bajos niveles de envejecimiento poblacional pues, incluso en 2030, las personas mayores no llegarán a representar el 10% y el 15% de la población, respectivamente.

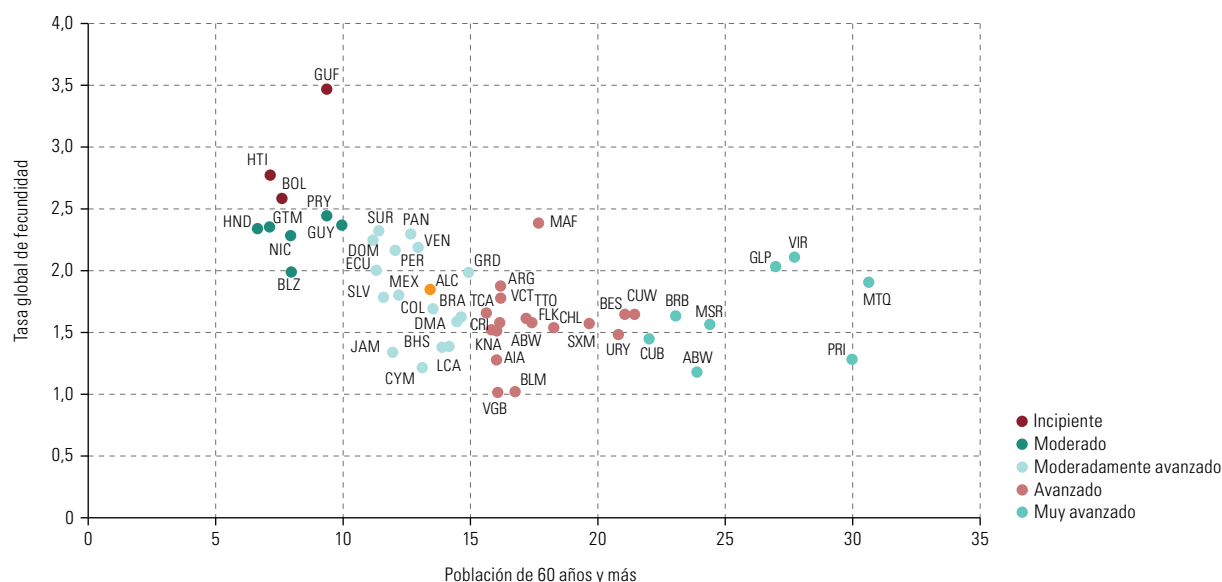
En América del Sur, el Uruguay presenta un envejecimiento avanzado, pues las personas mayores superan el 20% de la población en 2022. En 2030 se le unirá Chile, de manera que ambos países serán los más envejecidos de la subregión ese año. En las próximas décadas, otros países de América del Sur también seguirán la tendencia observada a un aumento pronunciado del número y el porcentaje de personas mayores, incluidos la Argentina, el Brasil y Colombia. Si bien la Argentina experimentó un proceso de transición demográfica temprana en la región, no presenta un proceso tan acelerado en la década actual. En Centroamérica, el país más adelantado en el proceso de envejecimiento poblacional es Costa Rica, donde el grupo de personas mayores aumentará del 16% al 20% en esta década. Por otra parte, los países más rezagados en este proceso son Belice, Guatemala, Honduras y Nicaragua.

Para clasificar a los países según las diferentes etapas de envejecimiento poblacional en que se encuentran, se utilizan dos indicadores: i) el porcentaje de personas mayores (60 años y más) en la población total; y ii) la tasa global de fecundidad (TGF). A partir de estos dos indicadores, se presenta la situación de los países en dos momentos, 2022 (véase el gráfico I.10) y 2030 (véase el gráfico I.11), y se los clasifica en cinco etapas diferentes según el grado de envejecimiento poblacional: i) proceso incipiente (TGF igual o superior a 2,5 hijos por mujer y proporción de personas mayores inferior al 10%); ii) proceso moderado (TGF inferior a 2,5 hijos por mujer y proporción de personas mayores inferior al 10%); iii) proceso moderadamente avanzado (TGF inferior a 2,5 hijos por mujer y proporción de personas mayores entre el 10% y el 14%); iv) proceso avanzado (TGF inferior a 2,5 hijos por mujer y proporción de personas mayores entre el 14% y el 21%); y v) proceso muy avanzado (TGF inferior a 2,5 hijos por mujer y proporción de personas mayores superior al 21%). Como se observa en los gráficos I.10 y I.11, el promedio regional de la TGF disminuirá levemente entre 2022 y 2030 (de 1,85 a 1,80 hijos por mujer), mientras el porcentaje regional de personas mayores aumentará considerablemente, del 13,4% en 2022 al 16,5% en 2030.

Gráfico I.10

América Latina y el Caribe (50 países y territorios)^a: tasa global de fecundidad, población de 60 años y más y etapas de envejecimiento, 2022

(En número de hijos nacidos vivos por mujer y en porcentajes)

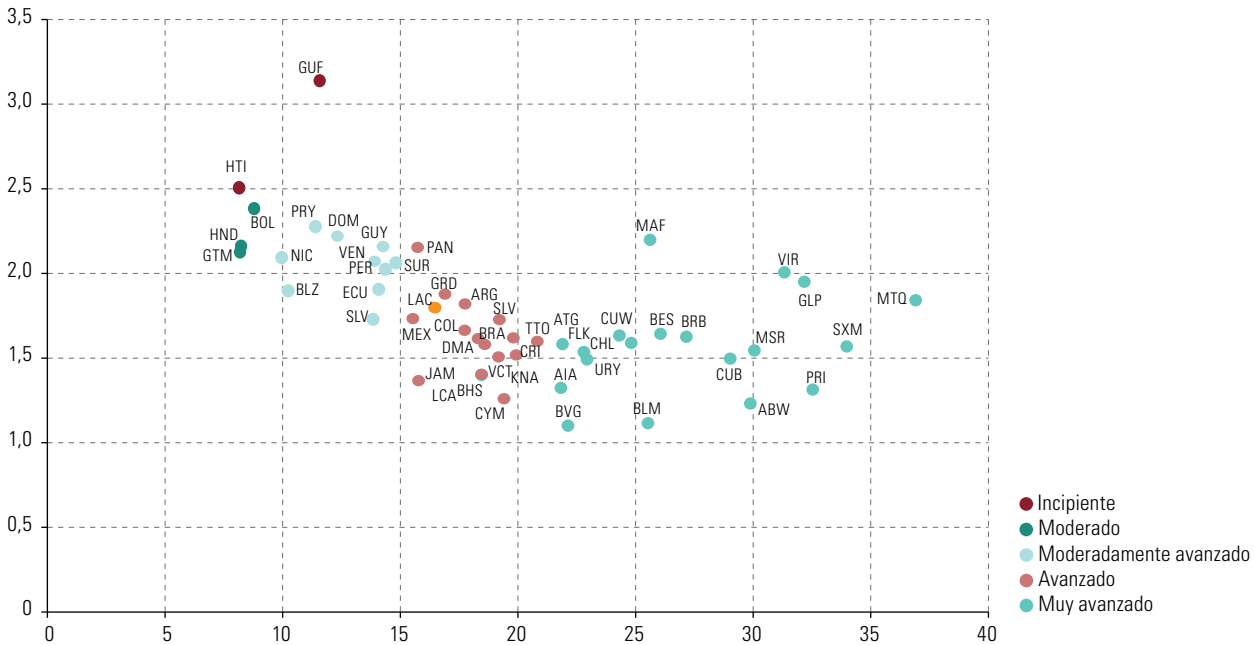


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Nueva York, 2022.

Nota: ABW: Aruba; AIA: Anguila; ALC: América Latina y el Caribe; ARG: Argentina; ATG: Antigua y Barbuda; BES: Caribe neerlandés; BHS: Bahamas; BLM: San Bartolomé; BLZ: Belice; BOL: Bolivia (Est. Plur. de); BRA: Brasil; BRB: Barbados; CHI: Chile; COL: Colombia; CRI: Costa Rica; CUB: Cuba; CUW: Curaçao; CYM: Islas Caimán; DMA: Dominica; DOM: República Dominicana; ECU: Ecuador; FLK: Islas Malvinas (Falkland Islands); GLP: Guadalupe; GRD: Granada; GTM: Guatemala; GUF: Guayana Francesa; GUY: Guayana; HND: Honduras; HTI: Haití; JAM: Jamaica; KNA: Saint Kitts y Nevis; LCA: Santa Lucía; MAF: San Martín (parte francesa); MEX: México; MTQ: Martinica; MSR: Montserrat; NIC: Nicaragua; PAN: Panamá; PER: Perú; PRI: Puerto Rico; PRY: Paraguay; SLV: El Salvador; SUR: Suriname; SXM: San Martín (parte neerlandesa); TCA: Islas Turcas y Caicos; TTO: Trinidad y Tabago; URY: Uruguay; VCT: San Vicente y las Granadinas; VEN: Venezuela (Rep. Bol. de); VGB: Islas Vírgenes Británicas; VIR: Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

Gráfico I.11

América Latina y el Caribe (50 países y territorios)^a: tasa global de fecundidad, población de 60 años y más y etapas de envejecimiento, 2030
(En número de hijos nacidos vivos por mujer y en porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Nueva York, 2022.

Nota: ABW: Aruba; AIA: Anguila; ARG: Argentina; ATG: Antigua y Barbuda; BES: Caribe neerlandés; BHS: Bahamas; BLM: San Bartolomé; BLZ: Belice; BOL: Bolivia (Est. Plur. de); BRA: Brasil; BRB: Barbados; CHI: Chile; COL: Colombia; CRI: Costa Rica; CUB: Cuba; CUW: Curacao; CYM: Islas Caimán; DMA: Dominica; DOM: Dominica; ECU: Ecuador; FLK: Islas Malvinas (Falkland Islands); GLP: Guadalupe; GRD: Granada; GTM: Guatemala; GUF: Guayana Francesa; GUY: Guayana; HND: Honduras; HTI: Haití; JAM: Jamaica; KNA: Saint Kitts y Nevis; LCA: América Latina y el Caribe; MAF: San Martín (parte francesa); MEX: México; MTQ: Martinica; MSR: Montserrat; NIC: Nicaragua; PAN: Panamá; PER: Perú; PRI: Puerto Rico; PRY: Paraguay; SLV: El Salvador; SUR: Suriname; SXM: San Martín (parte neerlandesa); TCA: Islas Turcas y Caicos; TTO: Trinidad y Tabago; URY: Uruguay; VCT: San Vicente y las Granadinas; VEN: Venezuela (Rep. Bol. de); VGB: Islas Vírgenes Británicas; VIR: Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

El primer aspecto que cabe destacar al observar los datos por país es que, a pesar de que la TGF tiene una relación inversamente proporcional con el porcentaje de personas mayores, esta no es perfectamente lineal. En algunos países de la región que tienen la misma tasa de fecundidad se observan diferentes grados de envejecimiento poblacional, debido a las diferentes trayectorias de la reducción de la TGF en el pasado y a los efectos diferenciados de las otras variables de la dinámica poblacional (la mortalidad y la migración internacional).

En 2022, 20 países presentan una TGF inferior al promedio regional, pero con porcentajes de población mayor que varían del 12% a casi el 30%, lo que indica que están en diferentes etapas del envejecimiento poblacional, aunque con TGF correspondientes a niveles de la etapa final de la transición demográfica (véase el gráfico I.10).

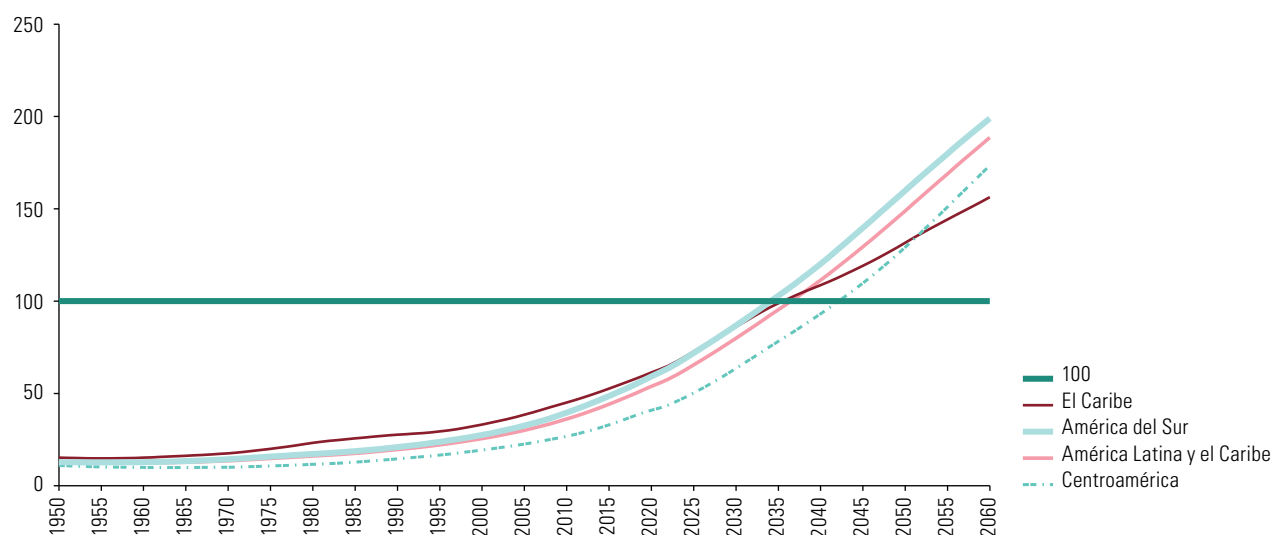
Solo tres países (Bolivia (Estado Plurinacional de), Guayana Francesa y Haití) se encuentran en una etapa incipiente de envejecimiento, con niveles de fecundidad superiores a 2,5 hijos por mujer y una proporción de personas mayores que varía entre el 7% y el 10% de la población. A estos les siguen seis países en una etapa de envejecimiento moderado (Belice, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua y el Paraguay), que presentan el mismo rango de porcentaje de población mayor que los anteriores y una fecundidad por debajo de 2,5 hijos por mujer. El grupo clasificado en la etapa de envejecimiento moderadamente avanzado está conformado por 16 países (la gran mayoría del Caribe y Centroamérica, además del Brasil, Colombia, el Ecuador, el Perú y Venezuela (República Bolivariana de)), cuyos valores se encuentran alrededor del promedio regional de ambos indicadores. Dieciséis países y territorios se encuentran en la etapa avanzada, entre ellos: Antigua y Barbuda, Argentina, Chile, Costa Rica, Guadalupe, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tabago y Uruguay. Por último, el grupo que se encuentra en una etapa muy avanzada del proceso de envejecimiento poblacional, con más del 21% de población mayor, comprende ocho países y territorios, principalmente islas del Caribe, incluida Cuba (véase el gráfico I.10).

En los próximos años aumentará la intensidad del envejecimiento demográfico en la región y, al final de la década de 2030, solo dos países (Guayana Francesa y Haití) pertenecerán a la categoría de envejecimiento incipiente. En el caso de la Guayana Francesa, se proyecta una fecundidad de 3,1 hijos nacidos vivos por mujer de 15 a 49 años, pero con una población mayor cercana al 12%, en parte a causa de la emigración de jóvenes. Asimismo, solo 3 países se encontrarán en la etapa de envejecimiento moderado (Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala y Honduras), mientras otros 10 (Belice, Dominica, Guyana, Ecuador, El Salvador, Nicaragua, Paraguay, Perú, Suriname y Venezuela (República Bolivariana de)) se ubicarán en la etapa moderadamente avanzada. Por último, 16 y 19 países y territorios se encontrarán, respectivamente, en las etapas avanzada y muy avanzada del envejecimiento (véase el gráfico I.11).

Otra forma de analizar el nivel de envejecimiento poblacional es utilizar el índice de envejecimiento, que compara directamente la cantidad o proporción de personas mayores (60 años y más) con la cantidad o proporción de niños, niñas y adolescentes (menores de 15 años). En el gráfico I.12, se usa este indicador de la reducción de la capacidad de renovar las nuevas generaciones para analizar la situación actual de América Latina y el Caribe y sus subregiones. Cabe destacar dos hechos en cuanto al índice de envejecimiento. En primer lugar, se observa que durante muchas décadas en América Latina y el Caribe había menos de 50 personas mayores por cada 100 niños, niñas y adolescentes, pero a partir de la década de 2010 el envejecimiento poblacional se intensifica, con algunas diferencias entre subregiones. En Centroamérica el proceso tiene lugar de manera más lenta y se prevé que el Caribe registrará una desaceleración con respecto al promedio regional. América del Sur, por otra parte, encabezará el proceso de envejecimiento poblacional en las próximas décadas.

Gráfico I.12

América Latina y el Caribe (50 países y territorios)^a: índice de envejecimiento, por subregión, 1950-2060
(En número de personas de 60 años y más por cada 100 personas menores de 15 años)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Nueva York, 2022.

^a El Caribe: Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Cuba, Curaçao, Dominica, Granada, Guadalupe, Haití, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Bartolomé, San Martín (parte francesa), San Martín (parte neerlandesa), San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Turcas y Caicos; Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá; América del Sur: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Islas Malvinas (Falkland Islands), Guayana Francesa, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

Otro hecho importante respecto del índice de envejecimiento se refiere a los distintos períodos y fechas en que los países pasarán a considerarse envejecidos, es decir, cuando habrá más personas mayores (60 años y más) que niños, niñas y adolescentes (menores de 15 años) y el índice superará el valor 100. La fecha en que se produce este fenómeno demográfico, que se presenta en el cuadro I.1 (en el cual se indica entre paréntesis el peso relativo que tendrán las personas mayores), marca un hito a partir del cual se considera que el país tiene una población envejecida.

Cuba fue el primer país de América Latina y el Caribe en alcanzar esta marca histórica en 2011, cuando la proporción de menores de 15 años igualó la de las personas de 60 años y más y cada uno de estos grupos representaba alrededor del 18% de la población total. Entre 2014 y 2024, la proporción de niños, niñas y adolescentes con respecto a la población total será superada por la de personas mayores en varios países del Caribe (Aruba, Barbados, Guadalupe, y Trinidad y Tabago), Chile y el Uruguay. En los cinco años siguientes, llegando a 2030, las Bahamas, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, el Brasil y Costa Rica se unirán a este grupo. Al finalizar el quinquenio 2030-2035, la Argentina, Colombia, Jamaica y México también alcanzarán la fase de más personas mayores que jóvenes en la población total. Por otra parte, se prevé que el Estado Plurinacional de Bolivia, la Guayana Francesa y Haití llegarán a esa etapa después de 2060. Alrededor de 2080, todos los países y territorios de la región contarán con más personas mayores que niños, niñas y adolescentes, con un aumento significativo de la proporción de población mayor a partir de ese momento.

Cuadro I.1

América Latina y el Caribe (49 países y territorios): fecha en que la proporción de personas de 0 a 15 años iguala la de personas mayores de 60 años en la población total
(En porcentajes de personas de 60 años y más)

Fecha	País o territorio
2009	Martinica (20,0), Puerto Rico (19,9)
2010	Islas Vírgenes Británicas (21,9)
2011	Cuba (17,9)
2014	Guadalupe (21,5)
2015	Barbados (18,7), Montserrat (20,0)
2016	Aruba (19,0), Curaçao (20,0)
2019	Uruguay (20,2), Bonaire, San Eustaquio y Saba (18,0), San Bartolomé (15,0), San Martín (parte neerlandesa) (15,6)
2022	Chile (18,3), Islas Vírgenes Británicas (16,0)
2024	Anguila (17,4), Antigua y Barbuda (17,5), Trinidad y Tabago (18,4)
2026	San Martín (parte francesa) (21,8), Islas Turcas y Caicos (17,5)
2027	Costa Rica (18,5), Bahamas (16,9), Santa Lucía (16,8), Islas Caimán (17)
2030	Brasil (18,3), San Vicente y las Granadinas (19,2), Saint Kitts y Nevis (19,2)
2032	Jamaica (19,5)
2034	Argentina (19,2), Colombia (18,6)
2037	México (18,9)
2041	Granada (19,9)
2043	Ecuador (19,3), Dominica (17,2)
2044	Panamá (20,8)
2045	El Salvador (18,9), Perú (20,0)
2047	República Dominicana (20,2)
2051	Venezuela (República Bolivariana de) (19,7), Belice (18,8)
2053	Nicaragua (19,6)
2055	Suriname (20,2)
2056	Paraguay (20,5)
2057	Honduras (19,3)
2058	Guyana (20,1), Guatemala (19,2)
2068	Bolivia (Estado Plurinacional de) (19,9)
2076	Haití (19,7)
2080	Guayana Francesa (21,2)

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Nueva York, 2022.

B. El contexto sociodemográfico del envejecimiento

A partir de los datos de los censos realizados más recientemente —Perú y Chile (2017), Colombia y Guatemala (2018) y México (2020)— se traza un breve panorama de la situación sociodemográfica actual de las personas

mayores, teniendo en cuenta las diferencias por edad, sexo, origen étnico y zona de residencia (urbana o rural)³. Asimismo, dado que las personas mayores se concentran sobre todo en las grandes ciudades, se presenta un panorama del envejecimiento de la población en las ciudades con más de 1 millón de habitantes o principales.

1. Desigualdades territoriales

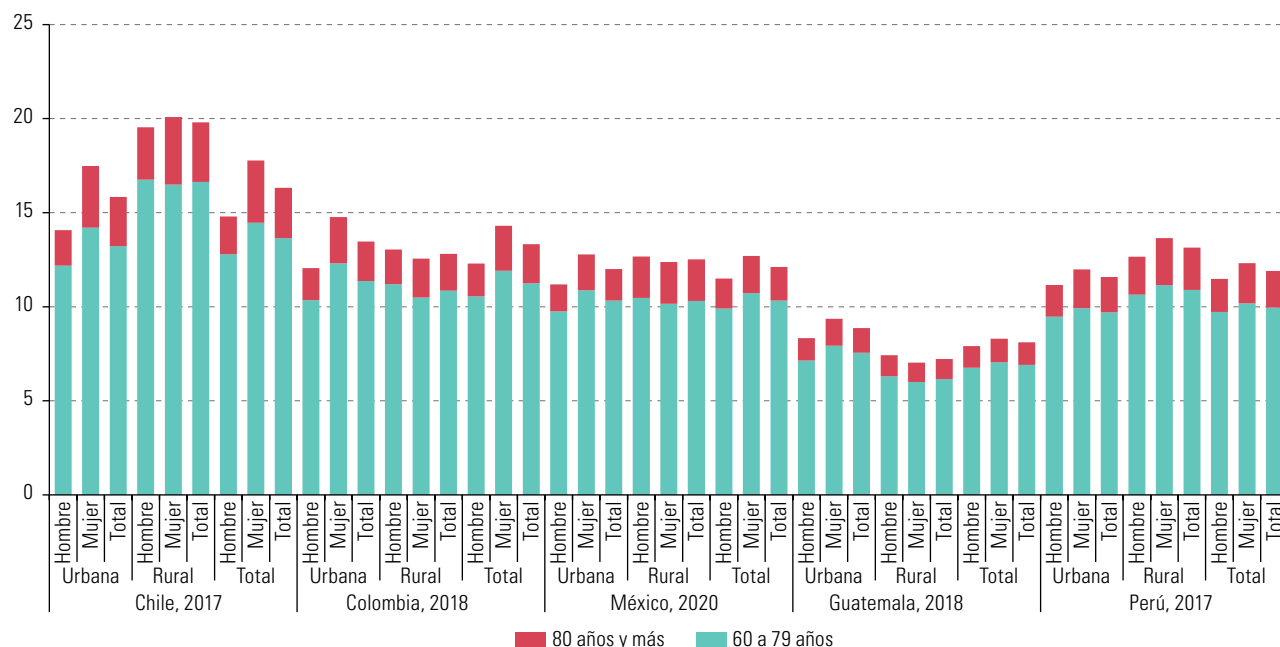
Los datos sobre el proceso de envejecimiento de la población a nivel nacional ocultan diferencias dentro de los países. Si bien las zonas urbanas, en particular las grandes ciudades, son las áreas donde este proceso está más avanzado, esta tendencia no se observa en todos los países debido, principalmente, al proceso de migración rural selectiva hacia las zonas urbanas, pues la población en edad de trabajar se desplaza con mayor frecuencia, dejando a las personas mayores en las zonas rurales (CEPAL, 2017). Por lo tanto, la etapa del envejecimiento poblacional depende de las características del proceso de urbanización de cada país (volumen y grado de selectividad de la migración por edad, entre otros) y de los diferenciales de fecundidad y mortalidad en las diferentes zonas. Los datos más recientes indican que, en 2018, el 46,1% de la población de Guatemala todavía vivía en zonas rurales, mientras en Colombia y México esa proporción es de alrededor del 23%. Por otra parte, Chile está muy avanzado en el proceso de urbanización, pues solo el 12,2% de la población vivía en zonas rurales en 2017.

El porcentaje de población de 60 años o más varía de un país a otro y, en algunos países como Chile y, en menor medida, México, el envejecimiento de la población está más avanzado en las zonas rurales que en las urbanas, mientras en otros países, como Guatemala y Colombia, sucede lo contrario.

Al analizar los datos por sexo, se observa una diferencia en el proceso de envejecimiento en todos los países, pues los mayores porcentajes de personas mayores corresponden a las mujeres. Esto se explica en parte por el diferencial de sobrevivencia femenina, pero también porque los movimientos migratorios presentan diferencias por sexo. Así, en México, Guatemala y Colombia, los hombres residentes en zonas rurales constituyen un grupo más envejecido que el de las mujeres rurales, debido a la mayor migración de las mujeres más jóvenes hacia las zonas urbanas (véase el gráfico I.13).

Gráfico I.13

América Latina y el Caribe (5 países): distribución de la población mayor por grupo etario, sexo y lugar de residencia (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los censos demográficos de Chile 2017; Guatemala de 2018, Colombia de 2018, Perú 2017 y México de 2020.

³ La pandemia de COVID-19 causó la postergación de varios censos de la ronda 2020 en la región (CEPAL, 2022). Algunos de esos países están realizando sus censos en 2022, pero los datos no están disponibles para el análisis.

De este análisis se concluye que, debido al proceso de urbanización, la mayor parte de la población (incluidas las personas mayores) vive en zonas urbanas y hay un envejecimiento prematuro en el campo, debido a la migración diferencial por edad y sexo. Estos rasgos del proceso de envejecimiento influyen en los requisitos para garantizar el acceso a servicios y condiciones de vida adecuadas de las personas mayores, demandando planificación basada en estos perfiles. Por lo general, el proceso de envejecimiento en las zonas rurales supone condiciones desventajosas de tipo social y económico, así como respecto del acceso a servicios básicos y servicios de salud más complejos (Huenchuan, 2018; CEPAL, 2017). Estas desventajas son mayores para las personas que viven en zonas rurales dispersas, alejadas de los centros urbanos con más infraestructura hospitalaria o de servicios. En consecuencia, es necesario formular políticas públicas para proveer transporte adecuado hacia las áreas urbanas a estas personas, especialmente para las que tienen algún tipo de limitación física o discapacidad.

Por otra parte, un alto porcentaje de la población de América Latina y el Caribe vive en grandes centros urbanos, que también plantean desafíos para el acceso a la infraestructura hospitalaria de alta complejidad (Huenchuan, 2018; CEPAL, 2017). En el cuadro I.2 y el mapa I.1 se presentan indicadores de envejecimiento poblacional para 19 ciudades de la región que tienen más de 1 millón de habitantes. Montevideo, Cali, el Gran Santiago y Medellín son las ciudades más envejecidas. El mayor porcentaje de población de 60 años y más (cerca del 20%) se registra en Montevideo. En consecuencia, estas mismas ciudades presentan los índices de dependencia en la vejez y de envejecimiento más altos: mientras el primero varía entre 33 y 22 personas de 60 años y más por cada 100 personas potencialmente activas de 15 a 59 años, el segundo se sitúa entre 104 y 65 personas mayores de 60 años por cada 100 niños, niñas y adolescentes menores de 15 años. Las otras grandes ciudades incluidas en el cuadro I.2 presentan relaciones de dependencia en la vejez inferiores al 20%. Por ejemplo, en Tegucigalpa hay 12 personas de 60 años y más por cada 100 personas en edad potencialmente activa.

Cuadro I.2

América Latina (19 ciudades): población total, población de 60 años y más e indicadores de envejecimiento, censos de 2010 a 2020

Ciudad	País		Personas mayores			Relación de dependencia en la vejez ^a	Índice de envejecimiento ^b
			Total (En millones de personas)	60 años y más (En millones de personas)	(En porcentajes)		
Gran Buenos Aires	Argentina	2010	13 578 548	2 091 150	15,4	25,2	65,5
La Paz	Bolivia (Estado Plurinacional de)	2012	1 687 426	137 999	8,2	13,0	28,5
São Paulo	Brasil	2010	19 459 583	2 079 309	10,7	15,8	48,8
Río de Janeiro	Brasil	2010	11 777 368	1 569 295	13,3	20,2	64,0
Gran Santiago	Chile	2017	6 683 556	1 030 510	15,4	23,6	80,1
Bogotá	Colombia	2018	8 621 795	1 086 689	12,6	18,5	65,5
Medellín	Colombia	2018	3 534 843	541 865	15,3	22,6	91,5
Cali	Colombia	2018	2 226 988	365 292	16,4	25,0	91,3
San José	Costa Rica	2011	1 202 680	142 381	11,8	17,9	53,9
Quito	Ecuador	2010	1 607 734	149 984	9,3	14,6	34,8
Guayaquil	Ecuador	2010	2 509 530	210 652	8,4	13,4	29,1
Ciudad de Guatemala	Guatemala	2018	2 645 002	261 873	9,9	15,4	38,1
Tegucigalpa	Honduras	2013	1 055 729	77 694	7,4	12,3	25,1
Ciudad de México	México	2020	19 608 611	1 938 371	9,9	15,1	39,7
Panamá	Panamá	2010	1 577 959	158 024	10,0	15,6	38,9
Lima	Perú	2017	9 601 434	1 215 536	12,7	19,5	56,6
Santo Domingo	República Dominicana	2010	3 119 494	253 277	8,1	12,9	28,3
Montevideo	Uruguay	2011	1 318 755	264 093	20,0	32,9	104,4
Caracas	Venezuela (República Bolivariana de)	2011	2 901 918	369 677	12,7	19,3	59,8

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Distribución Espacial de la Población y Urbanización en América Latina y el Caribe (DEPUALC), 2022 [base de datos en línea] <https://celade.cepal.org/bdcelade/depualc/>.

^a Expresa el número de personas mayores potencialmente inactivas que deberían ser mantenidas económicamente por las personas potencialmente activas. Corresponde al cociente entre la población de 60 años y más y la población de 15 a 59 años multiplicado por 100.

^b Mide la cantidad de personas mayores por cada 100 niños y jóvenes. Corresponde a la razón entre las personas de 60 años y más y las personas menores de 15 años multiplicado por 100.

Mapa I.1

América Latina y el Caribe (países y ciudades seleccionadas): población de 60 años y más, 2010-2020
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Distribución Espacial de la Población y Urbanización en América Latina y el Caribe (DEPUALC), 2022 [base de datos en línea] <https://celade.cepal.org/bdcelade/depualc/>.

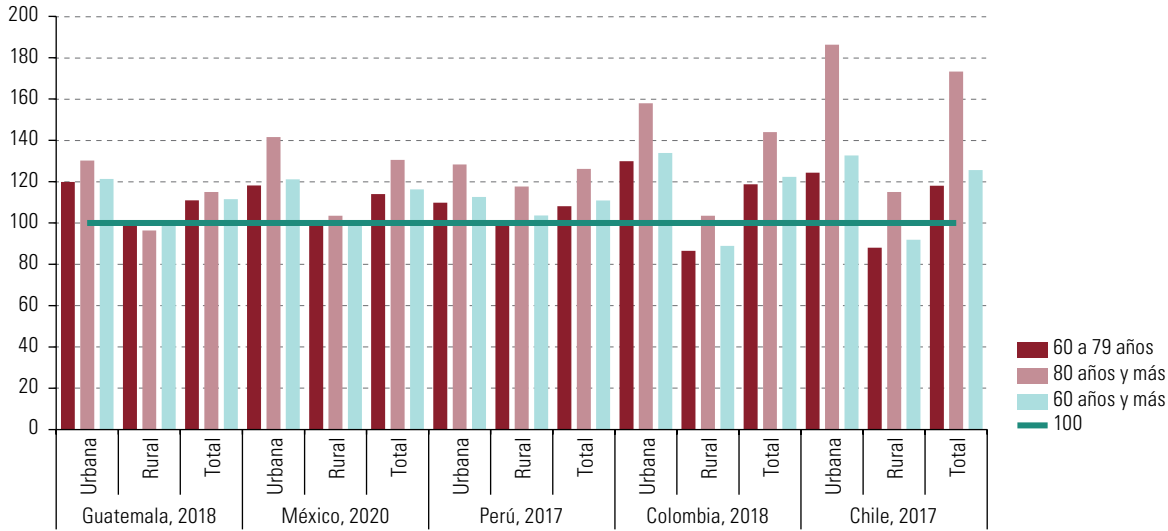
2. Composición por sexo y edad

En general, nacen más hombres que mujeres. Debido a la mortalidad diferencial al inicio de la vida, la composición por sexo se equilibra en las edades jóvenes y adultas, para después invertirse en las edades mayores y favorecer la supervivencia de las mujeres (CEPAL, 2021). De hecho, en todos los países analizados en el gráfico I.14 hay más mujeres que hombres de 60 años y más a nivel nacional y en las zonas urbanas. Excepto en el Perú, en las zonas urbanas hay alrededor de 120 mujeres de 60 a 79 años por cada 100 hombres de esa edad y en las zonas urbanas de Chile se llega incluso a más de 180 mujeres por cada 100 hombres de 80 años. No obstante, al considerar a las personas de 60 a 79 años en las zonas rurales de Colombia y Chile se observa una mayor proporción de hombres. Las zonas rurales de Guatemala y México se encuentran en una situación intermedia, de mayor equilibrio con respecto a la razón de sexo de la población mayor, incluso para el grupo etario de 80 años y más.

Este perfil de predominio femenino en edades avanzadas refleja tanto los diferenciales en la supervivencia femenina como en las dinámicas de migración interna de los países. Esto tiene consecuencias diversas en el diseño de estrategias y políticas para fomentar un envejecimiento saludable, lo que involucra también diferentes arreglos domiciliarios.

Gráfico I.14

América Latina y el Caribe (5 países): índice de feminidad de la población mayor, por grupo etario y zona de residencia, 2017-2020^a



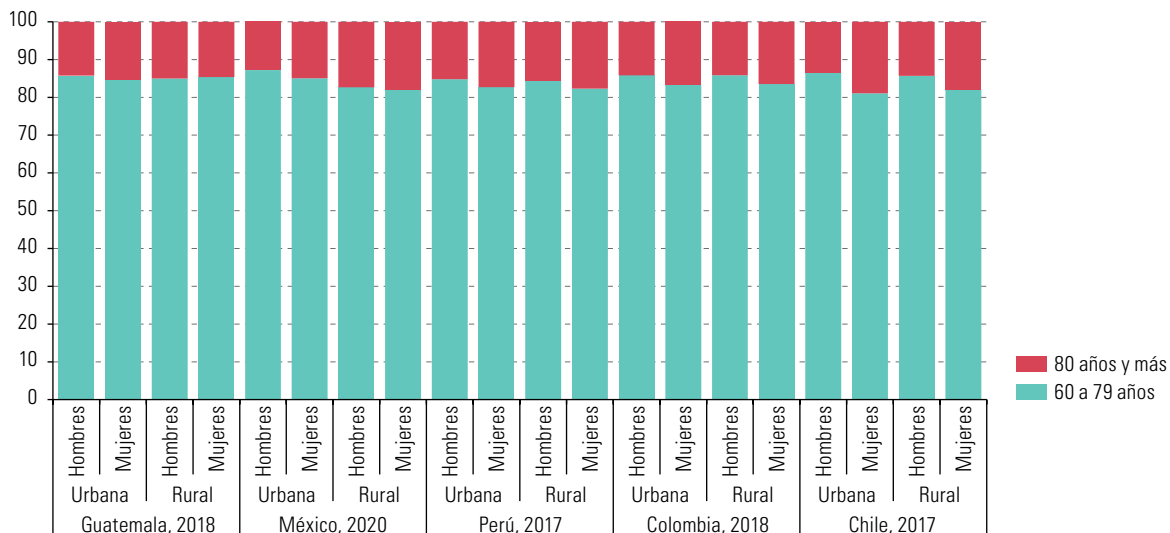
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los censos de población y vivienda.

Nota: El índice de feminidad expresa el número de mujeres mayores por cada 100 hombres mayores. Se calcula mediante la siguiente fórmula: (total mujeres/total hombres) * 100.

Para analizar el envejecimiento de las personas mayores según la zona de residencia (urbanas y rurales), se puede observar la distribución de la población de 60 a 79 años y de 80 años y más por sexo (véase el gráfico I.15). En todos los países analizados, alrededor del 85% de la población mayor tiene entre 60 y 79 años. En los extremos se encuentran Chile, donde las mujeres de este grupo etario representan el 81,1% de las personas mayores, y México, donde los hombres de 60 a 79 años que viven en zonas urbanas tienen la mayor representación (87,2%). En el grupo de personas mayores, las cifras de envejecimiento son mayores entre las mujeres que residen en las zonas rurales, por tanto, es importante considerar la diferenciación de género, los subgrupos de edad y las zonas geográficas al momento de realizar acciones de política pública, particularmente en materia de salud y cuidados.

Gráfico I.15

América Latina y el Caribe (5 países): distribución de la población mayor, por grupo etario, sexo y zona de residencia (En porcentajes)



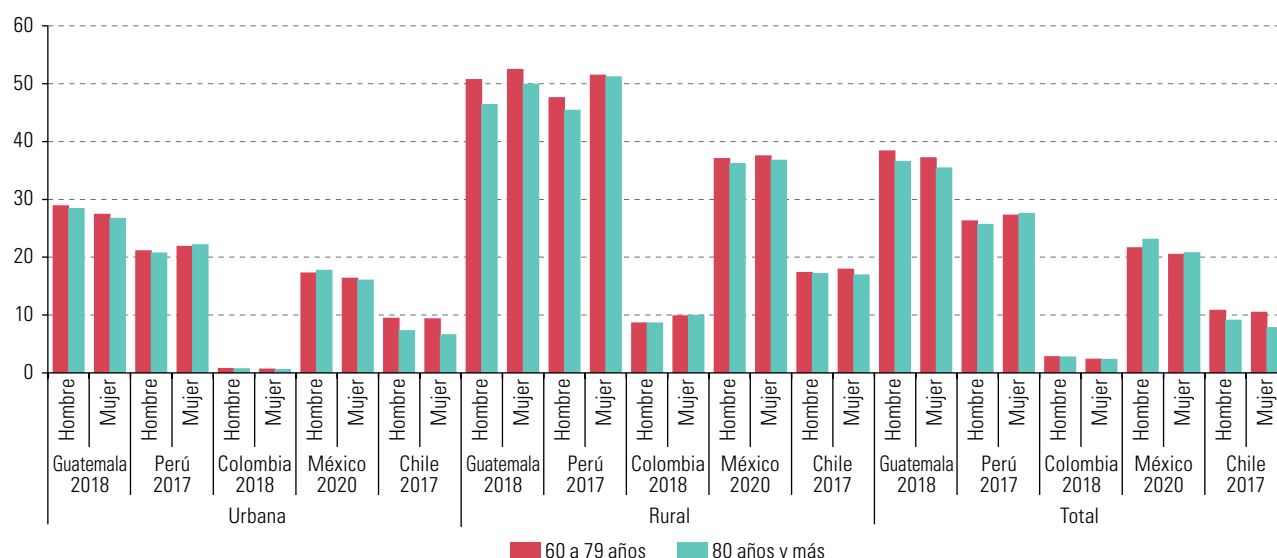
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los censos de población y vivienda.

3. Origen étnico-racial

Las trayectorias de envejecimiento poblacional se diferencian según el grupo étnico. En el gráfico I.16 se presenta el porcentaje de población indígena de 60 años y más con respecto a la población total, por grupo de edad, sexo y zona de residencia (urbanas y rurales). En Guatemala y el Perú, alrededor de la mitad de la población de 60 años y más que reside en zonas rurales se declara indígena, mientras en las zonas urbanas esa proporción es del 30%. En México y Chile la población indígena se concentra en las zonas rurales, pero en cantidades relativamente menores que en Guatemala y el Perú. Si bien Colombia es el país con el menor porcentaje de población indígena mayor de 60 años, aún representa casi el 10% de las personas mayores.

Gráfico I.16

América Latina y el Caribe (5 países): población indígena mayor, por grupo etario, sexo y zona de residencia (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los censos de población y vivienda.

C. Mortalidad y esperanza de vida

Si bien la reducción de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida han sido logros excepcionales de la humanidad en el siglo XX, se observan diferencias entre regiones y países y dentro de ellos, según el grado de desarrollo de cada uno y, principalmente, las políticas públicas implementadas, sobre todo en materia de salud.

La esperanza de vida es un indicador clave del nivel de desarrollo de los países, que capta la mortalidad a lo largo del curso de vida e indica cuántos años viviría una persona, en promedio, dadas las condiciones de mortalidad observadas en su país. Está muy relacionado con el nivel y la distribución del desarrollo económico y social y con los factores ambientales. Este indicador es el más indicado para comparar la mortalidad entre países, así como entre grupos poblacionales que tienen estructuras etarias distintas.

En América Latina y el Caribe se han registrado ganancias de supervivencia extremadamente rápidas: la esperanza de vida al nacer aumentó de 48,6 años en 1950 a 75,1 años en 2019 para ambos sexos. No obstante, a causa de la pandemia de COVID-19, la esperanza de vida disminuyó 2,9 años y llegó a 72,2 años en 2021 (véase el recuadro I.1). A partir de 2022, la esperanza de vida volvió a aumentar, hasta llegar a 73,8 años.

Recuadro I.1

Efectos de la pandemia de COVID-19 en la esperanza de vida al nacer

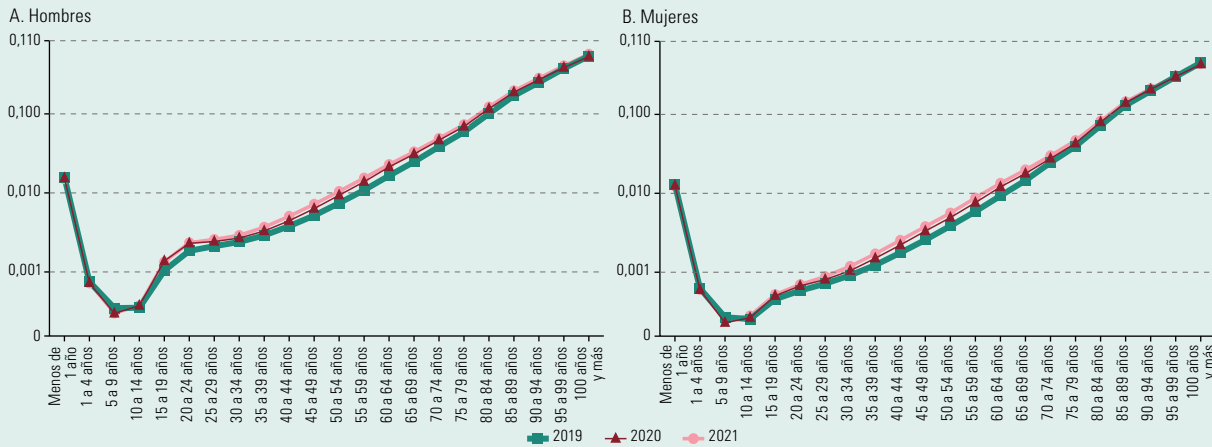
En el *Observatorio Demográfico 2022* (CEPAL, 2022) se indica que América Latina y el Caribe es la región del mundo en la que se registró la mayor reducción de la esperanza de vida al nacer, con una pérdida de 2,9 años en 2021 en comparación con 2019. Esta pérdida de 2,9 años se traduce en un retroceso de 18 años, ya que en 2003 se registró la esperanza de vida que se estimó para 2021, de esta manera la esperanza de vida al nacer para ambos sexos constituye la mayor pérdida de años de vida observada en la historia reciente de la región y refleja el efecto total (directo e indirecto) de la pandemia de COVID-19 en la mortalidad, es decir, no solo la mortalidad por COVID-19 sino también por otras causas derivadas de la pandemia. En las proyecciones se asume una recuperación en 2022 y que la esperanza de vida al nacer volverá a los niveles prepandémicos hasta 2025, según el país de que se trate. Las diferencias entre los países de la región se deben a las diferencias en el proceso de vacunación y en las medidas tomadas para combatir la pandemia (CEPAL, 2022). Se considera que la vacunación contra el COVID-19 es una herramienta fundamental para controlar la crisis sanitaria, económica y social desencadenada por la pandemia (CEPAL, 2022). De acuerdo con datos al 31 de julio de 2022, en la región se ha logrado vacunar al 70% de la población con esquema completo y al 78,6% con esquema parcial (al menos una dosis) (Mathieu y otros, 2022).

Dado que la pandemia todavía no ha llegado a su fin, no se puede saber a ciencia cierta cuál será el impacto total del COVID-19 en los niveles de mortalidad de los países de la región. Además, los cambios en la esperanza de vida al nacer observados durante la pandemia varían considerablemente de un país a otro. Mientras en 2020 muchos países tuvieron pérdidas significativas, en otros países no se observaron decrementos. Por ejemplo, en el Ecuador la esperanza de vida al nacer se redujo 5,1 años, mientras en el Uruguay y las Bahamas se mantuvo la tendencia creciente, con una ganancia estimada de 0,9 y 1,5 años respectivamente en relación con 2019. Por el contrario, se estima que en 2021 todos los países de América Latina y la mayoría de los países y territorios del Caribe tuvieron niveles de esperanza de vida inferiores a los de 2019. Esto se debe a que, en 2021, las nuevas variantes del virus y el consecuente aumento de la transmisibilidad y la gravedad de las infecciones generaron la sobrecarga e incluso el colapso de los sistemas de salud de la región, que ya tenían estructuras débiles. Eso determinó que algunas personas que en un principio no presentaban riesgo de muerte por no tener comorbilidades o enfermedades crónicas preexistentes ni pertenecer a los grupos de edad inicialmente considerados de riesgo fallecieron durante las nuevas olas de la enfermedad (CEPAL, 2022).

Seis de los 20 países del mundo con mayores pérdidas de esperanza de vida al nacer en 2020, en comparación con 2019, son de América Latina, a saber: Ecuador (-5,1 años), México (-4,1), Bolivia (Estado Plurinacional de) (-3,4), Perú (-2,5), Nicaragua (-2,3) y Colombia (-2,0). En 2021, el número de países de la región entre los 20 con mayores pérdidas ascendió a 9 (7 de América Latina y 2 del Caribe), a saber: Bolivia (Estado Plurinacional de) (-4,2), México (-4,0), Cuba (-3,9), Colombia (-3,9), Guatemala (-3,9), Perú (-3,8), Ecuador (-3,6), Belice (-3,5) y Guyana (-3,5).

Al analizar las tasas específicas de mortalidad por sexo y edad en 2019, 2020 y 2021 (véase el gráfico), se observa un aumento significativo de la mortalidad en 2020 y 2021, principalmente para los mayores de 15 años. En el caso de los menores de 15 años, no se observan diferencias importantes en la mortalidad.

América Latina y el Caribe (50 países y territorios)^a: tasas específicas de mortalidad por edad y sexo, 2019, 2020 y 2021



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Observatorio Demográfico, 2022* (LC/PUB.2022/13-P), Santiago.

^a El Caribe: Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Cuba, Curaçao, Dominica, Granada, Guadalupe, Haití, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Bartolomé, San Martín (parte francesa), San Martín (parte neerlandesa), San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Turcas y Caicos; Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá; América del Sur: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Islas Malvinas (Falkland Islands), Guayana Francesa, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

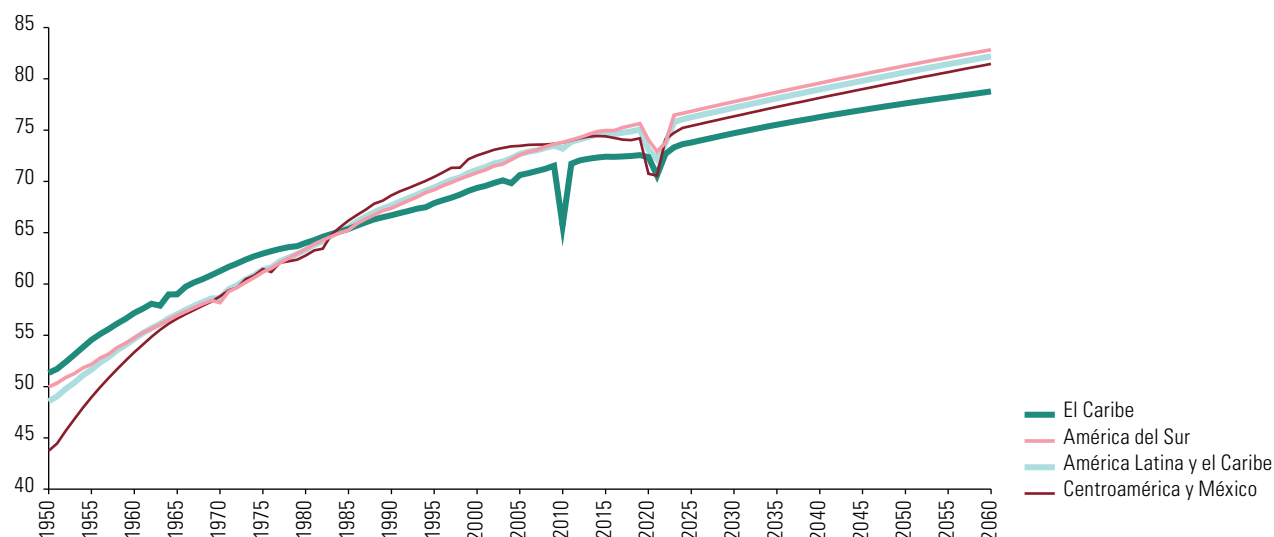
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Observatorio Demográfico, 2022* (LC/PUB.2022/13-P), Santiago; Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Nueva York, 2022 y E. Mathieu y otros, "A global database of COVID-19 vaccinations", *Nature Human Behaviour*, 2022 [en línea] <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations-nature>.

Las ganancias en la esperanza de vida en la región se produjeron en contextos de desarrollo socioeconómico incipiente y altos niveles de desigualdad económica y social. También se vinculan con inversiones en políticas públicas que incidieron en el rápido descenso de la mortalidad infantil, incluso entre la población menos favorecida económicamente, como la ampliación de la cobertura de la atención materno infantil, el aumento del nivel educativo de las madres y la ampliación de los servicios de saneamiento básico (Villa y González, 2004).

En 1950, todas las subregiones de América Latina y el Caribe presentaban niveles de esperanza de vida al nacer muy próximos a los 50 años para ambos sexos. A partir de los años ochenta, el Caribe presenta un leve rezago con respecto al promedio regional, que se hizo más evidente con la pandemia. En 2022 la esperanza de vida al nacer llegó a 72,7 años. A pesar de que Centroamérica presentaba los niveles más bajos de esperanza de vida al nacer, con países aún al inicio de la transición demográfica en los años cincuenta, en la década de 1980 pasó a registrar valores superiores al promedio regional. En 2022, la esperanza de vida de Centroamérica y México es de 74,1 años, mientras América del Sur presenta el mismo valor de la región en su conjunto (véase el gráfico I.17). Asimismo, en 2022, persisten enormes diferencias entre los países pues, en promedio, las personas que viven en Chile, Cuba y el Uruguay viven alrededor de 15 años más que aquellas que nacen en Haití o en el Estado Plurinacional de Bolivia⁴.

Gráfico I.17

América Latina y el Caribe (50 países y territorios)^a: esperanza de vida al nacer, por subregión, 1950-2060
(En años)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Nueva York, 2022.

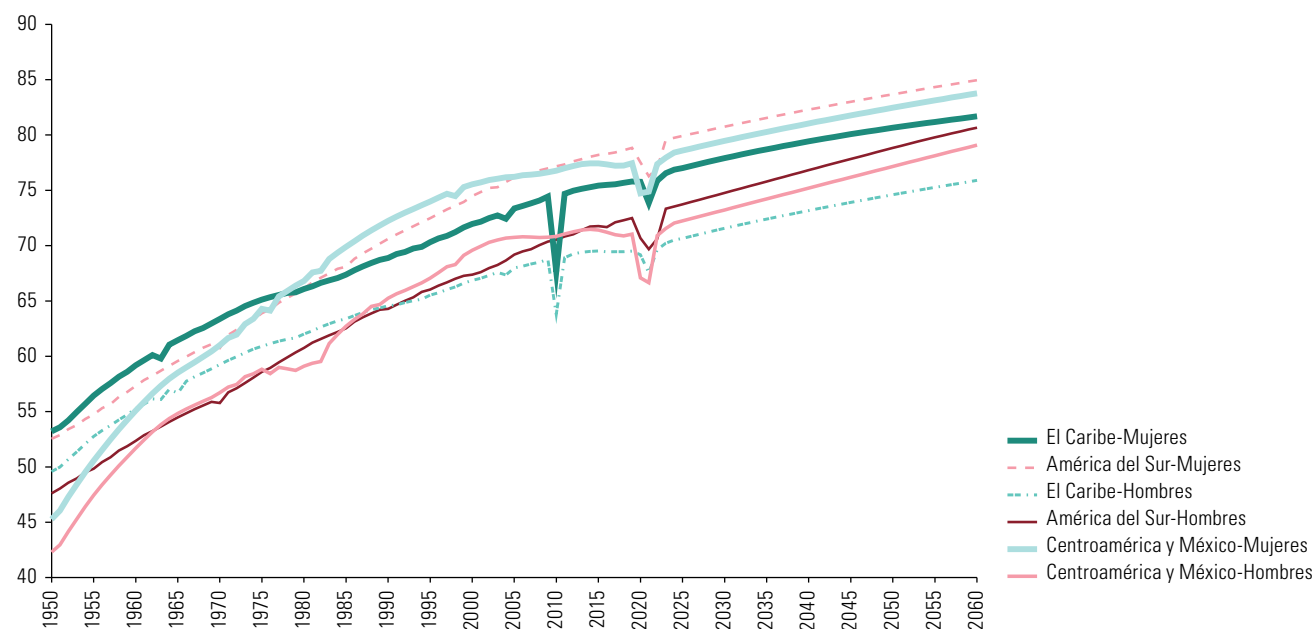
^a El Caribe: Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Cuba, Curaçao, Dominica, Granada, Guadalupe, Haití, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Bartolomé, San Martín (parte francesa), San Martín (parte neerlandesa), San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Turcas y Caicos; Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá; América del Sur: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Islas Malvinas (Falkland Islands), Guayana Francesa, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

Al examinar las probabilidades de sobrevivir por sexo, se observa una amplia ventaja de las mujeres con respecto a los hombres. En el gráfico I.18 se presenta la esperanza de vida al nacer de los hombres (líneas continuas) y las mujeres (líneas punteadas) en las subregiones de América Latina y el Caribe. En todas ellas se aprecia que los hombres tienen menor esperanza de vida que las mujeres, independientemente de la subregión en que viven. En 2022, la menor esperanza de vida promedio corresponde a los hombres que viven en el Caribe, con 7,4 años menos con respecto a las mujeres de América del Sur.

⁴ Los datos por países están disponibles en [en línea] <https://population.un.org/wpp/DataQuery>.

Gráfico I.18

América Latina y el Caribe (50 países y territorios)^a: esperanza de vida al nacer, por sexo y subregión, 1950-2060
(En años)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Nueva York, 2022.

^a El Caribe: Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Cuba, Curaçao, Dominica, Granada, Guadalupe, Haití, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Bartolomé, San Martín (parte francesa), San Martín (parte neerlandesa), San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Turcas y Caicos; Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá; América del Sur: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Islas Malvinas (Falkland Islands), Guayana Francesa, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

En relación con la sobrevivencia después de los 60 años y más de edad, en América Latina y el Caribe, a una persona de 60 años le quedan por vivir, en promedio, 18,5 años en 2022. Cabe señalar que existen diferencias por sexo, especialmente en los países donde el nivel de mortalidad es bajo: en promedio, las mujeres presentan una mayor sobrevivencia y aventajan a los hombres en 3,4 años. En el futuro, se estima que las personas mayores continuarán ganando años de vida en la región: la esperanza de vida a los 60 años será de 22,2 años en 2030 y aumentará a 25,3 años en 2060 (véase el cuadro I.3)⁵.

Cuadro I.3

América Latina y el Caribe (50 países y territorios)^a: esperanza de vida a los 60 años, por sexo y subregión, 2022-2060
(En años)

Región y subregión	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	2022	2030	2060	2022	2030	2060	2022	2030	2060
América Latina y el Caribe	18,5	20,4	23,7	21,9	23,8	26,7	20,2	22,2	25,3
El Caribe	19,1	20,5	22,7	23,3	24,8	26,7	21,3	22,8	24,8
América Latina	18,5	20,4	23,8	21,8	23,8	26,7	20,2	22,2	25,3

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Nueva York, 2022.

^a El Caribe: Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Cuba, Curaçao, Dominica, Granada, Guadalupe, Haití, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Bartolomé, San Martín (parte francesa), San Martín (parte neerlandesa), San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Turcas y Caicos; Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá; América del Sur: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Islas Malvinas (Falkland Islands), Guayana Francesa, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

⁵ En 2022, los países y territorios que presentan la mayor sobrevivencia a los 60 años son: Martinica, Guadalupe, Puerto Rico, Chile y el Ecuador, con valores que varían entre 23 y 26,4 años. Las brechas de esperanza de vida a los 60 años entre hombres y mujeres son superiores a 5 años en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos (7,2 años), el Uruguay (5,6 años), Curaçao (5,5 años), Puerto Rico (5,3 años) y la Argentina (5,0 años). En 2030, Curaçao, Uruguay y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos presentarán las mayores brechas entre mujeres y hombres, que serán superiores a 5 años. Haití y el Estado Plurinacional de Bolivia presentaran valores más bajos en la esperanza de vida a los 60 años con brechas entre mujeres y hombres de 2,5 y 3 años respectivamente.

La mayor esperanza de vida al nacer de las mujeres se explica por factores biológicos, pero también por diferentes comportamientos relativos a la salud relacionados, por ejemplo, con el consumo de tabaco y alcohol, la dieta, la frecuencia de los controles médicos (prevención) y las comorbilidades (CEPAL, 2022). Asimismo, en la región, la mortalidad por causas externas (homicidios, accidentes y suicidios) es mayor entre los hombres y también influye en estos diferenciales, así como la mayor mortalidad de los niños con respecto a las niñas. Así, la mortalidad de las mujeres ha disminuido de manera más rápida que la de los hombres en la región (CEPAL, 2022).

La prolongación de la vida debe acompañarse con un aumento de los años de vida con buena salud, incluso para enfrentar los desafíos del propio envejecimiento poblacional y mejorar la preparación para las crisis sanitarias que pueden ocurrir en el futuro. Desde el punto de vista teórico, se espera que en la última etapa de la transición de la mortalidad las enfermedades degenerativas empiecen más tarde en la vida de las personas (Willekens, 2015), incrementando aún más la sobrevida. Sin embargo, la pregunta recurrente, además de los límites posibles, es si ese aumento de la esperanza de vida y la sobrevida viene seguido de un aumento de la vida saludable o, por el contrario, incrementaría los años vividos con una deficiencia o enfermedad crónica. Para aumentar los años de vida saludable es necesario que la hipótesis de compresión de la morbilidad sea verdadera, es decir, que la edad de inicio de las enfermedades crónicas en la población sea más alta que la edad de las defunciones, reduciéndose así el período vivido con la enfermedad crónica. Dada la falta de datos adecuados para el análisis, a la que se suma la incertidumbre ligada a la pandemia de COVID-19, todavía no se ha dado respuesta a estas preguntas.

El aumento de la esperanza de vida al nacer que tuvo lugar en la región en un período corto de la historia afecta directamente el envejecimiento poblacional de dos maneras: i) incrementa el número de personas mayores, debido al aumento de la sobrevida, y ii) determina un aumento de la edad media del grupo de personas mayores. Al mismo tiempo, tiene el efecto indirecto de permitir la disminución de la fecundidad, que a su vez afectará directamente el envejecimiento poblacional⁶. De hecho, la disminución de la fecundidad determina el envejecimiento poblacional como consecuencia del estrechamiento de la base de la pirámide etaria (Chesnais, 1986 y 1990), con una rápida disminución relativa de la población joven en comparación con las personas mayores. Este proceso suele denominarse “inversión de la pirámide”. Por ese motivo, es importante conocer los aspectos vinculados con la transición de la fecundidad en la región, así como sus diferenciales y tendencias esperadas para el futuro.

D. Fecundidad

En el gráfico I.19 se muestran las tendencias de la tasa global de fecundidad (TGF) en América Latina y el Caribe, indicando el número promedio de hijos que las mujeres tendrán si siguen hasta el final de su ciclo reproductivo las tasas específicas de fecundidad por edad del período considerado. Es posible observar la evolución histórica de la fecundidad en la región, a partir de un promedio de 5,8 hijos por mujer en 1950, hasta llegar al nivel de reemplazo en 2014. En 2022, la TGF se ubica en 1,85 hijos por mujer, un valor inferior al nivel de reemplazo de la población.

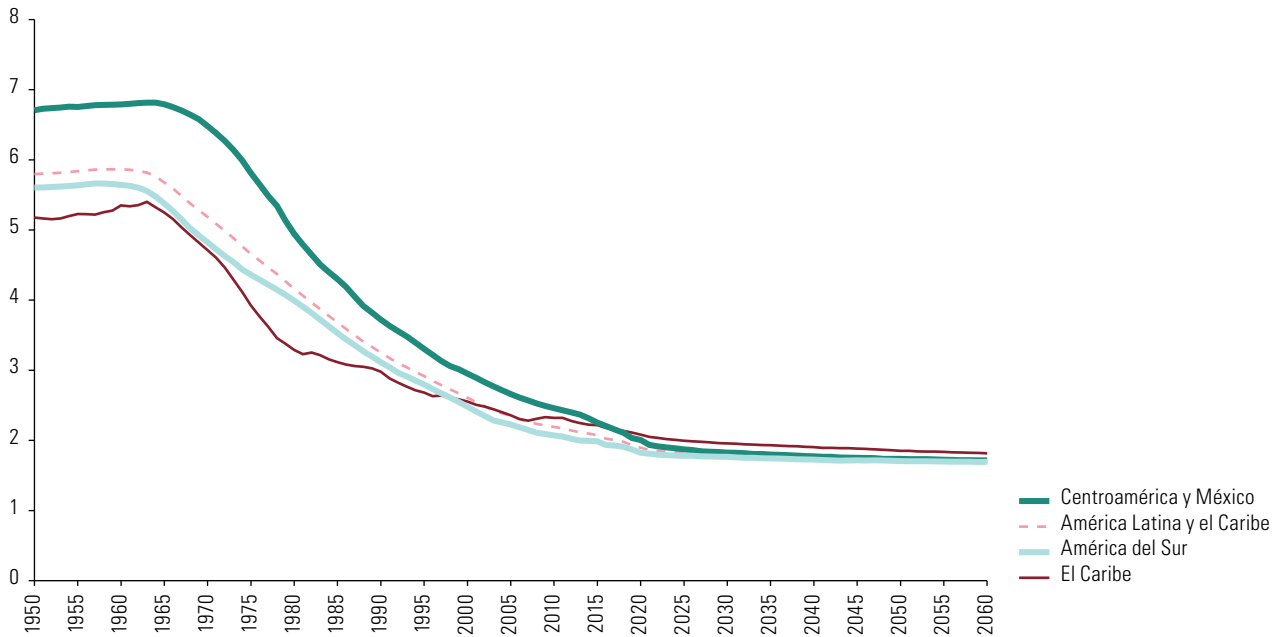
Con diferentes niveles de fecundidad, América del Sur y el Caribe empezaron la transición demográfica en los años sesenta. En Centroamérica y México, donde se registraban los niveles de fecundidad más altos (7 hijos por mujer), la transición solo comenzó a partir de los años setenta. Si bien el ritmo de disminución de la TGF en la región fue muy marcado en todas las subregiones, el Caribe —que tenía la TGF más baja en 1950 (5,2 hijos por mujer)— tuvo una transición inicial muy intensa y alcanzó tasas inferiores al promedio regional en la década de 2000, para luego mantenerse levemente por encima del promedio regional junto con Centroamérica y México. En 2022 se advierte una convergencia de todas las subregiones en torno al nivel de reemplazo y, según las proyecciones, la fecundidad seguirá disminuyendo en las próximas décadas, en todas ellas de manera moderada.

Las trayectorias de los países presentan diferencias con respecto a la fecha y el nivel de inicio de la disminución de la fecundidad, la velocidad de la disminución y el nivel esperado de la TGF en la última etapa de la transición de la fecundidad. Un primer grupo de países empezó la transición de la fecundidad antes de los años sesenta, incluidos la Argentina y el Uruguay en América del Sur, que ya presentaban una tasa global de fecundidad de alrededor de 3 hijos por mujer en 1950, incluso presentaron un ligero aumento entre los años setenta y ochenta (principalmente la Argentina) y experimentaron un descenso lento a partir de la década de 1990. Otros dos países que ya presentaban TGF más bajas antes de los años sesenta eran Chile y Cuba.

⁶ Esto se debe principalmente al efecto de la disminución de la mortalidad infantil (mortalidad de los menores de 1 año), pues la mayor probabilidad de supervivencia de los hijos fue un motivo para que las mujeres comenzaran a tener un menor número de hijos ya que un número mayor de ellos sobrevivía y por tanto se observó una disminución de la fecundidad (Villa y González, 2004).

Gráfico I.19

América Latina y el Caribe (50 países y territorios)^a: tasa global de fecundidad, por subregión, 1950-2060
(En número de hijos por mujer)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Nueva York, 2022.

^a El Caribe: Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Cuba, Curaçao, Dominica, Granada, Guadalupe, Haití, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Bartolomé, San Martín (parte francesa), San Martín (parte neerlandesa), San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Turcas y Caicos; Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá; América del Sur: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Islas Malvinas (Falkland Islands), Guayana Francesa, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

Un segundo grupo de países incluye a los que partieron de altas tasas de fecundidad en los años sesenta o a inicios de los setenta, pero tuvieron un alto ritmo de disminución, como el Brasil, Colombia, Costa Rica y la República Dominicana. En otros países, como El Salvador, México, Nicaragua y el Perú, la disminución inicial fue un poco más lenta. Por último, los países que comenzaron un poco más tarde la transición pero experimentaron un descenso rápido en las décadas de 1980 y 1990, aunque quedaron más rezagados en la transición de la fecundidad, son: Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Haití y Honduras.

En cuanto al nivel actual (2022) de la TGF, es posible clasificar a los países de la región en: i) países que ya alcanzaron el nivel de reemplazo (2,1 hijos por mujer) o un nivel inferior, en algunos casos bastante menor en 2022⁷; y ii) países cercanos al nivel de reemplazo (hasta 2,4 hijos por mujer)⁸.

Un aspecto muy importante de los cambios en la fecundidad de la región es que se produjeron de manera distinta con respecto a los países desarrollados, debido a: i) el inicio más tardío (fines de los años sesenta, excepto la Argentina, el Uruguay y Cuba) y desde niveles más altos; ii) la reducción más rápida (se llegó al nivel de reemplazo en menos de cinco décadas); iii) las grandes desigualdades intranacionales, y iv) la persistencia de un calendario de fecundidad y una cúspide tempranos.

Con respecto al impacto de la pandemia de COVID-19 en la fecundidad, esta puede afectar numerosos y diversos mecanismos (Naciones Unidas, 2021a y 2021b; Sobotka y otros, 2021; Berrington y otros, 2022)

⁷ Veintiséis países y territorios, de los cuales 16 son del Caribe (Aruba, Puerto Rico, Jamaica, Bahamas, Santa Lucía, Cuba, Antigua y Barbuda, Dominica, Trinidad y Tabago, Barbados, Curaçao, San Vicente y las Granadinas, Martinica, Granada, Guadalupe, Islas Vírgenes de los Estados Unidos), 3 de Centroamérica (Costa Rica, El Salvador y México) y 6 de América del Sur (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Uruguay).

⁸ Diez países, 1 de ellos del Caribe (República Dominicana), 4 de Centroamérica (Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá) y 5 de América del Sur (Guyana, Paraguay, Perú, Suriname y Venezuela (República Bolivariana de)). Los países que se encontraban más lejos del nivel de reemplazo (2,5 hijos por mujer o más) en 2020 eran el Estado Plurinacional de Bolivia, la Guayana Francesa y Haití.

que, en términos teóricos generales, actúan mediante tres grandes vías: i) cambios en la “demanda de hijos o hijas”, ya sea a corto plazo (nacimientos planificados en un horizonte temporal de 9 a 24 meses) o a largo plazo (preferencias reproductivas o número de hijos o hijas deseados al final de la vida fértil); ii) cambios en la capacidad reproductiva u “oferta de hijos o hijas”; y iii) cambios en las variables intermedias, en particular, actividad sexual, nupcialidad, acceso a métodos anticonceptivos y aborto. Aunque estas vías tienen cierta autonomía, también son interdependientes, lo que es evidente en el caso de la primera y la tercera, pues para materializar los cambios en la demanda de hijos o hijas es necesario usar una o más variables intermedias.

Si bien la pandemia difícilmente modificará la oferta de hijos o hijas, cuyos determinantes biológicos no parecen estar siendo afectados por el COVID-19 (al menos hasta ahora), es muy probable que afecte las preferencias de fecundidad y las variables intermedias. Casi con seguridad, la pandemia y la crisis socioeconómica derivada de ella reducirán las intenciones de fecundidad a corto plazo, pues está bien establecido, tanto conceptual como empíricamente, que en las sociedades modernas la incertidumbre y el deterioro económico y social tienden a incentivar el aplazamiento o la cancelación de los proyectos reproductivos (Luppi, Arpino y Rosina, 2020; Aassve y otros, 2021; Sobotka y otros 2021). Sin embargo, según la mayoría de las teorías e investigaciones sobre el tema, el componente a más largo plazo de las preferencias de fecundidad es más estable, al menos por cohortes, y, por ello, más resistente al embate de la pandemia. En esa línea, también puede ocurrir que las preferencias de fecundidad permanezcan inalteradas por la pandemia. En tal caso, la disminución durante el período de crisis pandémica correspondería en buena parte a hijos e hijas deseados pero postergados, que probablemente se tendrán más adelante para alcanzar las preferencias de fecundidad⁹.

Los cambios en la mortalidad y la fecundidad en los países de América Latina y el Caribe han sido rápidos y de gran magnitud y actualmente la región se encuentra en la etapa final de la transición demográfica. Se estima que la inercia demográfica transformará la estructura etaria en los próximos años, de manera que las características de la mortalidad y la fecundidad permiten determinar las tendencias futuras de la estructura etaria de la población. No obstante, en algunos países la migración también empieza a tener efectos importantes. Estos cambios plantean desafíos a la sociedad y a las políticas públicas dirigidas a promover buenas condiciones de vida y el envejecimiento saludable de la población. Es por ello que los encargados de las políticas públicas deben considerar las transformaciones en curso y las que están por venir.

Bibliografía

- Aburto, J. M. y otros (2021), “Quantifying impacts of the COVID-19 pandemic through life-expectancy losses: a population-level study of 29 countries”, *International Journal of Epidemiology*, vol. 51, N° 1.
- Alves, J. E. D. (2018), “Transição demográfica, envelhecimento e a reforma da previdência”, *Cadernos Adenauer* XIX, N° 2.
- Arriaga, E. y K. Davis (1969), “The pattern of mortality change in Latin America”, *Demography*, vol. 6, N° 3.
- Aassve, A. y otros (2021), “Early assessment of the relationship between the COVID-19 pandemic and births in high-income countries”, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 118, N° 36, septiembre.
- Berrington, A. y otros (2022), “Scenario-based fertility projections incorporating impacts of COVID-19”, *Population, Space and Place*, vol. 28, N° 2, marzo.
- Bolt, J. y J. van Zanden (2020), “Maddison style estimates of the evolution of the world economy. A new 2020 update”, Maddison Project Database.
- Castro, M. C. y otros (2021), “Reduction in life expectancy in Brazil after COVID-19”, *Nature Medicine*, vol. 27.
- CELADE/BID (Latin American and Caribbean Demographic Centre /Banco Interamericano de Desarrollo) (1996), “Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina”, *Serie E*, N° 45 (LC/DEM/G.161), Santiago.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2022a), *Observatorio Demográfico, 2022* (LC/PUB.2022/13-P), Santiago.
- ____ (2022b), *Observatorio Demográfico, 2021* (LC/PUB.2021/19-P), Santiago.
- ____ (2021), *Observatorio Demográfico, 2020* (LC/PUB.2020/20-P), Santiago.
- ____ (2020), “Desafíos para la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19”, *Informes COVID-19*, Santiago, diciembre.

⁹ La historia demográfica comparada incluye varios ejemplos de este fenómeno de recuperación de la fecundidad tras la ocurrencia de catástrofes como guerras, epidemias y crisis económicas (Naciones Unidas, 2021a; Sobotka y otros 2021; Aassve y otros, 2021).

- ____ (2019), *Primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo* (LC/CRPD.3/6), Santiago.
- ____ (2017), "Situación de las personas afrodescendientes en América Latina y desafíos de políticas para la garantía de sus derechos", *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2017/121), Santiago.
- ____ (2015), *América Latina y el Caribe: una mirada al futuro desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe regional de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en América Latina y el Caribe, 2015* (LC/G.2646), Santiago.
- ____ (2014), "La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe: la hora de la igualdad según el reloj poblacional" (DDR/2), Santiago [en línea] http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/6/53806/MPD_dds2_esp.pdf.
- ____ (2008), *Reunión de seguimiento de la Declaración de Brasilia. Rio de Janeiro, Brasil, 16 y 17 de septiembre de 2008. Informe de Relatoría* [en línea] <http://www.cepal.org/es/eventos/reunion-seguimiento-la-declaracion-brasil>.
- ____ (2007), *Informe sobre la aplicación de la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento* (LC/L.2749(CRE-2/3)), Santiago.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano de Demografía) (1995), "América Latina y el Caribe: dinámica de la población y desarrollo", *Cuadernos de la CEPAL*, N° 74 (LC/DEM/G.156), Santiago.
- Chackiel, J. (2006), "América Latina: ¿hacia una población decreciente y envejecida?", *Papeles de Población*, vol.12, N° 50.
- ____ (2004), "La dinámica demográfica en América Latina", *serie Población y desarrollo*, N° 52 (LC/L.2127-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Chesnais, J. C. (1990), *El proceso de envejecimiento de la población* (LC/DEM/G.87), Santiago, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- ____ (1986), *La transition démographique. Etapes, formes, implications économiques*, París, Instituto Nacional de Estudios Demográficos (INED)/Presses Universitaires de France.
- Davis, K. (1945), "The world demographic transition", *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 237, N° 1.
- Di Cesare, M. (2011), "El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones", *Documentos de Proyectos* (LC/W.395), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- González-Ollino, D., Z. Sosa y L. Reboiras-Finard (comps.) (2021), *Las dimensiones del envejecimiento y los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Textos seleccionados 2009-2020*, Páginas Selectas de la CEPAL, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), marzo.
- Gwatkin, D. (1980), "Indications of change in developing country mortality trends: the end of an era?", *Population and Development Review*, Nueva York, vol. 6, N° 4, diciembre.
- Huenchuan, S. (ed.) (2018), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*, Libros de la CEPAL, N° 154 (LC/PUB.2018/24-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Luppi, F. B. Arpino y A. Rosina (2020), "The impact of COVID-19 on fertility plans in Italy, Germany, France, Spain, and the United Kingdom", *Demographic Research*, vol. 43.
- Naciones Unidas (2022), *World Population Prospects 2022*, Nueva York.
- ____ (2021a), "A review of research related to the impact of the COVID-19 pandemic on fertility", *Background Note* (UN DESA/POP/2020/EGM/NO.1/INF.7), Nueva York.
- ____ (2021b), *United Nations expert group meeting on the impact of the COVID-19 pandemic on fertility. Report of the meeting* (ESA/P/WP/264), Nueva York.
- ____ (2020), *International Migration 2020 Highlights* (ST/ESA/SER.A/452), Nueva York.
- ____ (2019), *World Population Prospects 2019* [base de datos en línea] <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>.
- ____ (1999), *World Population Prospects: The 1998 Revision* (ST/ESA/SER.A/177), Nueva York.
- ____ (1986), "Consequences of mortality trends and differentials", *Population Studies*, N° 95.
- ____ (1982), *Report of the World Assembly on Aging*, Viena.
- Omram, A. R. (1971), "The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49.
- Preston, S. (1975), "The changing relation between mortality and level of economic development", *Population Studies*, vol. 29.
- Rodríguez, J. (2017), "Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas: un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos", *serie Población y Desarrollo*, N° 119 (LC/TS.2017/92), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Scholnik, S. (2007), *Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador*, Quito, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL/Ministerio de Bienestar Social.

- Sobotka, T. y otros (2021), "Baby bust in the wake of the COVID-19 pandemic? First results from the new stff data series," *Soc ArcXIV Papers*, vol. 24.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2021), "How will COVID-19 impact fertility?"; *Technical Brief*, vol. 9, julio.
- ____ (2020), "Demographic Resilience Programme for Europe & Central Asia" [en línea] <https://eeca.unfpa.org/en/demographic-resilience>.
- Van de Kaa, D. J. (1987), "Europe's second demographic transition"; *Population Bulletin*, vol. 42, N° 1, Washington, D.C., PRB.
- Villa, M. y D. González (2004), "Dinámica demográfica de Chile y América Latina: una visión a vuelo de pájaro"; *Revista de Sociología*, N° 18, Santiago, Universidad de Chile.
- Villa, M. y L. Rivadeneira (2000), "El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica"; *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad: seminario técnico, serie Seminarios y Conferencias*, N° 2 (LC/L.1399-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Willekens, F. (2015), "Demographic transitions in Europe and the world"; *Population Change in Europe, the Middle-East and North Africa*, K. Matthijs y otros (eds.), Londres, Routledge, Taylor & Francis Group.



CAPÍTULO



Institucionalidad pública dirigida a las personas mayores desde la perspectiva de los derechos humanos

- A. Avances en la institucionalidad pública dirigida a las personas mayores
- B. Avances en materia legislativa
- C. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

Bibliografía

Anexo II.A1

A. Avances en la institucionalidad pública dirigida a las personas mayores

La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en 2002, se considera un momento decisivo del régimen internacional de protección de los derechos humanos de las personas mayores pues, a partir de él, se estableció una serie de lineamientos para que las regiones y los países avanzaran jurídica y políticamente hacia un mundo para todas las edades.

En el artículo 118 del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento se establece que “Habrá que promover mecanismos institucionales de seguimiento del Plan de Acción Internacional, incluida, en su caso, la creación de organismos encargados del envejecimiento y comités nacionales. Los comités nacionales sobre el envejecimiento con representantes de los sectores pertinentes de la sociedad civil, especialmente organizaciones de personas de edad, pueden aportar contribuciones muy valiosas y servir como mecanismos nacionales de asesoramiento y coordinación sobre el envejecimiento” (Naciones Unidas, 2003). Asimismo, en el primer apartado del artículo 122 se señala que “[...] se deberían redoblar los esfuerzos en el plano nacional para mejorar la coordinación entre todos los ministerios e instituciones pertinentes” (Naciones Unidas, 2003).

Por otra parte, en el apartado de la Meta D de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento se aprobó el “Objetivo 1: Incorporación del envejecimiento en todos los ámbitos de política pública, con el propósito de adecuar las intervenciones del Estado al cambio demográfico y a la construcción de una sociedad para todas las edades”, en cuyo literal a) se recomienda “Integrar el envejecimiento demográfico en los planes de desarrollo nacional y en la planificación de las intervenciones de los Ministerios de Hacienda, Planificación, Desarrollo Social, Salud, Educación, Vivienda, Transporte, Trabajo, Turismo y Comunicación, así como en los programas de cobertura a nivel de la seguridad social”. Además, en el literal b) se aconseja “Establecer o fortalecer, cuando ya existan, puntos focales sobre envejecimiento en los ministerios nacionales competentes”; mientras en el d) se invita a “Integrar el envejecimiento en el quehacer de las administraciones gubernamentales en todos sus niveles, de manera de responder a los desafíos que implica la heterogeneidad de las personas mayores y sus contextos”; y en el f) se sugiere “Trabajar para asegurar el apoyo presupuestario necesario para la aplicación de las medidas que se contemplen en las políticas y programas a favor de las personas mayores”.

En los sucesivos informes de examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) realizados en la región se puso de manifiesto la heterogeneidad de las instituciones orientadas a las personas mayores en los distintos países. La mayoría de las instituciones existentes se creó en función de leyes específicas de protección de los derechos de las personas mayores, mientras las demás se establecieron por medio de decretos, resoluciones administrativas o políticas nacionales. En los últimos años, las instituciones nacionales que se ocupan de las personas mayores han registrado avances en materia de visibilización del tema, participación en el diálogo político y fortalecimiento de diversos actores. Esto significa un cambio en la construcción social de la vejez y el pasaje de una concepción medicalizada a una mirada integral de la persona. Sin embargo, todavía persiste una serie de desafíos para que los asuntos de interés de las personas mayores alcancen el estatus que les corresponde en el aparato del Estado, que supone, entre otros aspectos, la autonomía institucional y presupuestaria, la jerarquía institucional suficiente, la disponibilidad de equipos de trabajo capacitados, el establecimiento de procedimientos claros y accesibles, la retroalimentación del quehacer institucional, la transversalización del tema y la promoción de iniciativas piloto (Huenchuan, 2013).

De acuerdo con los informes nacionales más recientes de los países, y sin perjuicio del grado de autonomía que cada uno de los organismos públicos indicados tiene en el organigrama de los respectivos gobiernos, las instituciones encargadas de los temas relativos a las personas mayores en la región se encuentran principalmente en el ámbito de los ministerios sociales, en particular los ministerios de desarrollo social, pero también en la órbita de los ministerios de salud, mujer y poblaciones vulnerables, justicia, en la esfera de la presidencia u otras áreas (véase el cuadro II.1). En los últimos años, algunos temas como la violencia, los cuidados y la participación, entre otros, fueron adquiriendo mayor protagonismo en las acciones dirigidas a la población mayor.

Cuadro II.1

América Latina (16 países): área ministerial de pertenencia de las instituciones a cargo de la elaboración del informe nacional sobre envejecimiento y derechos de las personas mayores

País	Presidencia	Desarrollo social y bienestar	Salud	Mujer	Justicia	Otras áreas
Argentina		X				
Bolivia (Estado Plurinacional de)					X	
Brasil				X		
Chile		X				
Colombia			X			
Costa Rica	X					
Cuba						X
Guatemala		X				
Honduras		X				
México		X				
Panamá		X				
Paraguay			X			
Perú				X		
República Dominicana			X			
Uruguay		X				
Venezuela (República Bolivariana de)						X

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de informes de los respectivos países sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento presentados por los gobiernos a la Secretaría Técnica de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe.

Otro aspecto relevante que se desprende de los informes es un creciente trabajo intersectorial entre diferentes áreas del Estado sobre los temas relativos al envejecimiento y los derechos de las personas mayores. Ello supone un mayor nivel de articulación entre los organismos públicos que, en el caso de la elaboración de los informes, supuso un ejercicio de coordinación entre el organismo rector en el tema y otros que se ocupan de temas relacionados más específicos (véase el cuadro II.A1.1 en el anexo II.A1).

De la información recogida y sistematizada surge que las instituciones responsables del informe se enmarcan en el área de políticas sociales en los siguientes países: la Argentina, a través de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), que depende de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación; Chile, a través del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), supervisado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia; Guatemala, a través del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES); Honduras, por medio de la Dirección General del Adulto Mayor (DIGAM), que pertenece a la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS); México, a través del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), que depende de la Secretaría de Bienestar; Panamá, por medio de la Coordinación Nacional de Adulto Mayor (CNAM), que depende del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), y el Uruguay, a través del Instituto Nacional de las Personas Mayores, del Ministerio de Desarrollo Social.

En los siguientes tres países, las instituciones se encuentran en la esfera de los ministerios de salud: Colombia, a través del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS); Paraguay, por medio de la Dirección de Adultos Mayores del Instituto de Bienestar Social, que depende del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS); y República Dominicana, a través del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE). En el caso del Brasil y el Perú, las instituciones están en el área de los respectivos ministerios de la mujer. Se trata de la Secretaría Nacional para la Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Mayores (SNDPI) del Ministerio de la Mujer, la Familia y los Derechos Humanos, en el primer caso, y la Dirección de Personas Adultas Mayores (DIPAM) del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables en el segundo. En el Estado Plurinacional de Bolivia, la responsabilidad recae en el Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional (MJTI).

En este sentido, tal como se ha señalado en los informes nacionales, es auspicioso —y sumamente necesario— que en la elaboración de dichos informes participen también diversos ámbitos del Estado a cargo de temas como derechos humanos, género, salud, educación, justicia, medio ambiente, discapacidad, economía, trabajo, previsión social, vivienda, ordenamiento territorial, ciencia y tecnología, planificación, desarrollo, transporte, cultura, deporte, familia, obras públicas, oficinas nacionales de estadísticas, defensorías y gobiernos autónomos y departamentales.

En algunos países del Caribe se establecieron consejos o comisiones nacionales sobre el envejecimiento que, en general, funcionan con apoyo del gobierno, pero también con cierto grado de independencia. Algunos consejos nacionales están constituidos como órganos gubernamentales y otros como organizaciones no gubernamentales. En cualquier caso, cumplen funciones de apoyo activo y trabajan con el gobierno y otras organizaciones que buscan lograr un cambio en la sociedad en beneficio de las personas mayores. Algunos ejemplos de consejos o comisiones nacionales sobre el envejecimiento incluyen el Consejo Nacional de las Personas Mayores en las Bahamas; el Consejo Nacional sobre el Envejecimiento de Belice; el Consejo de Dominica sobre el Envejecimiento; la Comisión Nacional de las Personas de Edad en Guyana; el Consejo Nacional para las Personas Mayores en Jamaica; el Consejo Nacional de y para las Personas Mayores de HelpAge en Santa Lucía; y, más recientemente, en 2017, el Consejo para las Personas Mayores en las Islas Caimán. Estos consejos o comisiones nacionales representan los intereses de las personas mayores, facilitan su participación en la toma de decisiones y les proporcionan algunos servicios (Quashie y Jones, 2022, pág. 9).

De acuerdo con los antecedentes presentados en la Reunión de Expertos sobre Institucionalidad Pública y Envejecimiento realizada en 2019, “la evaluación regional de las instituciones dedicadas a la atención de las personas mayores en el período 2002-2018 revela que su principal característica, con notables excepciones, es que no siempre lograron impregnar el conjunto de la labor del Estado y que, en general, los asuntos vinculados a la población adulta mayor se circunscriben a organismos o sectores específicos” (CEPAL, 2019b). En el presente período de evaluación, la elaboración de los informes nacionales refleja, en general, una participación más intensa de los diferentes sectores y niveles de gobierno. Se observa que, bajo el liderazgo de las instituciones de salud, desarrollo social y seguridad social, nuevas instituciones se han sumado al diseño y la implementación de políticas y acciones vinculadas con la atención de las personas mayores, como las orientadas a la promoción y la defensa de los derechos humanos, la procuración de justicia, la defensa de los derechos de las mujeres, las personas con discapacidad, los pueblos indígenas, así como aquellas de los sectores de educación, cultura, vivienda, turismo, trabajo, transporte, ciencia y la tecnología, entre otras. Entre los países que dan cuenta de avances en la participación intersectorial para la elaboración de sus informes nacionales se destacan la Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia (que incorporó además a los gobiernos autónomos departamentales y municipales), el Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Guatemala, México, Panamá, el Paraguay, el Perú y la República Dominicana.

B. Avances en materia legislativa

El trabajo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en materia de envejecimiento y derechos de las personas mayores desde la aprobación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento ha contribuido decisivamente a la discusión y el impulso de diversos instrumentos internacionales aprobados en el marco de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe, con miras a una cabal implementación de dicho plan de acción. A su vez, estos instrumentos han coadyuvado a la adecuación y modernización de las normas nacionales de acuerdo con los estándares internacionales en materia de derechos humanos.

En todos los acuerdos regionales alcanzados desde la primera reunión de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe se hace referencia al marco internacional de derechos humanos y se reitera la responsabilidad de los Estados miembros de alinear sus políticas de conformidad con estos estándares, así como de implementarlos plenamente a nivel nacional. Asimismo, como señala la CEPAL (2017), en dichos acuerdos se subraya la importancia de incorporar una perspectiva de género en todas las políticas y los programas para tener en cuenta el impacto diferencial del envejecimiento en las personas mayores, incluidas las necesidades específicas de las mujeres mayores, y se resalta la heterogeneidad de este grupo etario.

En 2012, la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe, aprobada en la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe, amplió el alcance de la protección de los derechos de las personas mayores en la región y fortaleció la perspectiva de los derechos humanos en la implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (CEPAL, 2017). En la Carta de San José se propuso una serie de medidas para fortalecer la protección de los derechos de las personas mayores mediante la adopción de leyes especiales de protección o la actualización de las ya existentes, incluidas medidas institucionales y ciudadanas para asegurar su plena ejecución (CEPAL, 2012). En particular, se recomendó “[...] revisar las políticas existentes para garantizar que promuevan la solidaridad entre las generaciones y fomenten de este modo la cohesión social” (CEPAL, 2012) y se mencionó la importancia de elaborar planes quinquenales o decenales para definir prioridades de intervención y estrategias de acción (CEPAL, 2012).

La Carta de San José constituye un avance significativo con respecto a los acuerdos regionales anteriores, pues va más allá de las áreas prioritarias iniciales del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en materia de derechos humanos. Su principal objetivo fue colmar las lagunas de protección existentes a nivel regional con medidas adicionales para proteger los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las personas mayores y sus libertades fundamentales, sin discriminación de ningún tipo. Entre otras cosas, estas medidas consistieron en promover la adopción de leyes y políticas específicas que brindarían un trato diferencial y preferencial a las personas mayores y mejorar la protección social, los servicios de salud y atención social, las condiciones de trabajo y de vida y el entorno de las personas mayores.

En la Carta de San José también se destaca la necesidad de un trato diferenciado y preferencial de las personas mayores en todos los ámbitos, tanto públicos como privados, así como de medidas para prohibir las múltiples formas de discriminación contra ellas. Asimismo, se recomienda la creación de mecanismos para asegurar el cumplimiento de las leyes, el fortalecimiento de las instituciones públicas y privadas y la participación de las personas mayores. En este documento, los Gobiernos de la región acordaron un conjunto integral de medidas para reforzar el respeto, la protección y la promoción de los derechos humanos de las personas mayores a nivel nacional (CEPAL, 2017). Sin duda la Carta de San José fue un antecedente fundamental en el proceso que llevó a la adopción de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en 2015, en el seno de la Organización de los Estados Americanos (OEA).

La titularidad de derechos de las personas mayores se encuentra establecida en las constituciones políticas de todos los países de la región. Además, desde la década de 1990 los países de América Latina y el Caribe trabajan en la elaboración de leyes especiales para dichas personas y avanzan gradualmente.

Los países de la región realizaron importantes avances en materia legislativa para garantizar la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Esto se refleja en dos ámbitos principales: i) el establecimiento de legislación de carácter nacional que protege los derechos humanos de este grupo etario, y ii) la firma, ratificación o adhesión a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Hasta 2013, los países latinoamericanos y caribeños que contaban con una norma específica en la materia eran 14. En 2022, de acuerdo con los datos obtenidos en los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 19 países cuentan con una ley especial sobre los derechos de las personas mayores, de la cual se han desprendido leyes específicas que dan cuenta del compromiso para avanzar hacia la ampliación y el fortalecimiento de los mecanismos de protección de los derechos humanos de las personas mayores dentro de cada Estado (véase el cuadro II.2).

Asimismo, se han promulgado leyes respecto de temas emergentes, que resultan de gran relevancia y se consolidan como buenas prácticas legislativas en materia de protección de los derechos humanos de las personas mayores. Se destaca la nueva legislación sobre cuidados paliativos, instituciones de cuidado a largo plazo, prevención y atención de la violencia, inclusión tecnológica y eliminación de la discriminación laboral, entre otros aspectos. En el cuadro II.3 se presentan algunos ejemplos concretos de acciones orientadas a lograr el pleno goce y ejercicio de los derechos humanos de las personas mayores, tomados de los informes nacionales.

Cuadro II.2

América Latina y el Caribe (19 países): leyes especiales sobre los derechos de las personas mayores

País	Año	Ley
Argentina	2017	Ley 27360 Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2013	Ley 369. Ley General de las Personas Adultas Mayores que regula los derechos, garantías y deberes de las personas adultas mayores, así como la institucionalidad para su protección.
Brasil	2003	Ley núm. 10741 del 1 de octubre de 2003 que dispone sobre el Estatuto de la persona adulta mayor.
Chile	2002	Ley 20523 de 2011 que modifica la Ley 19828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor de 2002.
Colombia	2008	Ley 1251. Proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez.
Costa Rica	1999	Ley 7935. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor uno de cuyos objetivos es garantizar a las personas adultas mayores igualdad de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos.
Ecuador	2019	Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores que promueve, regula y garantiza la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos específicos de las personas mayores, en el marco del principio de atención prioritaria y especializada, expresados en la Constitución de la República, instrumentos internacionales de derechos humanos y leyes conexas, con enfoque de género, movilidad humana, generacional e intercultural.
El Salvador	2021	Ley Especial para la Protección de los Derechos de la Persona Adulta Mayor que garantiza, protege y promueve el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de la persona mayor, por medio de programas, planes, políticas y normas que contribuyan a su inclusión en la sociedad.
Guatemala	2019	Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad. Decreto núm. 80-96.
Honduras	2006	Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados que fomenta y tutela el desarrollo de las personas mayores y jubiladas, garantizando el ejercicio de sus derechos y sancionando a las personas naturales o jurídicas que infrinjan esta Ley.
México	2002	Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2002 que garantiza el ejercicio de los derechos de las personas mayores y establece las bases y disposiciones para su cumplimiento.
Nicaragua	2010	Ley del Adulto Mayor que establece el régimen jurídico e institucional de protección y garantías para las personas adultas mayores, con el fin de garantizar el efectivo cumplimiento de lo establecido en el artículo 77 de la Constitución.
Panamá	2020	Ley 149, que modifica la ley 36 del 2016.
Paraguay	2002	Ley 1885. Ley de las Personas Adultas. Tutela los derechos e intereses de las personas mayores, entendiéndose por tales a las personas mayores de 60 años.
Perú	2016	Ley 30490. Ley de la Persona Adulta Mayor, que establece un marco normativo que garantice el ejercicio de los derechos de las personas mayores, a fin de mejorar su calidad de vida y propiciar su plena integración al desarrollo social, económico, político y cultural de la nación.
República Dominicana	1998	Ley 352-98. Ley sobre Protección de la Persona Envejeciente. Sienta las bases institucionales y establece los procedimientos que permiten la protección integral de la persona envejeciente. Este es el segmento de la población que requiere mayor atención, por su naturaleza vulnerable, por lo que no puede ser objeto de discriminación alguna debido a su edad, salud, religión, credo político o razones étnicas.
Uruguay	2009	Ley 18.617. Instituto Nacional del Adulto Mayor.
Venezuela (República Bolivariana de)	2021	Ley Orgánica para la Atención y Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de S. Huenchuan, "Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013", *Documentos de Proyectos* (LC/N.566), Santiago, CEPAL, 2013 y de los informes de los países.

Cuadro II.3

América Latina (6 países): ejemplos de acciones para la consolidación de los derechos humanos de las personas mayores

País	Práctica
Argentina	Resolución 934/2001 del Ministerio de Salud de la Nación, que establece la norma de organización y funcionamiento en cuidados paliativos. Disposición de refuerzos presupuestarios para las residencias de larga estadía.
Brasil	Prácticas integradas y complementarias de salud (PICS). Recursos terapéuticos que buscan la prevención de enfermedades y la recuperación de la salud, con énfasis en la escucha acogedora, el desarrollo del vínculo terapéutico y la integración del ser humano con el entorno y la sociedad.
Chile	Examen de medicina preventiva de la persona mayor a domicilio. Comunas Amigables con las Personas Mayores. Realización de diagnósticos participativos con la finalidad de que los cambios que se han de implementar respondan a las necesidades de las personas mayores residentes en el territorio objeto de la intervención. Escuela de Formación para Dirigentes Mayores. Distribución de tabletas, provisión de acceso a Internet móvil (para quienes no contaban con Internet en sus hogares) y capacitación en su uso mediante la realización de talleres de alfabetización digital.
Costa Rica	Programas de visitas domiciliarias, consultas telefónicas, videoconferencias y despacho de medicamentos a domicilio para garantizar la atención de las personas mayores. Sistema Nacional de Atención de Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia.
Panamá	Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) (Gaceta Oficial, núm. 28805-B, del 27 de junio de 2019). El Ministerio de Salud (MINSAL) y la Caja del Seguro Social (CSS) cuentan con un sistema de atención de salud denominado Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), que brinda asistencia en las regiones del interior del país por medio de consultas virtuales y videollamadas y ofrece consultas médicas a través del Programa de la Tercera Edad. Centro de Distribución de Medicamentos. Distribución de medicamentos a domicilio para pacientes con enfermedades crónicas, mayores de 65 años y pacientes con condiciones de salud asociadas a inmunosupresión, para enfrentar la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) durante los primeros meses.
República Dominicana	Premio Anual al Envejeciente. Se reconoce la trayectoria de las personas mayores que ayudan o realizan aportes sociales en favor de otras personas mayores en cualquier ámbito.

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

En las últimas dos décadas, en la mayoría de los países del Caribe se ha desarrollado algún tipo de política nacional sobre el envejecimiento o las personas mayores y, en algunos casos, se han adoptado leyes relativas a dichas personas. Desde la última revisión quinquenal, varios Estados han elaborado políticas nuevas o actualizado las existentes (Quashie y Jones, 2022, pág. 7) (véase el cuadro II.4).

Cuadro II.4

El Caribe: políticas o leyes nacionales sobre el envejecimiento y las personas mayores

Anguila	National Policy for Older Persons 2009
Antigua y Barbuda	National Policy on Ageing 2012; National Policy and Plan of Action on Healthy Ageing 2017–2027
Barbados	National Policy on Ageing: Towards a Society for all Ages 2013
Belice	National Policy for Older Persons 2002
Bermuda	National Seniors' Strategy (en elaboración)
Islas Caimán	Older Persons Policy 2016-2035; Older Persons Law 2017
Dominica	Dominica National Policy on Ageing 1999
Granada	Grenada National Policy on Aging 2009
Guadalupe	Act on adapting society to an ageing population 2015
Jamaica	National Policy for Senior Citizens 2018 (que actualiza la política anterior de 1997)
Martinica	Act on adapting society to an ageing population 2015
Montserrat	National Policy on the Care of Older Persons 2020–2026
Saint Kitts y Nevis	National Policy on Ageing (en elaboración)
Santa Lucía	National Policy on Ageing (en elaboración)
Trinidad y Tabago	National Policy on Ageing 2007

Fuente: N. Quashie y F. Jones, “The ageing Caribbean: 20 years of the Madrid Plan of Action”, Puerto España, sede subregional de la CEPAL para el Caribe, 2022 [en línea] https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/mipaa20_subregional_review_rev2.pdf.

C. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

Desde la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en 2002, se han realizado importantes avances en la región, que van desde la aprobación de acuerdos relevantes —aunque no vinculantes— hasta la firma, en el marco de la OEA, de un instrumento de carácter vinculante como la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en 2015. Se trata de otro hito en la construcción del régimen de protección de los derechos humanos de las personas mayores, en este caso en el ámbito de las Américas.

Entre los antecedentes del proceso regional, cabe destacar que la Carta de San José, aprobada en el marco de la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe de 2012, contenía ya los fundamentos a partir de los cuales se forjaría la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

La Convención, firmada durante el cuadragésimo quinto período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA el 15 de junio de 2015 y vigente a partir del 11 de enero de 2017, constituye el primer instrumento jurídicamente vinculante del mundo adoptado con el objetivo de promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad (Muñoz-Pogossian y Siegel, 2019). Se considera una de las convenciones más holísticas del mundo, pues contempla casi todos los aspectos de la vida de las personas mayores y sirve como mecanismo integrador de los principios y derechos señalados en la serie de instrumentos sobre la materia que se han promulgado a nivel interamericano e internacional (CEPAL, 2019a).

Este instrumento incluye conceptos debatidos, elaborados y consensuados a partir de múltiples reuniones internacionales y de la participación de los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil, los organismos internacionales y la comunidad académica. Se trata de un hito que contribuye a la construcción de sociedades más

justas para las personas de todas las edades. En sus artículos se incorpora el reconocimiento de derechos que son el resultado de históricas luchas sociales para visibilizar la diversidad de la vejez y el envejecimiento. A partir de 2016, nueve Estados ratificaron o se adhirieron a la Convención: Uruguay y Costa Rica (2016), Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de) y Brasil (2017), El Salvador (2018), Ecuador (2019), Perú (2021) y, más recientemente, Colombia (2022) (véase el cuadro II.5).

Cuadro II.5

Firmas y ratificaciones de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

País	Fecha de firma	Fecha de ratificación, aceptación y adhesión	Fecha de depósito del instrumento
Argentina	15 de junio de 2015	30 de junio de 2017	23 de octubre de 2017
Bolivia (Estado Plurinacional de)	9 de junio de 2016	13 de marzo de 2017 (ratificación)	17 de mayo de 2017
Brasil	15 de junio de 2015		
Chile	15 de junio de 2015	11 de julio de 2017	15 de agosto de 2017
Colombia		13 de septiembre de 2022 (adhesión)	27 de septiembre de 2022
Costa Rica	15 de junio de 2015	12 de octubre de 2016 (ratificación)	12 de diciembre de 2016
Ecuador		12 de febrero de 2019 (adhesión)	21 de marzo de 2019
El Salvador		13 de marzo de 2018 (adhesión)	18 de abril de 2018
Perú		13 de enero de 2021 (adhesión)	1 de marzo de 2021
Uruguay	15 de junio de 2015	7 de noviembre de 2016 (ratificación)	18 de noviembre de 2016

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización de Estados Americanos (OEA), “Departamento de Derecho Internacional” [en línea] https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores_firmas.asp.

Tras la firma de la Convención, la Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe, celebrada en el Paraguay en junio de 2017, también contribuyó a profundizar la discusión sobre la relevancia de la firma y ratificación de este instrumento para la región. Esto se refleja en el párrafo 6 de la Declaración de Asunción, en el que los representantes de los países reconocen la importancia de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y señalan que sus Estados Parte reafirman el compromiso de profundizar su divulgación, así como de avanzar en los procedimientos de ratificación que permitan constituir su mecanismo de seguimiento¹.

Indudablemente, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y los acuerdos internacionales y regionales sobre envejecimiento han constituido el fundamento y la inspiración para el robustecimiento del sistema de protección de los derechos humanos de las personas mayores en los países de la región. De hecho, en los últimos siete años, la aprobación de la Convención se ha visto acompañada por avances significativos a nivel nacional, como se señaló en la sección B, caracterizados por importantes innovaciones y actualizaciones con miras a fortalecer los marcos jurídicos de protección de los derechos de las personas mayores.

No obstante, seguir fortaleciendo los marcos jurídicos nacionales de protección de los derechos de las personas mayores con instrumentos legislativos pertinentes, adecuados y armonizados con los mandatos de la Convención, tanto a nivel nacional como subnacional, constituye un desafío. En particular, cobra relevancia la capacitación del personal responsable de la administración de justicia a fin de que aplique el enfoque de los derechos humanos de las personas mayores en sus decisiones y enriquezca así el corpus de jurisprudencia en la materia.

¹ Declaración de Asunción [en línea] https://conferenciaenvejecimiento.cepal.org/4/sites/envejecimiento4/files/c1700615_0.pdf.

Bibliografía

- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2019a), “Envejecimiento y derechos humanos: la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores” [en línea] https://www.cepal.org/es/enfoques/envejecimiento-derechos-humanos-la-convencion-interamericana-la-proteccion-derechos-humanos#_ftn4.
- ____ (2019b), *Informe de la Reunión de Expertos sobre Institucionalidad Pública y Envejecimiento* (LC/MEX/SEM.248/2), Ciudad de México.
- ____ (2017), “Caribbean synthesis Report on the implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing and the San José Charter on the Rights of Older Persons in Latin America and the Caribbean” [en línea] https://conferenciaenvejecimiento.cepal.org/4/sites/envejecimiento4/files/caribbean_synthesis_report_ageing.pdf.
- ____ (2012), *Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe* (LC/G.2537), Santiago.
- Huenchuan, S. (2013), “Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013”, *Documentos de Proyectos* (LC/W.566), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Muñoz-Pogossian, B. y A. Siegel (2016), “Envejecimiento y derechos humanos: la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”, *Boletín de Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores*, N° 17, Santiago, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL.
- Naciones Unidas (2003), *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, Nueva York.
- Quashie, N. y F. Jones (2022), “The ageing Caribbean: 20 years of the Madrid Plan of Action”, Puerto España, sede subregional de la CEPAL para el Caribe [en línea] https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/mipaa20_subregional_review_rev2.pdf.

Anexo II.A1

Cuadro II.A1.1

América Latina (16 países): instituciones públicas encargadas de la elaboración del informe nacional sobre envejecimiento y derechos de las personas mayores

País	Institución responsable de la elaboración del informe nacional	Otras instituciones intervinientes
Argentina	Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), dependiente de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI); Dirección de Personas Adultas y Mayores del Ministerio de Salud; Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES); Secretaría de Derechos Humanos; Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad.
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional (MJTI)	Ministerio de Educación, Viceministerio de Comunicación; Defensoría del Pueblo y Agencia Estatal de Vivienda (AEVIVIENDA); Ministerio de Medio Ambiente y Agua; Ministerio de Economía y Finanzas Públicas; Ministerio de Educación; Ministerio de Obras Públicas, Servicios y Vivienda; Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social; Ministerio de Salud y Deportes; Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero (ASFI); Instituto Nacional de Estadística; Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo; Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUSS); Fiscalía General del Estado; Autoridad de Regulación y Fiscalización de Telecomunicaciones y Transportes (ATT); gobiernos autónomos departamentales: Beni, Santa Cruz, Cochabamba y Oruro; gobiernos autónomos municipales: Tarija; La Paz; Cobija; El Alto; Oruro; Sucre y Santa Cruz; Servicios Departamentales de Salud (SEDES): Chuquisaca; Potosí; Oruro; Pando y Santa Cruz; gobiernos autónomos regionales: Gran Chaco.
Brasil	Secretaría Nacional para la Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Mayores (SNDPI) del Ministerio de la Mujer, la Familia y los Derechos Humanos	Ministerio de la Ciudadanía; Ministerio de Salud; Ministerio de Trabajo y Previsión Social; Ministerio de Economía; Ministerio de Educación; Agencia Nacional de Transportes Terrestres; Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación; Ministerio de Infraestructura; Ministerio de Turismo; Instituto Nacional del Seguro Social (INSS); Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE); Procuraduría Nacional de los Derechos Humanos; Secretaría Nacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad.
Chile	Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)	Ministerios de gobierno; organismos internacionales; municipalidades.
Colombia	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)	Ministerio de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible; Ministerio de Comercio, Industria y Turismo; Ministerio de Cultura; Ministerio de Educación Nacional; Ministerio del Interior; Ministerio de Justicia y del Derecho; Ministerio de Relaciones Exteriores; Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones; Ministerio del Trabajo; Ministerio de Transporte; Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio; Ministerio del Deporte y Servicio Nacional de Aprendizaje; Departamento Administrativo Nacional de Estadística; Departamento Administrativo de la Presidencia; Departamento Administrativo de la Función Pública; Departamento Administrativo para la Prosperidad Social; Departamento Nacional de Planeación (DNP); Unidad Administrativa del Servicio Público de Empleo (UASPE); Agencia para la Reincorporación y la Normalización; Agencia Presidencial de Cooperación Internacional; Consejería Presidencial para la Participación de las Personas con Discapacidad; Superintendencia Financiera de Colombia; Superintendencia Nacional de Salud; Banco de Desarrollo Empresarial de Colombia (BANCOLDEX); Procuraduría General de la Nación.

País	Institución responsable de la elaboración del informe nacional	Otras instituciones intervinientes
Costa Rica	Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM)	Ministerio de Ambiente y Energía; Ministerio de Cultura; Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos; Ministerio de Ciencia, Innovación, Tecnología y Telecomunicaciones; Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; Instituto Nacional de la Mujer (INAMU); Instituto Mixto de Ayuda Social; Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica; Instituto Nacional de Aprendizaje; Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo; Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS); Banco Popular; Comisionado Presidencial para Asuntos de la Afrodescendencia.
Cuba	Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED)	Ministerio de Economía y Planificación (MEP); Ministerio de Salud Pública (MINSAP); Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI); Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS); Ministerio del Comercio Exterior y la Inversión Extranjera (MINCEX); Ministerio de Educación Superior (MES); Cátedra Universitaria del Adulto Mayor (CUAM).
Guatemala	Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)	Comité Nacional de Protección a la Vejez (CONAPROV); Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente de la República; Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS); Ministerio de Trabajo y Previsión Social (MINTRAB); Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS); Procuraduría General de la Nación (PGN); dos delegados de las instituciones públicas o privadas vinculadas con la problemática de las personas mayores, entre ellos uno del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES); Ministerio de Cultura y Deportes (MICUDE); Ministerio de Educación (MINEDUC); Instituto Nacional de Estadística (INE).
Honduras	Dirección General del Adulto Mayor (DIGAM) perteneciente a la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS)	Instituto Nacional de Estadísticas de Honduras (INE); Fiscalía del Adulto Mayor; Alcaldía Municipal de Tegucigalpa, Departamento del Adulto Mayor; Ministerio de Educación; Ministerio de Salud.
México	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)	Comisión Nacional de Arbitraje Médico; Comisión Nacional de los Derechos Humanos; Comisión Nacional de Vivienda; Consejo de la Judicatura Federal; Consejo Nacional de Población; Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Instituto Mexicano del Seguro Social; Instituto Nacional de Estadística y Geografía; Instituto Nacional de Geriátrica; Instituto Nacional de las Mujeres; Instituto Nacional para la Educación de los Adultos; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural; Secretaría de Bienestar; Suprema Corte de Justicia de la Nación; Secretaría de Comunicaciones y Transportes; Secretaría de la Defensa Nacional; Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
Panamá	Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), a través de la Coordinación Nacional de Adulto Mayor (CNAM)	Ministerio de Salud (MINSAL); Caja de Seguro Social (CSS); Instituto Nacional de Estadísticas de Panamá (INEC); Ministerio de Economía y Finanzas (MEF); Ministerio de Educación (MEDUCA); Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial (MIVIOT); Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral (MITRADEL); Instituto Panameño de Deportes (PANDEPORTES); Instituto Nacional de la Mujer (INAMU); Secretaría Nacional de Personas con Discapacidad (SENADIS); Tribunal Electoral (TE); Instituto de Investigaciones Científicas y Servicios de Alta Tecnología (INDICASAT-AIP).
Paraguay	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través del Instituto de Bienestar Social y su Dirección de Adultos Mayores	Instituto de Previsión Social; Instituto Nacional de Estadística; Ministerio de Desarrollo Social; Dirección de Pensiones No Contributivas del Ministerio de Hacienda; Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Ministerio de la Mujer; Ministerio de Educación y Ciencias/Dirección General de Educación Permanente de Personas Jóvenes y Adultas; Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social.
Perú	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), a través de la Dirección de Personas Adultas Mayores	Ministerio de Salud (MINSAL); Ministerio del Interior (MININTER); Ministerio de Educación (MINEDU); Ministerio de Cultura (MINCUL); Ministerio de Defensa (MINDEF); Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS); Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (MINJUSDH); Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (MVCS); Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); Ministerio de Transportes y Comunicaciones (MTC); Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPPE); Ministerio de la Producción (PRODUCE); Defensoría del Pueblo; Oficina de Normalización Previsional (ONP); Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS); Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT); Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS); Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (INABIF); Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar – Aurora; Seguro Social de Salud (EsSalud); Poder Judicial; Ministerio Público.
República Dominicana	Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE)	Consejo Nacional de Seguridad Social; Consejo Nacional para el VIH y el SIDA; Dirección General de Presupuesto; Dirección General de Jubilaciones y Pensiones; Ministerio de Cultura; Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo; Ministerio de Educación; Ministerio de Hacienda; Ministerio de la Mujer; Ministerio de Obras Públicas; Ministerio de Relaciones Exteriores; Ministerio de Salud Pública; Servicio Nacional de Salud; Seguro Nacional de Salud; Procuraduría General de la República; Junta Central Electoral.
Uruguay	Instituto Nacional de las Personas Mayores, Ministerio de Desarrollo Social	Ministerio de Desarrollo Social; Ministerio de Salud Pública; Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH); Banco de Previsión Social; intendencias departamentales.
Venezuela (República Bolivariana de)	Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS)	

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los informes nacionales.



CAPÍTULO



Las personas mayores y el desarrollo

Introducción

A. Protección social de las personas mayores

B. Participación económica de las personas mayores en el mercado de trabajo

C. Educación a lo largo de la vida

Bibliografía

Introducción

En el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) se estableció como orientación prioritaria la participación plena de las personas mayores en el desarrollo y la posibilidad de recibir sus beneficios sin distinción de edad. Por su parte, la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2004) tiene como meta general A la “Protección de los derechos humanos de las personas mayores y creación de las condiciones de seguridad económica, de participación social y de educación que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas de las personas mayores y su plena inclusión en la sociedad y el desarrollo”. Para el seguimiento de esta meta es preciso hacer hincapié en el papel de las personas mayores en el desarrollo, a través de la protección de los derechos económicos y de las estrategias en materia de protección social, mercado de trabajo, capacitación e inclusión en programas educativos.

El aumento de la longevidad de la población representa un logro de las sociedades, pero a la vez presenta importantes desafíos para garantizar que las personas mayores disfruten de manera plena y efectiva de sus derechos humanos. Es necesario reconocer sus capacidades y aportes, para así entender y abordar las desigualdades causadas por las intersecciones entre nivel socioeconómico, género, edad, territorio de residencia, pertenencia étnica o racial, condición de salud, de discapacidad, situación migratoria, entre otras, que inciden en el ejercicio diferencial de derechos (CEPAL, 2016).

Garantizar la participación y el disfrute del desarrollo por parte de las personas mayores requiere planificación y gestión basadas en políticas públicas intersectoriales, democráticas y que reconozcan la diversidad de vejez en los países y en la región, partiendo del primer ámbito de acción establecido para el Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030): cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar con respecto a la edad y el envejecimiento (OMS, 2020, pág. 9). Según esa lógica, las personas mayores han resistido las prácticas edadistas. De hecho, en la pandemia, si bien se recrudecieron muchos prejuicios, las personas mayores han mostrado estrategias colectivas e individuales que desmienten el papel impuesto de carga social, grupo dependiente y vulnerable. Esto da cuenta de la importancia de considerar a las personas mayores en el proceso de desarrollo, fortaleciendo sus derechos y su autonomía.

Frente a la necesidad de transformar el modelo de desarrollo por uno que nos lleve por la vía del desarrollo productivo, inclusivo y sostenible (CEPAL, 2022a), en línea con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, el papel de las personas mayores resulta fundamental para generar propuestas, realizar acciones, tomar decisiones y formar parte, como colectivo, de las transformaciones necesarias para lograr un mundo mejor (Huenchuan, 2018). Los cambios demográficos son una oportunidad de reformular el papel que las personas mayores tienen en el desarrollo, visibilizando los aportes que hacen a sus hogares, familias, comunidades y países (véase el recuadro III.1). En las secciones siguientes se abordan los avances que se han constatado en la región, plasmados en los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002). Se centra la atención en los sistemas de pensiones contributivas y no contributivas, las políticas encaminadas a mejorar la participación de las personas mayores en trabajos decentes y en políticas educativas que garanticen el acceso a la educación a lo largo de la vida, incluida la alfabetización digital.

Recuadro III.1

Los aportes de las personas mayores a la economía: una mirada desde la economía generacional

Desde el punto de vista de la economía generacional, las personas mayores trabajan, consumen, comparten (por medio de transferencias) y ahorran (Mason y Lee, 2011). Su participación en el mercado de trabajo, si bien enfrenta el desafío de la calidad de los empleos y de una inclusión laboral voluntaria y digna, favorece la dinamización de las economías. Además, las personas mayores contribuyen a través del trabajo no remunerado. Por ejemplo, el trabajo de cuidado que realizan de manera no remunerada, atendiendo las necesidades de personas con discapacidad o con enfermedades, de niñas y niños y otras personas mayores, constituye una importante aportación económica para las familias y para sus países. Asimismo, las personas mayores participan en la economía a través del consumo^a. Propician la diversificación y la creación de nuevos mercados a partir de sus necesidades e intereses. En particular, destacan las innovaciones de negocios en los servicios de salud, la atención a la dependencia, los servicios y productos financieros, y el desarrollo inmobiliario de viviendas

nuevas y adaptadas, así como en la infraestructura urbana, el transporte y la teleasistencia. Estas innovaciones impactan a su vez en la creación de empleos a partir del surgimiento de nuevos giros de negocio en las industrias de servicios y de producción de bienes de consumo. En la industria de la salud, por ejemplo, que supone el comercio de productos farmacéuticos, de tecnologías sanitarias y de movilidad de profesionales de la salud, tan solo el sector biofarmacéutico empleó a 5,5 millones de personas en el mundo en 2017 (IFPMA, 2021). Por otro lado, la demanda de servicios de cuidado a largo plazo ha permitido la creación de empresas (instituciones de cuidado a largo plazo, casas de día, instituciones geriátricas) y empleos directos (personas cuidadoras, dedicadas a la preparación de alimentos, aseo y limpieza, puestos administrativos), pero también ha favorecido indirectamente a las instituciones educativas que, ante las demandas del mercado, se ven en la necesidad de ampliar su oferta para preparar personal centrado en el cuidado. Por último, aunque las condiciones socioeconómicas de las personas mayores, en muchos casos, se caracterizan por la precariedad de los ingresos, también hay quienes cuentan con activos financieros e inmobiliarios, y muchas personas mayores tributan al Estado por sus fuentes de ingreso, de consumo y su patrimonio.

Fuente: A. Mason y R. Lee, "Population aging and the generational economy: key findings", *Population Aging and the Generational Economy: A Global Perspective*, R. Lee y A. Mason (eds.), Cheltenham, Edward Elgar Publishing, 2011; M. Okumura y otros, *La economía plateada en América Latina y el Caribe: el envejecimiento como oportunidad para la innovación, el emprendimiento y la inclusión*, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 2020; International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations (IFPMA), *The Pharmaceutical Industry and Global Health: Facts and Figures 2021*, Ginebra, 2021 [en línea] <https://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2021/04/IFPMA-Facts-And-Figures-2021.pdf>.

^a De acuerdo con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), entre 2015 y 2030 las personas de 60 años y más contribuirán un 30,2% al crecimiento del consumo en las ciudades de América Latina y el Caribe (Okumura y otros, 2020).

A. Protección social de las personas mayores

La protección social provee "garantías de bienestar básicas, aseguramientos frente a riesgos derivados del contexto o del ciclo de vida y moderación o reparación de daños sociales derivados de la materialización de problemas o riesgos sociales" (Cecchini y otros, 2015, pág. 28). Es un derecho y se considera el pilar central del Estado de bienestar. Por ello la CEPAL (2022a) ha resaltado la importancia de garantizarla de manera universal a lo largo del curso de vida mediante diferentes mecanismos integrales, sostenibles y resilientes basados en un nuevo pacto social y fiscal. Los sistemas de protección social universales defienden a las personas frente a los riesgos derivados de la enfermedad, la invalidez y la muerte, entre otras situaciones (CEPAL, 2021b). En la vejez, en particular, la protección social pone un freno a los efectos de las desigualdades acumuladas durante la vida y reduce las probabilidades de que las personas mayores vivan en hogares en situación de pobreza.

En los informes nacionales, los países de la región informan del desarrollo, la consolidación y el fortalecimiento de diversos programas y acciones públicas que tienen por objeto proporcionar protección social a las personas mayores. En su mayoría se centran en las transferencias monetarias periódicas y, en algunos casos, además de transferencias, se incluyen prestaciones sanitarias y sociales. Sin embargo, en la región, los sistemas de protección social han mostrado debilidades derivadas de las altas tasas de informalidad laboral que afectan directamente los alcances de la protección social contributiva y vuelven más necesario establecer medidas de protección social no contributiva (OIT, 2020)¹.

América Latina y el Caribe presenta una gran heterogeneidad en los niveles de protección social que cada país proporciona a sus habitantes. Estas diferencias tienen su origen en los contextos demográficos particulares, en los indicadores macroeconómicos, la capacidad de recaudación tributaria, el gasto público, las características de los mercados de trabajo y la capacidad institucional para diseñar, financiar, implementar, regular y evaluar los sistemas de protección social (Cecchini, Filgueira y Robles, 2014). Por ejemplo, los datos del año 2020 indican que las proporciones de empleo informal más bajas se encuentran en el Uruguay (21,4%), Chile (25,3%) y Costa Rica (36,6%), mientras que en algunos países rebasan el 50%, como es el caso de la República Dominicana (54,5%), México (55,7%), Panamá (56,1%), Jamaica (58,6%), el Perú (68%) y El Salvador (68,6%) (CEPAL, 2022b).

¹ Casalí, Cetrángolo y Pino (2020) reportan que, antes de la pandemia de COVID-19, en América Latina y el Caribe la cobertura de la protección social contributiva alcanzaba solamente al 46,5% de la población ocupada.

Además, existen enormes brechas en cuanto al acceso a la protección social en los distintos países: por ejemplo, siguen siendo altas las brechas de cobertura entre zonas rurales y urbanas, entre mujeres y hombres, o entre pueblos indígenas, personas afrodescendientes y el resto de la población (CEPAL, 2022a). La universalización de la protección social requiere, por lo tanto, que se tomen en cuenta los determinantes que limitan el acceso, como la informalidad laboral, las brechas de género, la falta de reconocimiento del trabajo de cuidados, la pertenencia étnica y racial, el lugar de residencia (urbano o rural) y la condición migratoria, de salud y discapacidad, entre otras.

Como estrategia fundamental en la región, desde una perspectiva de derechos y bienestar, es necesario implementar políticas redistributivas y solidarias que permitan avanzar hacia la universalización de la protección social, incluida la ampliación sostenible de la cobertura y la calidad de las prestaciones, así como el reconocimiento del cuidado como pilar de la protección social (CEPAL, 2016). El entendimiento de la protección social como derecho debe ser el impulso para establecer mecanismos que coadyuven a la ampliación de las coberturas y el mejoramiento de la suficiencia de las prestaciones con sostenibilidad financiera, de tal forma que los grupos que históricamente se han visto excluidos total o parcialmente de este derecho, lo puedan ejercer.

En el caso de las personas mayores, la ampliación de la cobertura implica: i) reconocer la diversidad de vejezes, es decir, considerar las distintas trayectorias laborales presentes y pasadas del grupo etario, las desigualdades que han vivido y acumulado las personas mayores que son mujeres, indígenas, afrodescendientes, con discapacidad o migrantes; ii) brindar seguridad económica en la vejez; iii) procurar la ampliación de la protección social hacia el sector informal; iv) desarrollar acciones específicas con miras a garantizar la protección social de las personas mayores en zonas rurales; v) desarrollar acciones específicas para garantizar la protección social de las personas mayores que cuidan, y vi) considerar el cuidado como un pilar fundamental de los sistemas de protección social, como lo son la salud y las pensiones.

Respecto del reconocimiento de la diversidad de vejezes, garantizar la protección social de las mujeres mayores, en particular, representa un gran desafío. Esto responde a que ellas tienen menos posibilidades que los hombres de recibir pensiones contributivas, dadas sus menores tasas de participación laboral en el sector formal. Además, debido a la escasa inclusión de la perspectiva de género en el diseño de los sistemas de pensiones, las mujeres mayores que trabajaron en el sector formal durante su vida laboral también pueden verse afectadas debido a las desigualdades que han prevalecido en el mercado de trabajo en lo que se refiere a ingresos y tiempos de cotización relacionados con las trayectorias de cuidado.

Los cálculos de los montos de las pensiones en función de los años de cotización entre hombres y mujeres sin un enfoque de género promueven efectos diferenciados que incrementan la desigualdad en la vejez. Por ese motivo se necesitan reformas de pensiones con perspectiva de género, que incluyan medidas compensatorias como los créditos de cotización relacionados con el cuidado y la revisión de la densidad de cotización y de las tablas de mortalidad (Arza, 2017; Marco, 2004). De hecho, las proyecciones muestran que la mayor parte del gasto público en los sistemas de pensiones no contributivos se concentrará en las mujeres debido a las desigualdades de género en el mercado laboral y la feminización del envejecimiento y a que presentan mayores tasas de pobreza y pobreza extrema. También cabe señalar que, ya en 2017 en 20 países de la región, las mujeres de 65 años y más mostraban una mayor participación (28,1%) que los hombres de la misma edad (23,7%) en los sistemas no contributivos (Arenas de Mesa, 2020).

1. Cobertura y suficiencia de los sistemas de pensiones contributivas y no contributivas

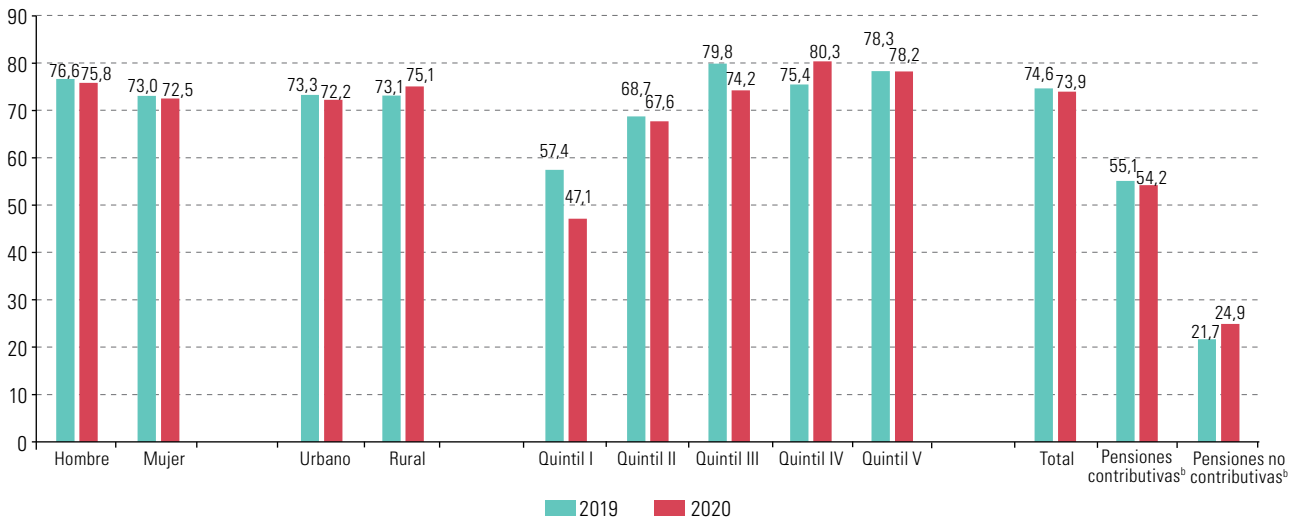
América Latina y el Caribe continúa presentando problemas de cobertura y adecuación en lo que se refiere a la protección social de las personas mayores (OIT, 2021; CEPAL, 2018). La CEPAL (2022a), con base en las encuestas de hogares de 13 países, señala que el 73,9% de la población latinoamericana de 65 años y más recibía algún tipo de pensión en 2020 (54,2% contributivas y 24,9% no contributivas). Entre 2019 y 2020, la cobertura total de pensiones

se redujo 0,7 puntos porcentuales y, en el quintil de menores ingresos, esta caída alcanzó 10,3 puntos porcentuales. Por su parte, en los quintiles cuarto y quinto de mayores ingresos, esta proporción aumentó 4,9 puntos porcentuales y se redujo 0,1 puntos porcentuales, respectivamente. La cobertura bajó, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres. Sin embargo, para estas últimas, en 2020, la cobertura era tres puntos porcentuales inferior que la de los hombres. En las zonas rurales se registró un incremento en las coberturas derivadas de la recepción de pensiones no contributivas.

Además, en el promedio de los nueve países donde es posible desagregar según tipo de cobertura de pensiones, se observa que, entre 2019 y 2020, la proporción de personas de 65 años y más que recibieron pensiones no contributivas presentó un aumento del 3,2 puntos porcentuales. Mientras tanto, en el mismo período, la proporción de personas de este rango de edad que recibían pensiones contributivas mostraron una reducción de 0,9 puntos porcentuales (véase el gráfico III.1) (CEPAL, 2022a).

Gráfico III.1

América Latina (13 países)^a: percepción de pensiones contributivas y no contributivas entre las personas de 65 años y más, según sexo, área de residencia y quintil de ingresos, 2019 y 2020
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama Social de América Latina, 2021* (LC/PUB.2021/17-P), Santiago, 2022, sobre la base del Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG).

^a Promedio ponderado de: Argentina (zonas urbanas), Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay. El promedio según área de residencia no incluye a la Argentina, debido a que su información se presenta solamente para áreas urbanas.

^b La cobertura contributiva y no contributiva incluye información de los siguientes países, donde es posible distinguirla en las encuestas de hogares: Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Paraguay y Perú.

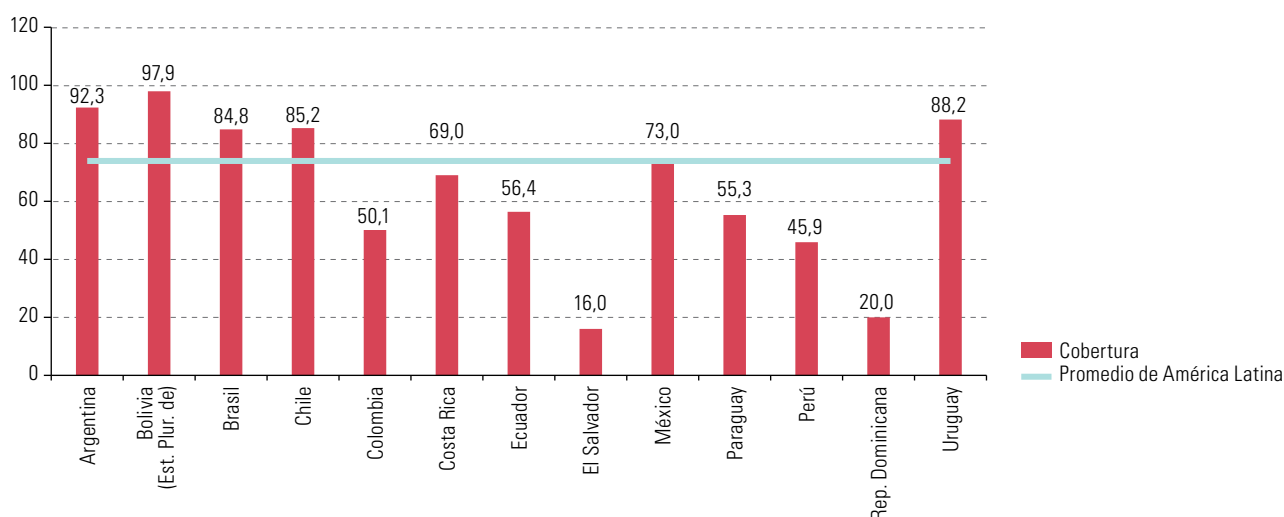
Más allá del promedio regional, tanto los datos de América Latina (véase el gráfico III.2) como del Caribe (véase el cuadro III.1) muestran grandes diferencias de cobertura de un país a otro. En 13 países de América Latina, de acuerdo con la información de las encuestas de hogares, en 2020 la cobertura de pensiones varía entre el 16% de la población de 65 años y más en El Salvador y el 97,9% en el Estado Plurinacional de Bolivia (véase el gráfico III.2). En siete países del Caribe, menos del 50% de la población en edad legal de retiro cuenta con pensión contributiva o no contributiva. En uno de ellos, Haití, la cobertura alcanza tan solo el 0,4%².

² La edad de retiro puede variar significativamente de un país a otro y a lo largo del tiempo. En el Caribe, por ejemplo, cuatro países han aumentado la edad de jubilación en las dos últimas décadas, a saber: Barbados (de 65 a 67 años), Dominica (de 60 a 65 años), Jamaica (de 60 a 65 años para las mujeres) y Santa Lucía (de 60 a 65 años). Otros dos países se encuentran en proceso de aplicar aumentos: Antigua y Barbuda (de 60 a 65 años, que se completará en 2025) y San Vicente y las Granadinas (de 60 a 65 años, que se completará en 2028) (Quashie y Jones, 2022).

Gráfico III.2

América Latina (13 países): percepción de pensiones contributivas y no contributivas entre las personas de 65 años y más, según país, 2020^a

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama Social de América Latina, 2021* (LC/PUB.2021/17-P), Santiago, 2022, sobre la base del Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG).

^a En el caso de la Argentina, El Salvador, la República Dominicana y el Uruguay, la cobertura se refiere solamente a las pensiones contributivas.

Cuadro III.1

El Caribe (17 países y territorios): población en edad legal para el retiro que recibe pensión contributiva y no contributiva, cobertura efectiva, 2020

(En porcentajes)

País	Porcentaje	País	Porcentaje
Anguila	44,3	Haití	0,4
Antigua y Barbuda	75,8	Islas Turcas y Caicos	68,4
Aruba	97,5	Jamaica	40,3
Bahamas	89,6	Martinica	64,1
Barbados	63,5	Saint Kitts y Nevis	62,3
Belice	49,9	San Vicente y las Granadinas	42,0
Dominica	60,3	Santa Lucía	32,5
Granada	47,8	Trinidad y Tabago	91,1
Guadalupe	72,7		

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización Internacional del Trabajo (ILO), *Informe Mundial sobre la Protección Social 2020-2022: la protección social en la encrucijada: en busca de un futuro mejor*, Ginebra, 2021 [en línea] <https://www.social-protection.org/gimi/ShowWiki.action?id=629#stat> [fecha de consulta: marzo de 2022].

Además de la cobertura, es necesario analizar si las pensiones son suficientes para cubrir las necesidades básicas³. Alrededor de 2020, la proporción de personas de 65 años y más en América Latina que recibían pensiones con montos insuficientes —que incluye a quienes no reciben pensiones o, de recibirlas, tienen montos menores al valor de una línea de pobreza— era del 40,1%. Esta situación es más acentuada entre las mujeres (42,8%) que entre los hombres (37,6%). Resulta particularmente preocupante que, en 8 de 14 países, más de la mitad de las personas mayores reciba pensiones insuficientes (véase el cuadro III.2).

³ Los indicadores de suficiencia individual incluyen la tasa de reemplazo de las pensiones, es decir, la relación entre la pensión otorgada a una persona y el ingreso recibido durante la vida laboral (o al final de la vida laboral), así como el monto de las pensiones medias mensuales como porcentaje de la línea de pobreza (CEPAL, 2018) o como porcentaje del déficit de ingresos de la población en situación de pobreza (Cecchini, Villatoro y Mancero, 2021).

Cuadro III.2

América Latina (14 países): personas mayores de 65 años y más que reciben pensiones insuficientes por sexo, alrededor de 2020
(En porcentajes)

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Bolivia (Estado Plurinacional de)	78,6	74,0	82,8
Brasil	15,3	13,1	16,9
Chile	17,8	17,3	18,2
Colombia	70,1	66,7	72,9
Costa Rica	31,7	22,7	38,9
Ecuador	56,4	50,0	61,8
El Salvador	81,5	75,4	86,2
Honduras ^a	92,1	90,9	93,0
México	71,3	61,9	79,2
Panamá ^a	34,5	26,9	41,2
Paraguay	58,5	58,5	58,4
Perú	55,9	51,8	59,8
República Dominicana	80,4	75,3	84,5
Uruguay	12,6	10,3	14,1
América Latina (promedio ponderado)	40,1	37,6	42,0

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base del Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG) y CEPALSTAT [base de datos en línea] https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicator_id=4624&area_id=931&lang=es.

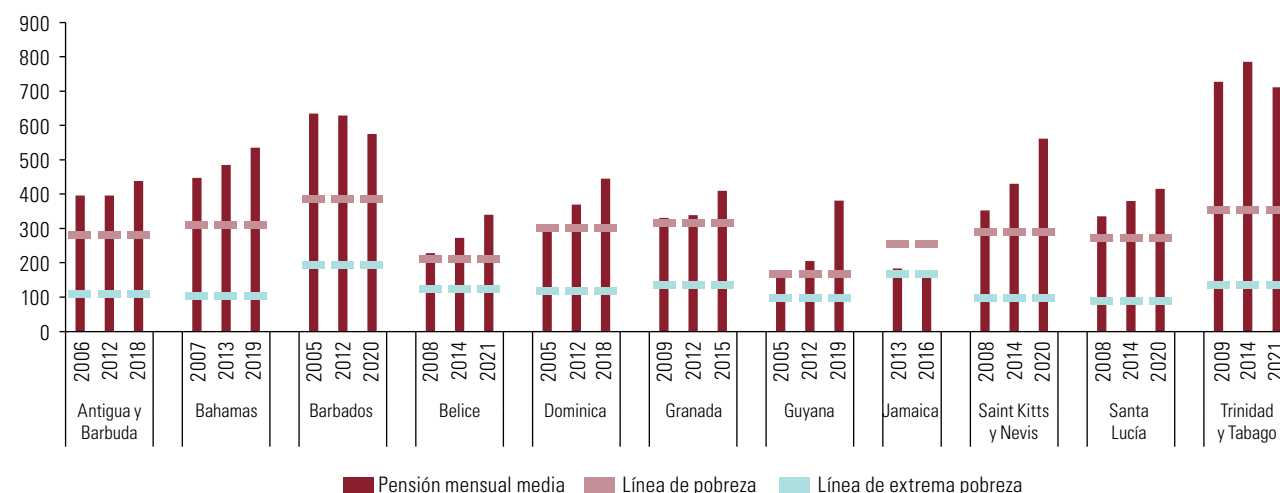
Nota: El indicador se calcula como el porcentaje de personas de 65 años y más que no recibe pensiones o que, de recibirlas, son inferiores al valor de una línea de pobreza, sobre el total de personas de 65 años y más.

^a Corresponde a 2019.

En el gráfico III.3 se compara el monto medio mensual de las pensiones contributivas del seguro nacional con los umbrales nacionales de pobreza y de extrema pobreza en los países del Caribe. También preocupan los casos en que los montos de las pensiones son inferiores o apenas superiores a la línea de pobreza (Quashie y Jones, 2022).

Gráfico III.3

El Caribe (11 países): monto promedio mensual de la pensión contributiva del seguro nacional, línea nacional de pobreza y de extrema pobreza
(En dólares)



Fuente: N. Quashie y F. Jones, "The Ageing Caribbean: 20 Years of the Madrid Plan of Action", Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2022 [en línea] https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/mipaa20_subregional_review_rev2.pdf, sobre la base de información publicada por los institutos nacionales de seguros.

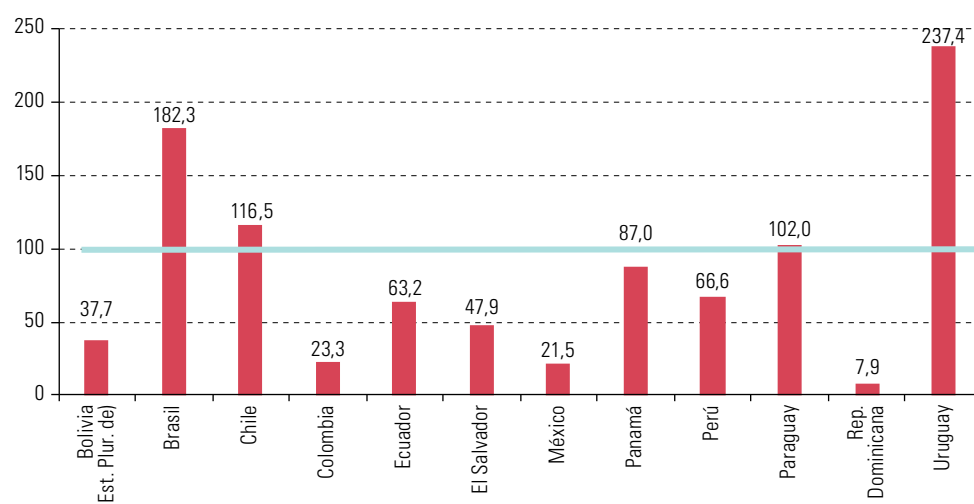
Nota: Las líneas nacionales de pobreza y extrema pobreza son las más recientes disponibles (para una persona sola adulta), actualizadas a precios de 2021 utilizando índices de precios al consumidor (las líneas mostradas en el caso de Guyana son las líneas internacionales de pobreza de 3,20 dólares y 5,50 dólares por día).

Por último, en el gráfico III.4 se muestra que, en 2017, solamente en 4 de 12 países de América Latina los montos per cápita mensuales de las pensiones no contributivas lograban igualar o superar el déficit de ingreso de la población en situación de pobreza. Este déficit se refiere a la distancia entre los ingresos mensuales per cápita de los hogares y la línea de pobreza, por lo que, si las transferencias mensuales per cápita de las pensiones no contributivas son iguales o superiores a esa cifra, permiten a los hogares superar la pobreza (Cecchini, Villatoro y Mancero, 2021).

Gráfico III.4

América Latina (12 países): monto per cápita mensual de las pensiones no contributivas con respecto al déficit de ingresos de la población en situación de pobreza, 2017

(En porcentajes del déficit de ingresos)



Fuente: L. Abramo, S. Cecchini y B. Morales, *Programas sociales, superación de la pobreza e inclusión laboral: aprendizajes desde América Latina y el Caribe*, Libros de la CEPAL, N° 155 (LC/PUB.2019/5-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2019.

Nota: El indicador relaciona el monto de la transferencia monetaria media per cápita recibida por los hogares con el déficit de ingreso per cápita promedio que afecta a los pobres con respecto al umbral de pobreza de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y tiene en cuenta el ingreso de los hogares antes de transferencias. Período de referencia de la información: Bolivia (Est. Plur. de) (2015), Brasil (2017), Chile (2017), Colombia (2017), Ecuador (2017), El Salvador (2017), México (2016), Panamá (2017), Perú (2017), Paraguay (2017), República Dominicana (2017), Uruguay (2017).

2. Ampliación de las pensiones no contributivas

Las pensiones no contributivas permiten garantizar una fuente de ingresos a las personas que durante su vida no han logrado una plena inclusión en el mercado de trabajo. Esto puede deberse a que hayan trabajado en el sector informal, a que sus trayectorias laborales sean inestables, o a que hayan encontrado obstáculos a la inserción laboral por tener una discapacidad que no les permita trabajar, o por otros motivos (Abramo, Cecchini y Morales, 2019).

Un avance muy importante para este cuarto examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) es que actualmente 25 países de la región cuentan con algún programa de pensiones no contributivas para la vejez. Algunos de estos programas son de alcance casi universal —o sea, de muy amplia cobertura, pero en los que la percepción de la prestación depende de alguna condición, como no recibir ninguna pensión contributiva—, mientras que otros se orientan exclusivamente a la población en situación de pobreza (véase el cuadro III.3).

Cuadro III.3

América Latina y el Caribe (25 países y territorios): pensiones no contributivas vigentes

Pais	Programas	Descripción
Antigua y Barbuda	Old-age Assistance Programme (1993)	El programa provee pensiones para las personas mayores que no han tenido la oportunidad de contribuir a la seguridad social.
Argentina	Pensión Universal para el Adulto Mayor (2016)	Es una prestación para las personas de 65 años y más que no cuentan con ninguna jubilación o pensión.
	Programa de Pensiones no Contributivas (1948)	Los principales usuarios son las personas en estado de vulnerabilidad social que no tienen derecho a una jubilación o pensión.
Bahamas	Old-age Non-Contributory Pension (1972)	Provee asistencia a las personas mayores que no cumplen los requisitos para la pensión de jubilación y que son consideradas como población vulnerable.
Barbados	Non-Contributory Old-Age Pension (1982)	Se enfoca en ayudar a las personas mayores y a las personas ciegas o sordomudas que no tienen un ingreso suficiente para mantenerse.
Belize	Non-Contributory Pension Program (2003)	La pensión no contributiva fue diseñada para las mujeres de 65 años y más y hombres con 67 años y más con ingresos inadecuados o sin ninguna fuente de ingreso.
Bermudas	Non-Contributory Pension (1970)	Este programa tiene el objetivo de proveer asistencia a las personas sin ninguna pensión contributiva (personas mayores y personas con discapacidad).
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Renta Universal de Vejez "Renta Dignidad" (2008)	Programa de transferencias monetarias para la persona mayor; es una pensión vitalicia no contributiva que tiene entre sus objetivos proteger el ingreso de esta población vulnerable.
Brasil	Benefício de Prestação Continuada (1996)	Se trata de un pago mensual equivalente a un salario mínimo para personas mayores de 65 años o personas de bajos ingresos con discapacidad.
	Previdência Rural (1993) ^a	Para los trabajadores rurales informales del Brasil (60 años y más en el caso de los hombres y 55 años y más en el de las mujeres).
Chile	Pensión Garantizada Universal (2022)	Dirigida a las personas mayores de 65 años que no integran un hogar perteneciente al 10% de la población con mayores ingresos, independientemente de si están trabajando o están pensionadas.
Colombia	Programa Colombia Mayor (2012)	Brinda a las personas mayores en condiciones de extrema pobreza e indigencia un subsidio que les permita financiar sus necesidades básicas.
Costa Rica	Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico (1974)	Apoya a aquellas personas que se encuentran excluidas del sistema de protección social costarricense con el objetivo de reducir la pobreza entre las personas mayores o con discapacidad.
Cuba	Régimen de Asistencia Social (1979)	Se conceden los beneficios a las personas que no tienen el derecho a las pensiones de seguridad social o que reciben subsidios que les resulten insuficientes por su situación específica.
Ecuador	Pensión para Adultos Mayores y Pensión para Personas con Discapacidad (2003)	Pensiones sociales dirigidas a las personas mayores (de 65 años o más) y a las personas en condición de discapacidad.
El Salvador	Nuestros Mayores Derechos (2009)	Tiene como propósito atender la oferta de protección social no contributiva para las personas mayores.
Guatemala	Programa de Aporte Económico del Adulto Mayor (2005)	Protege a la población mayor o con discapacidad que carece de recursos económicos y que se queda sin el derecho a otro tipo de pensiones.
Guyana	Pensión para adultos mayores (universal) (1994)	Se destina a personas de 65 años y más de escasos recursos.
México	Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores (2019)	Busca garantizar el acceso a la protección social a la población adulta mayor de 68 años o más (65 años o más en el caso de la población indígena y afroamericana).
Panamá	Programa Especial de Transferencia Económica a los Adultos Mayores (120 a los 65) (2009)	Consiste en la entrega de 120 dólares a partir de los 65 años a las personas adultas mayores que no tienen jubilación ni pensiones.
Paraguay	Pensión Alimentaria para Adultos Mayores en Situación de Pobreza (2009)	Consiste en otorgar a todas las personas de 65 años y más que viven en situación de pobreza un ingreso económico mensual para satisfacer sus necesidades básicas.
Perú	Programa Nacional de Asistencia Solidaria "Pensión 65" (2011)	Busca brindar protección social a las personas de 65 años y más que viven en situación de vulnerabilidad.
Saint Kitts y Nevis	Non-Contributory Assistance Pension (pensiones asistenciales no contributivas) (1998)	Se concede a las personas adultas mayores o con discapacidad sin ingreso estable u otro tipo de apoyo que no tienen derecho a pensiones contributivas.
San Vicente y Las Granadinas	Non-contributory Assistance Age Pension (pensión asistencial no contributiva por vejez) (1998)	Provee asistencia a las personas que no pudieron contribuir a su pensión y que por ese motivo no tienen derecho a ninguna pensión contributiva.
Trinidad y Tabago	Pensión de Ciudadanos Mayores (pensión para la tercera edad) (ex Pensión para Adultos Mayores) (2001)	Bono mensual pagado a personas de 65 años y más basado en su ingreso y estatus residencial.
Uruguay	Pensiones no contributivas por vejez e invalidez (1919)	Ampara económicamente a todas las personas que, por razones de edad o enfermedad, no pueden generar ingresos y carecen de todo tipo de recursos para cubrir sus necesidades vitales.
Venezuela (República Bolivariana de)	Gran Misión en Amor Mayor (2011)	Este programa busca asegurar la máxima protección, inclusión, respeto, bienestar y justicia social de las personas adultas mayores, sobre todo entre quienes viven en hogares con ingresos menores al salario mínimo. También garantiza el acceso de los pueblos indígenas a las pensiones a partir de los 50 años, antes que el resto de la población.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la Base de Datos de Programas de Protección Social No Contributiva en América Latina y el Caribe [en línea] <https://dds.cepal.org/bpsnc/ps> e Instituto de Previsión Social (IPS), "Pensión Garantizada Universal (PGU)", 2022 [en línea] <https://www.ips.gob.cl/servlet/internet/content/1421812197645/pension-garantizada-universal-pgu>.

^a Puede ser considerada una pensión "semicontributiva", ya que incluye aportes de las personas destinatarias.

En 2020, el Brasil contaba, en términos absolutos, con la mayor cobertura de pensiones no contributivas en la región, gracias a los programas *Previdência Rural* (Previsión Rural) y *Benefício de Prestação Continuada* (Beneficio de Prestación Continuada), que en conjunto beneficiaban a 11,7 millones de personas mayores o con discapacidad. En México, la Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores beneficiaba a 8,1 millones de personas (CEPAL, 2022e). Cabe destacar que, en México, en 2019, se extendió la protección social a la población mayor sobre la base de criterios étnico-raciales: la Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores adapta sus parámetros de elegibilidad a fin de reconocer la mayor vulnerabilidad de las personas mayores indígenas (CEPAL/FILAC, 2020)⁴.

Entre los programas más recientes, cabe destacar la Pensión Garantizada Universal de Chile que, desde 2022, amplía la anterior Pensión Básica Solidaria de Vejez, al beneficiar a personas de 65 años o más que no integran un hogar perteneciente al 10% de la población con mayores ingresos, independientemente de si están trabajando o están pensionadas.

En el Caribe también se ha seguido avanzando en esta materia. Por ejemplo, en 2021 Jamaica introdujo una nueva pensión no contributiva destinada a personas de 75 años o más que no reciban ninguna otra pensión, prestación, subsidio, ayuda o ingreso. En Guyana, el Gobierno ha conseguido aumentar el valor de la pensión de 19.000 dólares de Guyana al mes (90 dólares estadounidenses) en 2017 a 28.000 dólares de Guyana (134 dólares estadounidenses) en 2022, lo que supone unas tres veces el aumento del índice de precios al consumo durante este período.

3. Acciones y desafíos de la protección social ante el COVID-19

Durante la pandemia, los Gobiernos de la región establecieron estrategias para proporcionar protección social a un amplio conjunto de población perteneciente a los sectores más vulnerables, incluidas las personas mayores, sobre todo mediante transferencias monetarias y en especie de emergencia. Las respuestas de los Estados en materia de protección social durante la pandemia implicaron un incremento en el gasto público social sin precedentes en la región. Su objetivo fue garantizar la satisfacción de las necesidades básicas de alimentación y asegurar un piso básico de ingresos.

En lo que se refiere a los recursos, la CEPAL (2022a) indica que el gasto público del gobierno central en protección social en 2020 se ubicó en el 5,9% del PIB de la región, un aumento de 1,7 puntos porcentuales con respecto a 2019, que se explica por el gran esfuerzo que hicieron los países para proteger a la población (incluidas las personas mayores) frente a las consecuencias socioeconómicas de la pandemia. Antes de la pandemia, se apreciaba un paulatino aumento del gasto público del gobierno central en protección social, que pasó del 3,2% del PIB en el año 2000 al 4,2% del PIB en 17 países de América Latina⁵.

El incremento en el gasto público social fue clave para mitigar el aumento de la pobreza (CEPAL, 2022a). Las transferencias monetarias de emergencia, junto con los programas continuos de pensiones contributivas y no contributivas, garantizaron en muchos países el acceso a un ingreso básico que permitió a muchas personas mayores hacer frente a la crisis. De acuerdo con la CEPAL (2022a), por ejemplo, entre las personas mayores en 13 países de América Latina, la recepción de pensiones habría mitigado un aumento de 34,9 puntos porcentuales en la pobreza y de 22,9 puntos porcentuales en la pobreza extrema en 2020.

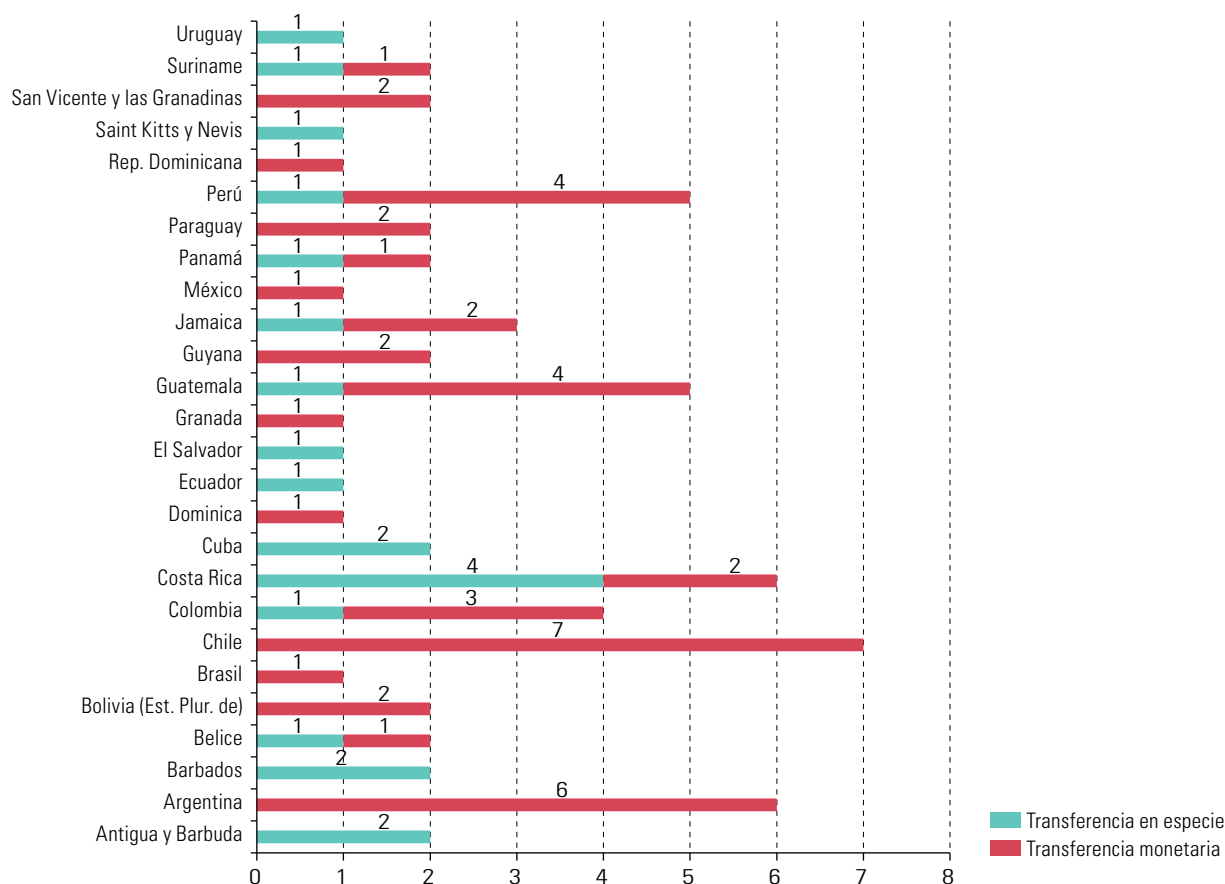
En América Latina y el Caribe, 26 países han implementado transferencias monetarias y en especie de emergencia dirigidas a personas mayores para enfrentar la pandemia. Entre marzo de 2020 y octubre de 2021 se reportan 44 medidas relativas a transferencias monetarias con el objetivo de proteger los ingresos de personas mayores vulnerables y 21 medidas de transferencias en especie para garantizar la seguridad alimentaria (véase el gráfico III.5). El total de 65 transferencias monetarias o en especie dirigidas a las personas mayores en ese período se compara con 149 dirigidas a la población adulta, 91 para niños, niñas y adolescentes y tan solo 18 para la población joven (Atuesta y Van Hemelryck, 2022).

⁴ Cuando esta pensión se orientaba a las personas de 68 años o más, en el caso de los pueblos indígenas y los afroamericanos estaba dirigida a las personas mayores de 65 años.

⁵ El promedio regional del gasto público social esconde grandes diferencias entre los distintos países y subregiones. Por ejemplo, en América del Sur, el gasto público del gobierno central en protección social llegó al 8,3% del PIB en 2020, mientras que, en Centroamérica, México y la República Dominicana, llegó solo al 3,3% del PIB y, en el Caribe, al 3,2% del PIB (CEPAL, 2022a).

Gráfico III.5

América Latina y el Caribe (26 países): número de transferencias monetarias y en especie de emergencia frente al COVID-19 que incluyen a personas mayores dentro de su población objetivo, marzo de 2020 a octubre de 2021



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de “Desarrollo Social y COVID-19 en América Latina y el Caribe” [en línea] <https://dds.cepal.org/observatorio/socialcovid19/index.php>.

En el caso de las transferencias monetarias (véase el cuadro III.4), algunos apoyos estaban vinculados a la condición de pensionado o jubilado. Sin embargo, en la mayoría de los países, los esfuerzos se centraron en proporcionar apoyo monetario a las personas mayores más vulnerables por la vía no contributiva. Destacan el caso de Colombia, que estableció un programa específico para las personas de 70 años y más que fueran trabajadoras y productoras del campo, y el de la República Dominicana, que incluyó a personas con enfermedades críticas. Es importante mencionar que, en algunos casos, las medidas de emergencia consistieron en adelantos de las transferencias de los programas existentes. No obstante, la mayoría de esas medidas representaban aumentos de los montos otorgados o la creación de nuevos programas de emergencia.

Según reportan Atuesta y Van Hemelryck (2022, pág. 33), durante la pandemia “los montos de las transferencias entregadas no han sido suficientes para cubrir las necesidades básicas de los receptores”. En el período comprendido entre marzo de 2020 y diciembre de 2021, solo Chile otorgó transferencias monetarias por un monto promedio mensual cercano o superior a la línea de pobreza. Además, la suficiencia de las transferencias monetarias de emergencia sufrió un deterioro durante 2021 como resultado de la discontinuidad de varias medidas, por ejemplo, en Costa Rica y el Perú (véase el gráfico III.5).

Cuadro III.4

América Latina y el Caribe (19 países): transferencias monetarias de emergencia para enfrentar el COVID-19 dirigidas a personas mayores o las incluyeron

País	Programa
Argentina	Subsidio extraordinario para jubiladas y jubilados y para quienes reciben pensiones no contributivas
	Incremento de las prestaciones previsionales
	Subsidio de Contención Familiar
	Pago extraordinario a jubilados
	Bono para beneficiarios de pensiones no contributivas
	Reintegro del 15% para compras con tarjeta de débito
Belice	Programa de Transferencias Monetarias COVID-19 de Belice
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Aguinaldo anual de la Renta Universal de Vejez "Renta Dignidad"
	Canasta Familiar
Brasil	Transferencia anticipada del monto del Beneficio de Prestação Continuada
Chile	Bono Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) Universal
	Bono IFE Ampliado (ex Bono IFE-COVID (IFE Cuarentena e IFE Transición)
	Bono COVID-19 (IFE Preparación y Apertura)
	Bono COVID Navidad
	Ingreso Familiar de Emergencia 2.0 por COVID-19 (IFE 2.0)
	Ingreso Familiar de Emergencia por COVID-19 (IFE)
	Bono de Emergencia COVID-19
Colombia	Incentivo económico para trabajadores y productores del campo con 70 años y más
	Programa Colombia Mayor
	Giro Social - Compensación por el impuesto del valor agregado (IVA)
Costa Rica	Subsidio de emergencia del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)
	Adelanto de pensiones del Régimen No Contributivo
Dominica	Programa social de transferencia en efectivo
Granada	Programa de Apoyo a la Educación, el Empoderamiento y el Desarrollo (SEED)
Guatemala	Programa de Aporte Económico al Adulto Mayor (ampliación de la cobertura)
	Fondo Bono Familia
	Transferencias monetarias
	Bono jubilados y pensionados del Estado
Guyana	Bono de pago único para pensionados, beneficiarios de asistencia pública y personas con discapacidad
	Pago anticipado de pensión por vejez
Jamaica	Programa de Avance mediante la Salud y la Educación (PATH) (aumento del 50% del monto ordinario de la transferencia)
	Programa de subvención compasiva COVID 19-CARE
México	Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores
Panamá	Nuevo Plan Panamá Solidario
Paraguay	Tekoporã (pago adicional y aumento de cobertura)
	Pensión Alimentaria para Adultos Mayores en Situación de Pobreza (anticipo del pago)
Perú	Bono Yanapay Perú
	Bono 600 soles
	Adelanto de transferencia a usuarios del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres (Juntos)
	Pensiones no contributivas, Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 y Programa CONTIGO (doble pago de manera anticipada)
República Dominicana	Programa Quédate en Casa
San Vicente y las Granadinas	Beneficio de Asistencia Provisional para Sanvicentinos Vulnerables
	Pago anticipado a pensionistas
Suriname	Disposición General de Vejez

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de "Desarrollo Social y COVID-19 en América Latina y el Caribe" [en línea] <https://dds.cepal.org/observatorio/socialcovid19/index.php>.

En el caso de las transferencias en especie, en América Latina, Colombia estableció el programa Colombia Está Contigo, Apoyo al Adulto Mayor, que se orienta a personas mayores; el Ecuador promovió apoyos a grupos de atención prioritaria que incluyen a personas mayores, y el Perú y el Uruguay también proveyeron apoyos alimentarios de emergencia a las personas mayores. En el Caribe, Barbados, además de proporcionar apoyo

alimentario, incluyó en su programa paquetes con productos de higiene para personas vulnerables, personas mayores y personas con discapacidad. Por su parte, Jamaica también incluyó, además de alimentos, artículos de aseo y cuidado personal (véase el cuadro III.5).

Cuadro III.5

América Latina y el Caribe (14 países): transferencias en especie de emergencia para enfrentar el COVID-19 dirigidas a personas mayores

País	Programa
Antigua y Barbuda	Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia COVID-19
Barbados	Vouchers de alimentos Paquetes de cuidado
Belice	Nuevo Programa de Asistencia Nutricional
Colombia	Colombia Está Contigo, Apoyo al Adulto Mayor
Costa Rica	Estrategia para atención integral de personas adultas mayores por COVID-19 Entrega de alimentos - Campañas "Con vos podemos" y "Enlace de esfuerzos" Alimentación de adultos mayores
Cuba	Alimentos para adultos mayores Cambio en la entrega alimentaria del Sistema de Atención a la Familia
Ecuador	Apoyo a grupos de atención prioritaria
El Salvador	Canastas alimentarias Programa de Emergencia Sanitaria (PES)
Guatemala	Dotación alimentaria, "Programa de Apoyo Alimentario y Prevención del COVID-19"
Jamaica	Programa de Avance mediante la Salud y la Educación (PATH) (aumento del 50% del monto ordinario de la transferencia) Paquetes de asistencia social
Perú	Repartición de alimentos del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma
Saint Kitts y Nevis	Entrega cupones de comida
Suriname	Paquetes de apoyo COVID-19
Uruguay	Canasta de Alimentos

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de "Desarrollo Social y COVID-19 en América Latina y el Caribe" [en línea] <https://dds.cepal.org/observatorio/socialcovid19/index.php>.

Además, la pandemia dio lugar a la implementación de otros apoyos, tales como políticas para el sostenimiento de la relación laboral, subsidios para incentivar la contratación y la reincorporación de personas trabajadoras, medidas orientadas al mantenimiento del suministro de los servicios básicos, fijación y control de precios de los productos de la canasta básica y alquileres, facilidades de pago de crédito e hipotecas y alivios tributarios. Por ejemplo, en el caso de los servicios básicos (agua, electricidad e Internet) hasta octubre de 2021 se aplicaron 45 medidas de prohibición del corte de servicios, reconexión por falta de pago y postergación o acuerdos para el pago de las facturas. En algunos casos se trataba de medidas de carácter general y, en otros, de medidas dirigidas a poblaciones vulnerables, como las personas que vieron disminuidos sus ingresos o que se encontraban en situación de desempleo (Atuesta y Van Hemelryck, 2022; CEPAL, 2022c). Aunque muchas personas mayores pudieron ser beneficiarias de estas medidas, únicamente se les consideró de manera explícita en los casos de Jamaica (que garantizaba servicio de energía eléctrica a las personas registradas en el Consejo de Personas con Discapacidad de Jamaica, así como a las personas mayores que vivían solas) y Panamá (que garantizó el 30% de la reducción de la tarifa para jubilados y pensionados) (CEPAL, 2022c).

Respecto de la protección social contributiva, de acuerdo con el *Panorama Social de América Latina, 2021* (CEPAL, 2022a), entre 2019 y 2020 se apreció un leve aumento en la proporción de personas afiliadas y cotizantes con 65 años y más, lo que se podría vincular con el déficit de pensiones adecuadas y la necesidad que tienen las personas mayores de continuar insertas en el mercado laboral. Sin embargo, se registró una caída considerable en la afiliación y cotización a los sistemas de protección social entre las personas jóvenes. Además, se registró un aumento de los retiros anticipados de ahorro en las cuentas individuales en países como Chile y el Perú, lo que representa importantes riesgos de desprotección social para el futuro. Por ello, el reto es establecer medidas para paliar estos efectos negativos de la pandemia en las generaciones más jóvenes.

B. Participación económica de las personas mayores en el mercado de trabajo

La contribución de las personas mayores al desarrollo se da también a través de la participación laboral. Entre las personas mayores se ha afianzado la idea de continuar en el mercado de trabajo como un derecho al que pueden optar. También lo cierto es que esta participación laboral se enmarca en un contexto de baja cobertura y de ingresos insuficientes de los sistemas de pensiones, así como de otros procesos que precarizan la vida en la vejez, como los vinculados a las desigualdades económicas de género derivados de la viudez o de la jefatura familiar (Huenchuan, 2018). Los niveles de participación varían según el país, los grupos de edad y el sexo, así como el tipo de ocupación y los ingresos y prestaciones que se alcanzan ante esta aportación (CEPAL/OIT, 2018). A su vez, existen mejores condiciones de salud y perfiles educativos que favorecen la inserción laboral con autonomía (CEPAL/OIT, 2018).

En CEPAL/OIT (2018) se proyectó que las personas de 60 años y más en la fuerza laboral de la región llegarían al 8,3% en 2020 y al 15,0% en 2050. Las tasas de participación, desde 1980, se han incrementado en este segmento de la población, así como en los subgrupos etarios. En las proyecciones de esta participación al año 2050 se estiman ligeros aumentos hasta el grupo de edad de 70 a 74 años. Cabe señalar que esta tendencia presenta diferencias entre las mujeres y los hombres. Desde la década de los ochenta, las mujeres mayores incrementaron su participación económica de forma más pronunciada y, según las proyecciones, esta situación continuará hasta 2050, incluso en edades muy avanzadas. En el caso de los hombres mayores ocurre también un incremento en el mismo período, pero en edades muy avanzadas disminuye esta participación, probablemente debido al mayor acceso a pensiones contributivas (véase el cuadro III.6) (CEPAL/OIT, 2018).

Cuadro III.6

América Latina (20 países)^a: tasas de participación y proporción de personas mayores de 60 años en la población total y en la fuerza de trabajo, por sexo y subgrupo etario, 1980-2050

(En porcentajes)

Edad y sexo	1980	2000	2010	2015	2020	2030	2040	2050
Tasa de participación (total)								
60 a 64 años	41,1	43,4	48,4	49,6	50,2	50,7	51,7	51,9
65 a 69 años	30,2	31,6	35,4	36,0	36,2	36,1	36,8	37,1
70 a 74 años	22,3	22,5	25,2	25,6	25,3	24,8	24,6	25,1
75 a 79 años	17,0	16,7	18,5	18,7	18,6	18,1	17,7	18,0
Tasa de participación (mujeres)								
60 a 64 años	17,3	23,3	31,3	32,8	33,3	33,3	33,8	33,8
65 a 69 años	12,3	15,9	21,9	22,8	23,0	22,8	23,1	23,2
70 a 74 años	8,7	10,7	14,9	15,6	15,5	15,3	15,2	15,5
75 a 79 años	6,7	7,9	10,7	11,0	11,0	10,7	10,5	10,6
Tasa de participación (hombres)								
60 a 64 años	67,3	65,9	67,5	68,6	69,4	70,3	71,2	71,3
65 a 69 años	51,0	50,1	51,0	51,2	51,6	51,5	52,5	52,6
70 a 74 años	38,8	37,3	37,8	37,7	37,1	36,4	36,0	36,2
75 a 79 años	30,1	28,8	29,0	28,7	28,4	27,6	27,0	27,1
Proporción de personas de 60 años y más en la fuerza de trabajo (ambos sexos)	5,4	5,5	6,6	7,5	8,3	10,3	12,7	15,0

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Organización Internacional del Trabajo (OIT), "La inserción laboral de las personas mayores: necesidades y opciones", *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe*, N° 18 (LC/TS.2018/39), Santiago, 2018.

^a Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

1. Tendencias de ocupación de las personas mayores

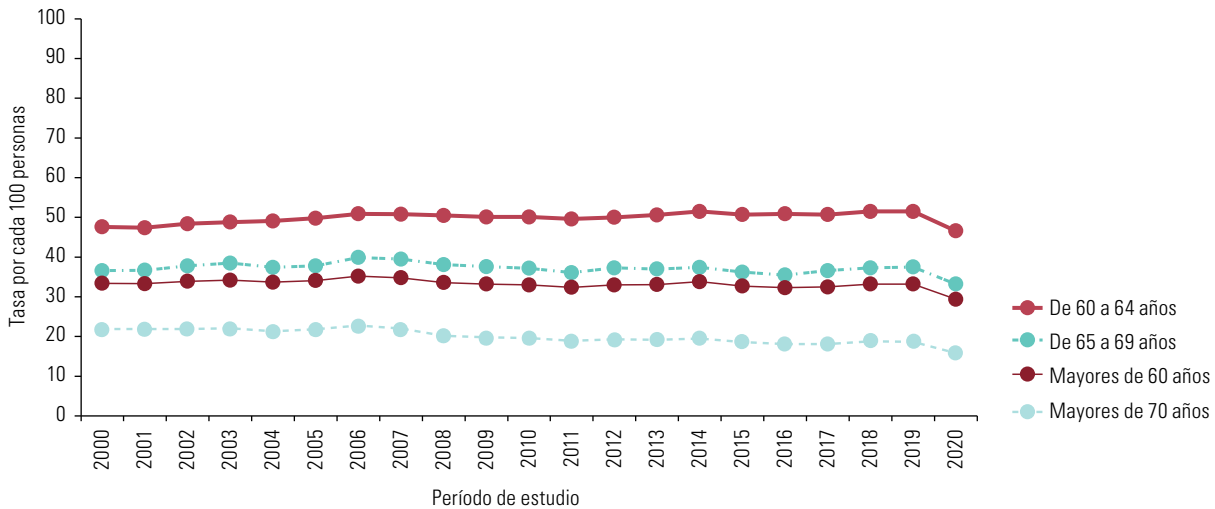
Entre los años 2000 y 2019, las tasas de ocupación de las personas mayores de ambos sexos en 18 países de América Latina permanecieron estables alrededor del 33% entre los mayores de 60 años, pero bajaron del 21,9% al 18,7% en el grupo de mayores de 70 años⁶. Luego, debido al efecto de la pandemia, en 2020 la tasa de ocupación disminuyó en todos los grupos de edad, tanto en el caso de los hombres como de las mujeres.

Entre los hombres mayores, que generalmente siguen siendo jefes de hogar y proveedores económicos, el nivel de ocupación es mucho mayor que entre las mujeres. Sin embargo, entre 2000 y 2019 los hombres mayores experimentaron un descenso significativo de la tasa de ocupación, que pasó del 50% al 46,3% entre los mayores de 60 años y del 35,3% al 28,1% en el grupo de mayores de 70 años. Las mujeres mayores de 60 años, por su parte, experimentaron un aumento, del 19,5% en 2000 al 22,4% en 2019, mientras que en el caso de las mujeres de más de 70 años la tasa de ocupación se mantuvo estable alrededor del 11,5% (véase los gráficos III.6 a III.9). En CEPAL/OIT (2018) se indica que la participación laboral de las mujeres de 60 años y más debe considerarse en el contexto del incremento gradual de la inserción de las mujeres en los mercados de trabajo y de la reducción de las brechas de participación y ocupación entre hombres y mujeres en todos los grupos etarios.

Gráfico III.6

América Latina y el Caribe (18 países)^a: tasas de ocupación, personas de ambos sexos de 60 años y más, según grupos de edad, 2000-2020

(En porcentajes)



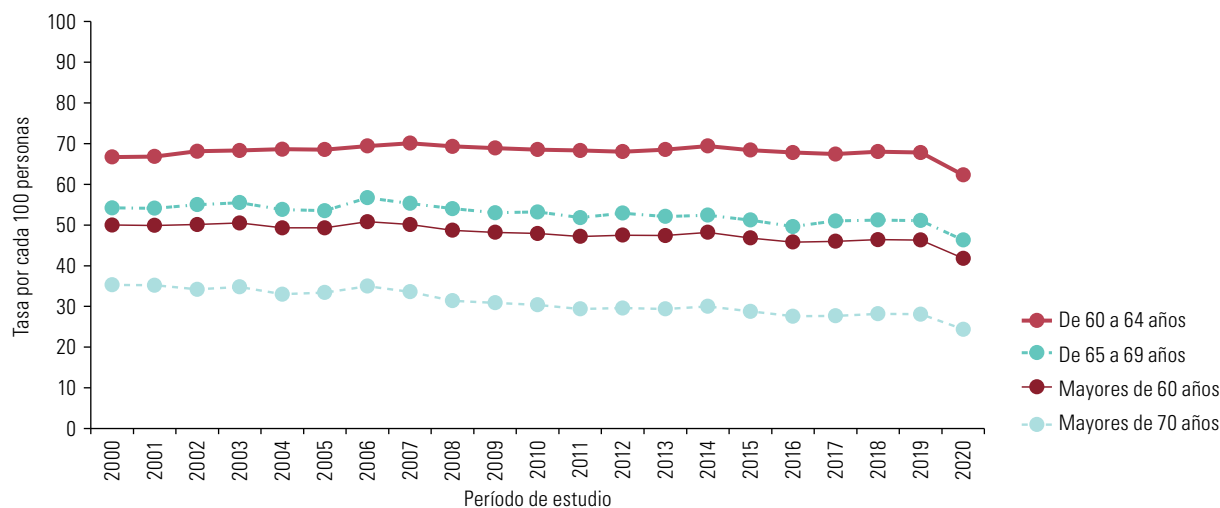
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base del Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG).

^a Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de).

⁶ Las bajas tasas de ocupación entre las personas mayores de 70 años suelen ser resultado de la aparición de enfermedades o discapacidad.

Gráfico III.7

América Latina y el Caribe (18 países)^a: tasas de ocupación, hombres de 60 años y más, según grupos de edad, 2000-2020 (En porcentajes)

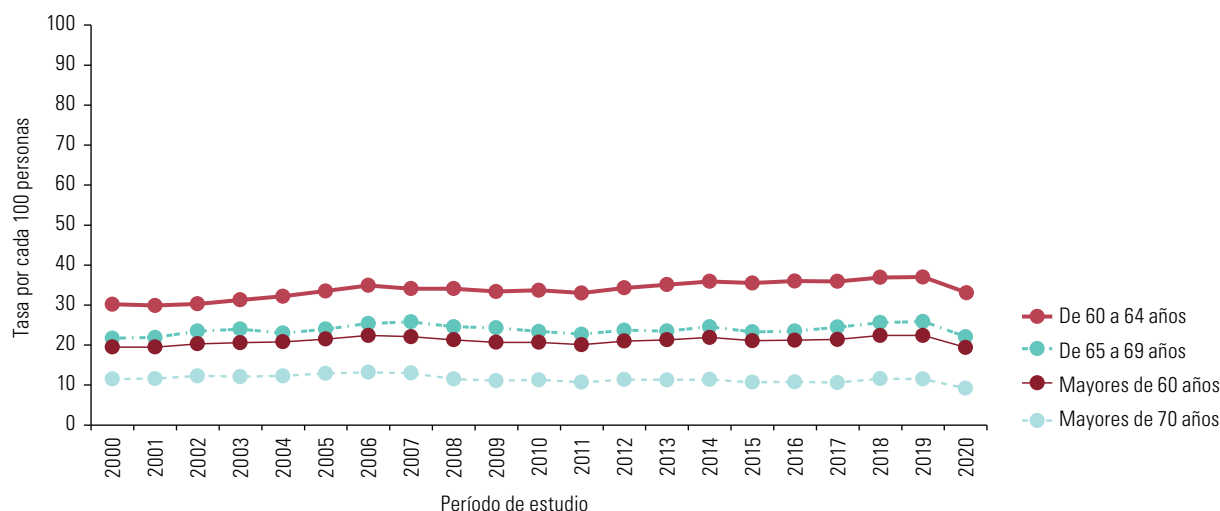


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base del Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG).

^a Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de).

Gráfico III.8

América Latina y el Caribe (18 países)^a: tasas de ocupación, mujeres de 60 años y más, según grupos de edad, 2000-2020 (En porcentajes)



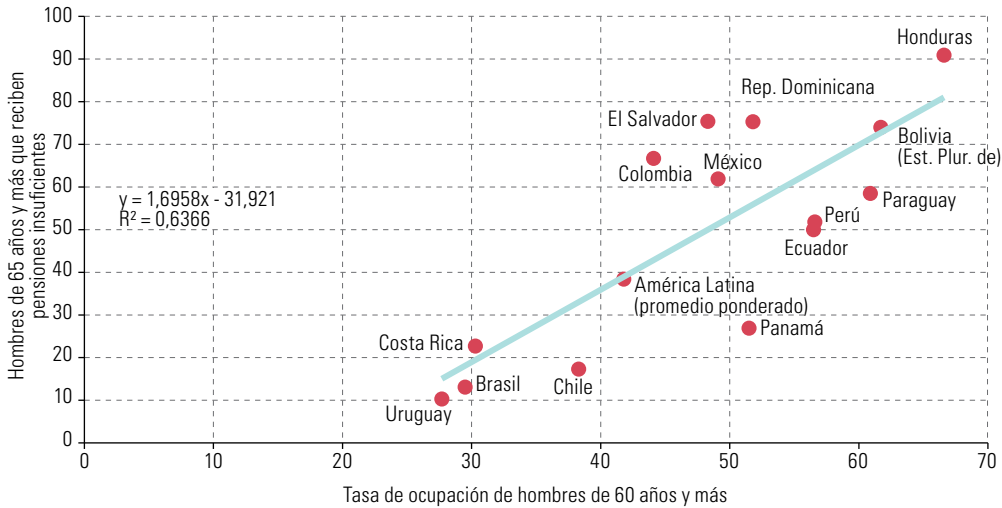
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base del Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG).

^a Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de).

Las diferencias en las tasas de ocupación de las personas mayores según los países guardan una estrecha correlación con el porcentaje de personas mayores que tienen pensiones insuficientes, tanto en el caso de los hombres (véase el gráfico III.9) como en el de las mujeres. No obstante, las tasas de ocupación de las mujeres son más bajas y sus porcentajes de pensiones insuficientes son más altos con respecto a los de hombres mayores (véase el gráfico III.10).

Gráfico III.9

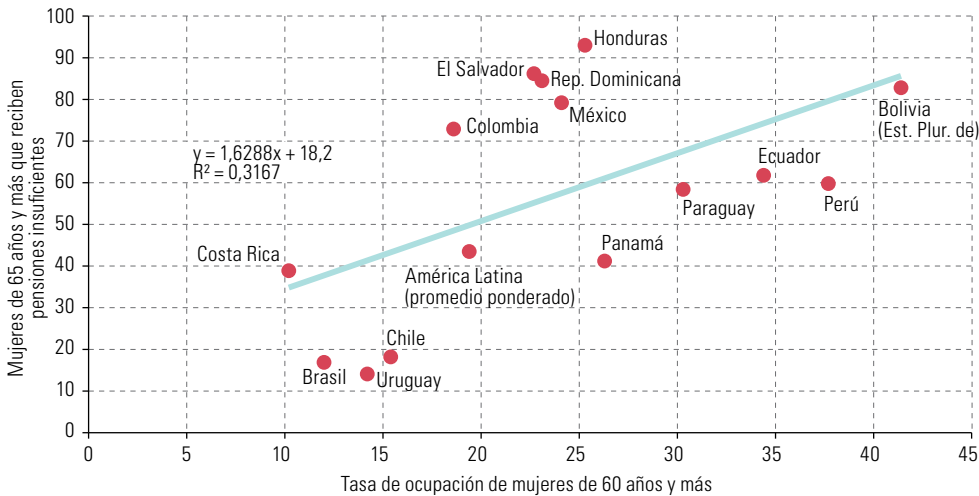
América Latina y el Caribe (14 países): tasas de ocupación de hombres de 60 años y más y hombres de 65 años y más que reciben pensiones insuficientes, 2020
(En porcentajes)



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

Gráfico III.10

América Latina y el Caribe (14 países): tasas de ocupación de mujeres de 60 años y más y mujeres de 65 años y más que reciben pensiones insuficientes, 2020
(En porcentajes)



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

Los desafíos de la inserción laboral de las personas mayores en los países de la región remiten, por lo tanto, a las desigualdades de género y a la escasa cobertura e insuficiencia de las prestaciones de los sistemas de pensiones. El empleo decente debería ser una opción y no una obligación que afecte a la calidad de vida de las personas mayores. La mayor participación de las personas mayores está correlacionada negativamente con la cobertura e ingresos en pensiones, lo que obliga a las personas a realizar trabajo remunerado y no remunerado en condiciones precarias. En CEPAL/OIT (2018) se menciona que los elevados niveles de inserción laboral de las personas mayores que superaron la edad legal de jubilación constituyen una clara advertencia sobre la debilidad de los sistemas de protección social de la región.

Por último, respecto del diseño de políticas públicas en el contexto de envejecimiento, es importante señalar la necesidad de fortalecer los sistemas de información estadístico sobre la participación de las personas mayores en el mercado laboral con datos desagregados por edad, sexo, territorio y condición étnico-racial, entre otras dimensiones de la matriz de desigualdad social.

2. Políticas, acciones y programas de inclusión laboral

Aun cuando la protección social no contributiva otorga importantes beneficios a las personas mayores, al evitar en muchos casos la profundización de la pobreza, estos recursos continúan siendo insuficientes. Muchas veces las personas mayores se ven obligadas a reinsertarse en la vida laboral o a mantenerse vinculadas al mercado de trabajo, sobre todo en los países que tienen menores tasas de cobertura previsional y niveles de pensiones.

El autoempleo, al ofrecer la posibilidad de gestionar de manera flexible las horas laborales y los espacios de trabajo, es una opción que suelen aprovechar las personas mayores. Sin embargo, existe un alto riesgo de que el autoempleo se asocie al empleo informal. Por ese motivo, algunos países de la región, con el fin de promover el trabajo decente, han implementado acciones y programas que buscan incentivar el trabajo formal de las personas mayores. Por ejemplo, Chile y Colombia han adoptado incentivos fiscales y subsidios como una estrategia que contribuye a la inserción y reinserción de las personas mayores en el mercado de trabajo. En este rubro destacan los programas que vinculan subsidios y capacitación para el empleo que, en el caso chileno, proporcionan subsidios focalizados a personas de 55 años y más.

También es importante destacar la existencia de esfuerzos que promueven la participación de las propias personas mayores en la toma de decisiones de política pública. Tal es el caso de Colombia, donde el Consejo Nacional de Personas Mayores promueve el empleo, la autonomía económica y el emprendimiento y busca crear empleo formal para personas mayores en el sector público (véase el cuadro III.7).

Cuadro III.7

América Latina (5 países): programas y estrategias para incentivar el trabajo formal de las personas mayores

País	Tipo	Nombre	Descripción
Argentina	Programa	Programa de Inserción Laboral (PIL)	Tiene el objetivo de promover la inserción laboral de trabajadores con mayores dificultades de empleabilidad, incluidas las personas mayores. Brinda a las empresas que los contraten una ayuda económica del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social que cubre parte de su salario.
Chile	Programa	Programa Experiencia Mayor del Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE)	El programa se orienta de manera exclusiva a personas de 60 años o más (sin tope de edad) desempleadas, y considera una bonificación por concepto de contratación de hasta el 60% de un ingreso mínimo mensual por los primeros seis meses de contrato, que luego se reduce al 20%. Contempla también una bonificación opcional por concepto de capacitación de hasta 400.000 pesos por persona contratada.
	Proyecto de ley (actualmente en primer trámite constitucional en el Senado y segundo informe de la Comisión Especial del Adulto Mayor)	"Promoción del envejecimiento positivo, el cuidado integral de los adultos mayores y el fortalecimiento de la institucionalidad del adulto mayor"	i) Definición de trabajador adulto mayor, en concordancia con la ya establecida en el artículo 1, inciso segundo de la Ley núm. 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor; ii) compatibilidad de las funciones con la salud del trabajador adulto mayor; iii) alternativas de distribución de jornada; iv) posibilidad de suspender el contrato en cualquier momento; v) contratación previa a tener la calidad de trabajador adulto mayor; vi) facultad del trabajador adulto mayor para hacer uso de su feriado anual de forma proporcional a partir del séptimo mes contado.
	Incentivo fiscal	Subsidio Contrata	El objetivo es incentivar la reactivación económica por la vía de ofrecer incentivos a la contratación de nuevos trabajadores. La empresa contratante recibe ayudas para el pago de remuneraciones (ocho meses las grandes empresas y diez meses las pymes), según los siguientes grupos y tramos de rentas: hombres entre 18 y 54 años con renta inferior a 500.000 pesos, el 50% de remuneración mensual bruta (RMB); renta entre 500.000 y 961.500 dólares = 250.000 pesos. En cuanto a los jóvenes (18-23 años), mujeres, personas con discapacidad y hombres de 55 años y más y con renta inferior a 450.000 pesos = el 65% de RMB; renta entre 450.000 y 961.500 pesos = 290.000 pesos.
	Incentivo fiscal	Subsidio Regresa	El objetivo es favorecer la reactivación económica mediante incentivos para la reincorporación de trabajadores con suspensión de contrato laboral en virtud de la Ley de Protección del Empleo. La empresa contratante recibe ayudas para el pago de remuneraciones (seis meses para las grandes empresas y ocho meses para las pymes) según los siguientes grupos y tramos de rentas: hombres de 24 años o más, según RMB: 160.000 pesos mensuales por cada trabajador concedido; jóvenes (18 a 23 años), mujeres, hombres de 55 y más años y personas con discapacidad, según RMB de 200.000 pesos mensuales por cada trabajador concedido.

País	Tipo	Nombre	Descripción
Colombia	Organismo	Consejo Nacional de Personas Mayores	Promover las políticas públicas relacionadas con el empleo de las personas mayores, que propendan a la autonomía económica para el tránsito a una vejez digna.
	Incentivo fiscal	Acceso al beneficio de Estímulo Económico para Planes de Negocio o Capital Semilla para excombatientes en procesos de reintegración	De conformidad con la Resolución núm. 754 de 2013 de la Agencia Colombiana para la Reintegración de Personas y Grupos Alzados en Armas por la que se estableció el "acceso al beneficio de Estímulo Económico para Planes de Negocio o Capital Semilla" y el Decreto núm. 899 de 2017, mediante el que se fija el valor asignado a cada uno de los excombatientes de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo (FARC-EP) en proceso de reintegración. Los desembolsos para proyectos productivos colectivos liderados por personas mayores en reincorporación han beneficiado a 136 personas, de las cuales 127 son hombres y 9 mujeres. En cuanto a proyectos productivos individuales, la cobertura se ha extendido a 224 personas, de ellas 21 mujeres y 203 hombres. En total se han entregado a 360 personas para proyectos productivos entre individuales y colectivos. Por sectores productivos, estos proyectos están distribuidos entre: el sector primario de la economía (236), el sector secundario (25), el sector terciario (95) y los tres sectores en conjunto (4). En el programa de reintegración se han realizado desembolsos para proyectos productivos a 396 personas, de ellas 53 mujeres y 343 hombres.
Cuba	Decreto Ley núm. 36/2021	Medidas que faciliten la reincorporación al trabajo de los pensionados por edad	Dirigido a los beneficiarios del régimen general de seguridad social, mediante la flexibilización de su contratación. Quedan facultados los jefes máximos de las entidades laborales para autorizar la reincorporación de un pensionado en el mismo cargo que desempeñaba al momento de obtener la pensión y devengar simultáneamente la pensión y el salario, siempre que responda al interés de la entidad y previa consulta con el Consejo de Dirección.
México	Programa	Servicio de Vinculación Productiva	Se promueve el acceso al mercado laboral para que la persona obtenga un empleo formal, conforme a su oficio, habilidad o profesión. Se aprovecha así la experiencia de las personas adultas mayores que, a su vez, son retribuidas con un salario.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002).

La discriminación por edad (edadismo) y género sigue siendo uno de los principales retos a enfrentar para hacer realidad la inclusión laboral de las personas mayores. Los prejuicios y estereotipos contra las personas mayores, que se han profundizado durante la pandemia, incrementan las desigualdades desde la perspectiva interseccional, lo que dificulta el acceso a un empleo decente. Por lo tanto, si se desea incentivar que las personas mayores tengan empleos de calidad, es importante diseñar medidas que contribuyan a combatir cualquier forma de discriminación en el espacio laboral.

En este sentido, los esfuerzos señalados por algunos países en sus informes nacionales se centran en importantes reformas legislativas orientadas a combatir la discriminación en las relaciones de trabajo en las empresas y eliminar criterios de edad para acceder a programas de capacitación. Por ejemplo, en Chile se procedió a eliminar el límite de edad en los programas del Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE), con lo que se puso fin a una forma de edadismo que afectaba el derecho a la educación a lo largo de la vida y en el empleo (véase el cuadro III.8).

Cuadro III.8

América Latina (3 países): esfuerzos para combatir la discriminación contra las personas mayores en el ámbito laboral

País	Nombre	Objetivo	Descripción
Brasil	Decreto núm. 9.571, de 21 de noviembre de 2018	Combatir la discriminación en las relaciones de trabajo y promover la valoración y el respeto de la diversidad en sus áreas y jerarquías, con énfasis en la salvaguarda de la igualdad de salarios y beneficios para cargos y funciones con atribuciones similares.	Se determinó que es deber de las empresas cumplir el objetivo antes mencionado, independientemente de criterios de género, orientación sexual, procedencia étnico-racial, origen, edad, religión, apariencia física y discapacidad.
Colombia	Ley núm. 2055 de 2020	Adoptar la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.	La Convención se constituye en un instrumento para demandar la igualdad en sus dos facetas: formal y material.
Chile	Eliminación del límite de edad en programas del Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE)	En 2019, mediante el Decreto núm. 9 se modificó el Decreto núm. 42 de 2011, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, con el fin de eliminar la edad límite establecida para acceder a los programas de capacitación del SENCE. Hasta antes de 2019, el tope de edad era 65 años.	El decreto puso fin a una discriminación arbitraria y se permitió a un gran número de personas mayores continuar con su capacitación o incluso reconvertirse laboralmente, con el fin de facilitar su ingreso al mundo del trabajo, cuando así lo deseen, por medio de la adquisición de las competencias y habilidades requeridas.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002).

Por último, en el marco de la pandemia, los países adoptaron políticas de carácter temporal para el sostenimiento de la relación laboral dirigidas al mercado formal, que no tenían restricción vinculada con la edad. Por otro lado, se modificaron o ampliaron los instrumentos de protección contra el desempleo (CEPAL/OIT, 2021). También

se incluyeron políticas de subsidios con el fin de incentivar la contratación y la reincorporación de trabajadores. En pocos casos se incentivó directamente la reincorporación de las personas mayores, pero en ese sentido destacan el Uruguay y Chile, que contemplaron a la población mayor de 45 y 55 años, respectivamente.

C. Educación a lo largo de la vida

El concepto de educación se ha transformado en las últimas décadas, acercándose a una perspectiva de desarrollo, con un enfoque de derechos que la define como un medio para alcanzar el bienestar. En 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció tres pilares para lograr un envejecimiento activo: salud, participación y seguridad (OMS, 2022). No obstante, en 2015, el mismo organismo estableció que la educación a lo largo de la vida es el cuarto pilar del envejecimiento activo, pues da elementos a las personas mayores para adaptarse ante la globalización y la expansión y diversificación de los mercados de trabajo, así como para mantenerse saludables, competentes y comprometidas con la sociedad de modo que puedan alcanzar el bienestar (ILC-BR, 2015).

De esa manera, los procesos educativos acompañan el curso de vida de las personas y se configuran como un derecho humano en el proceso de envejecimiento⁷. La educación implica dar elementos a las personas mayores para participar activamente en la sociedad, actuando sobre su propia vida, sus contextos y sus derechos (Naciones Unidas, 2002).

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento establece en su orientación prioritaria I, cuestión 4: “Acceso al conocimiento, la educación y la capacitación,” la necesidad de garantizar la igualdad de oportunidades durante toda la vida en materia de educación permanente, capacitación y orientación profesional. Para lograrlo es necesario: i) mejorar los niveles de capacitación tanto en primeras letras y aritmética como en alfabetización especializada y en informática para las personas mayores, incluidas las que presenten discapacidades; ii) aplicar políticas que promuevan la capacitación para el trabajo, y iii) garantizar que todas las personas puedan aprovechar los beneficios de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), especialmente las mujeres. Además, en el Plan se reconoce que es necesario favorecer la utilización plena de las posibilidades y los conocimientos de las personas de todas las edades, reconociendo los beneficios derivados de la mayor experiencia adquirida con la edad (Naciones Unidas, 2002).

A su vez, en el artículo 20 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores se afirma que las personas mayores tienen derecho a la educación en igualdad de condiciones con otros sectores de la población y sin discriminación, incluida la educación formal en los distintos niveles, los programas de alfabetización y posalfabetización, la formación técnica y profesional. También tienen derecho a la educación permanente continua, sobre todo para quienes habitan en áreas rurales, además de que se debe promover la educación y formación de la persona mayor en el uso de las nuevas TIC. Por su parte, el Objetivo de Desarrollo Sostenible 4 propone que los Estados busquen garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos.

El aprendizaje a lo largo de la vida implica el reconocimiento de que los procesos educativos no son exclusivos de determinadas etapas de la vida y que los contextos en que viven las personas (comunidades, espacios de trabajo, hogares) son entornos de aprendizaje, por lo que se reconoce el valor de la educación formal y no formal, sobre todo en el caso de las personas mayores.

La promoción del aprendizaje a lo largo de la vida permite a las personas mayores potenciar habilidades y competencias necesarias para facilitar su adaptación a los entornos cambiantes en materia de TIC. El mundo está viviendo un gran cambio digital en el que la ciudadanía activa requiere acceso a las TIC, así como el fomento de su uso y apropiación. Esta perspectiva se ha adoptado en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que busca “garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos” (Naciones Unidas, 2018).

⁷ La educación es un derecho humano reconocido y regulado por diversos instrumentos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En lo que respecta a las personas mayores, este derecho se encuentra establecido en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo y en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

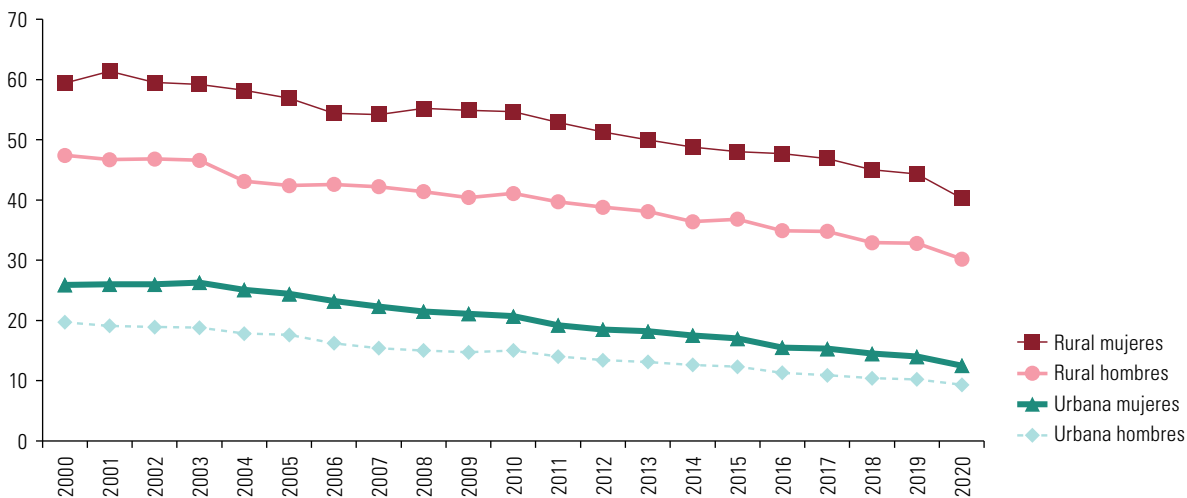
Como derecho humano, la educación a lo largo de la vida también debe coadyuvar a brindar sentido a la dignidad de las personas, aportar capacidades para participar efectivamente en sociedades libres y favorecer la comprensión de la diversidad y de las condiciones de vulnerabilidad que experimentan las personas. Estas vulnerabilidades pueden estar relacionadas con la edad, el género, la procedencia étnica, la identidad de sexo y género, la situación migratoria o las condiciones de discapacidad, entre otras.

1. Situación de la educación de las personas mayores

En las últimas dos décadas se han registrado avances en lo que respecta a la situación educativa de las personas mayores. No obstante, se han señalado múltiples desafíos. En América Latina, la tasa de analfabetismo de personas de 60 años y más muestra un decremento entre los hombres y mujeres en áreas urbanas y rurales. Sin embargo, no parecen cerrarse ni la brecha entre zonas urbanas y rurales ni la brecha de género en zonas rurales. Las mujeres en áreas rurales son quienes presentan las mayores tasas de analfabetismo (40,3% en 2020), lo que sin duda repercute en su calidad de vida y en un menor nivel de desarrollo personal (véase el gráfico III.11).

Gráfico III.11

América Latina (17 países)^a: tasa de analfabetismo de la población de 60 años y más, por sexo y área geográfica, 2000-2020 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), CEPALSTAT [base de datos en línea] <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat> [fecha de consulta: 25 de octubre de 2022].

^a Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de).

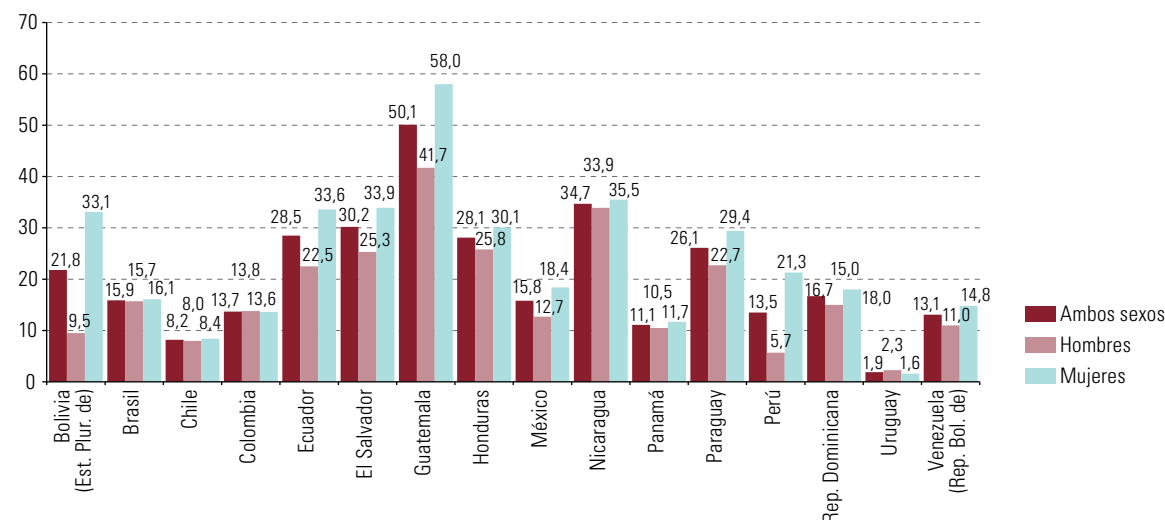
Las elevadas tasas de analfabetismo de las personas de 60 años y más, y muy especialmente las de las mujeres, en casos como los de Guatemala, Nicaragua, Bolivia (Estado Plurinacional de), El Salvador, el Ecuador, Honduras, el Paraguay y el Perú, ponen de relieve que el rezago educativo en este grupo poblacional sigue siendo un tema prioritario de política pública que requiere una perspectiva de edad y género. Las mayores brechas en las tasas de analfabetismo entre hombres y mujeres de 60 años y más se encuentran en Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Perú, donde alcanzan el 23,6% y el 15,6%, respectivamente (véase el gráfico III.12).

En el futuro, se espera que las tasas de analfabetismo sigan disminuyendo como consecuencia de las cohortes más jóvenes y con mayor escolaridad (véase el recuadro III.2). No obstante, es deseable que los gobiernos incentiven la adopción de políticas educativas que contribuyan a mejorar las habilidades básicas de lectoescritura y aritmética para las personas mayores, puesto que el analfabetismo limita tanto su autonomía como el ejercicio pleno de sus derechos (UNESCO/UNICEF/CEPAL, 2022).

Gráfico III.12

América Latina (16 países): tasa de analfabetismo de la población de 60 años y más, según sexo, último periodo de referencia

(En porcentajes)



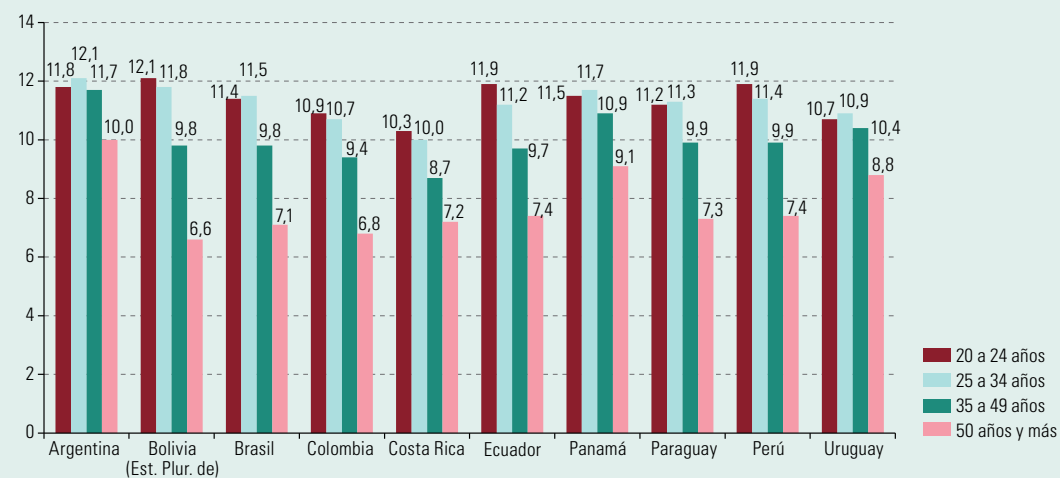
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base del Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG) y CEPALSTAT [base de datos en línea] <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat> [fecha de consulta: 25 de octubre de 2022].

Recuadro III.2

La escolarización en América Latina: efectos y desafíos generacionales

Las personas de 50 años y más experimentan las consecuencias del rezago histórico en materia educativa, especialmente en Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, el Brasil, el Paraguay y el Perú, mientras que los grupos de edad más jóvenes han ido elevando el promedio de años de escolaridad (véase el gráfico siguiente). Las próximas generaciones de personas mayores, las que hoy tienen menos de 50 años, podrían beneficiarse de la implementación de políticas educativas que permitan reparar las consecuencias negativas que ocasionan las trayectorias educativas truncadas.

América Latina (10 países): promedio de años de escolarización de la población, por grupos de edad, 2018



Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), "Indicadores estadísticos", Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina (SITEAL), 2022 [en línea] <https://siteal.iiep.unesco.org/indicadores>.

Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), "Indicadores estadísticos", Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina (SITEAL), 2022 [en línea] <https://siteal.iiep.unesco.org/indicadores>.

Según datos de 2018 sobre la finalización de programas educativos (primaria, secundaria baja y alta y terciaria) por parte de la población de 50 años y más, hay bajos niveles (entre 40% y 60%) de finalización de la educación primaria, sobre todo en Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil y el Paraguay. Más alentadores son los casos de la Argentina, el Uruguay y Panamá, donde más de tres cuartas partes de la población finalizó la educación primaria. En cuanto al nivel de secundaria baja, en el mismo año y grupo etario, sobresalen los resultados de la Argentina, Panamá, el Perú y el Uruguay, mientras que, respecto de la secundaria alta, los indicadores más elevados se encuentran en la Argentina, Panamá, el Perú, el Brasil y Colombia, en orden decreciente. En la educación terciaria, la Argentina y el Perú presentan los porcentajes más elevados de finalización de este nivel entre la población de 50 años y más, un 20,6% y un 15,3%, respectivamente (véase el cuadro III.9).

Cuadro III.9

América Latina (10 países): población de 50 años y más que finalizó programas de educación formal, 2018
(En porcentajes)

País	Educación primaria	Educación secundaria baja	Educación secundaria alta	Educación terciaria o universitaria
Argentina	90,6	53,8	47,8	20,6
Bolivia (Estado Plurinacional de)	43,8	31,9	26,9	12,8
Brasil	52,1	37,5	32,2	12,5
Colombia	64,8	34,9	30,5	9,4
Costa Rica	73,8	34,7	27,2	10,0
Ecuador	70,2	36,5	29,2	8,6
Panamá	80,6	52,0	39,6	14,1
Paraguay	59,3	34,5	27,4	2,4
Perú	66,1	44,4	39,1	15,3
Uruguay	85,0	49,7	25,7	7,3

Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), "Indicadores estadísticos", Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina (SITEAL), 2022 [en línea] <https://siteal.iiep.unesco.org/indicadores>.

Es preciso fortalecer la perspectiva de educación a lo largo de la vida. La proporción de la población de 50 años y más que asiste a programas de educación formal para adultos, orientados a la culminación de los niveles de escolaridad, es inferior al 2% en diez países de América Latina, lo que contrasta con la mayor asistencia de grupos de población menor de 50 años (véase el cuadro III.10). En particular, es necesario crear programas educativos formales que se basen en diagnósticos participativos, sean atractivos para las personas mayores y respondan a sus necesidades. Además, esos programas deberían sustentarse en modelos educativos adecuados a los estilos de aprendizaje de las personas mayores, con perspectiva de género y de interculturalidad, y valorar los aportes generacionales e intergeneracionales.

Cuadro III.10

América Latina (10 países): población adulta que asiste a programas de educación formal, 2018
(En porcentajes)

Grupo de edad	Argentina	Bolivia (Estado Plurinacional de)	Brasil	Colombia	Costa Rica	Ecuador	Panamá	Paraguay	Perú	Uruguay
20 a 24 años	41,0	46,1	27,2	24,5	46,0	31,5	32,3	27,4	35,9	37,1
25 a 34 años	16,4	13,0	11,2	8,9	19,9	8,4	9,7	9,9	9,4	15,8
35 a 49 años	4,6	3,0	4,6	2,7	7,0	1,8	2,8	3,3	1,5	3,7
50 años y más	0,7	0,4	1,0	0,5	1,6	0,4	0,3	0,0	0,3	0,5

Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), "Indicadores estadísticos", Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina (SITEAL), 2022 [en línea] <https://siteal.iiep.unesco.org/indicadores>.

2. Políticas, programas y acciones de inclusión educativa

En sus informes respecto a los avances en el acceso a la educación a lo largo de la vida, 16 países han informado de la implementación de programas y acciones con miras a ampliar el acceso y las oportunidades educativas de las personas mayores. Se han considerado estrategias tanto de educación formal como no formal, con oportunidades de alfabetización, obtención de certificaciones de educación primaria y secundaria (Chile, Guatemala, México y Paraguay),

formación y capacitación para el trabajo, así como formación, actualización y capacitación en diferentes materias. En el Caribe, se han implementado programas educativos con énfasis en la promoción de la salud, el bienestar y el desarrollo, así como habilidades sociales (Saint Kitts y Nevis) y programas de capacitación gratuita (Belice).

También se han establecido programas de universidades para personas mayores con diferentes alcances. Destacan los casos de la Argentina, donde existen 52 Universidades para Adultos Mayores Integrados (UPAMI) que benefician a más de 8.000 personas; Bolivia (Estado Plurinacional de), que ha establecido dos universidades, una de ellas a cargo del municipio de la Paz y, Costa Rica, en cuya nueva Universidad Tecnológica se han matriculado 2.566 personas mayores entre 2017 y 2019. En Barbados, la Unique Helping Hands Senior School ofrece oportunidades de aprendizaje permanente para las personas mayores, que incluyen formación en informática y otros programas para mejorar las habilidades tecnológicas (por ejemplo, talleres de Zoom). Hay iniciativas similares en Saint Kitts y Nevis, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y las Islas Caimán, donde existen programas en que las personas mayores pueden inscribirse para participar en cursos impartidos en instituciones de educación superior. Se proveen oportunidades de aprendizaje permanente, en las que se da prioridad a la alfabetización tecnológica.

Los programas que se han elaborado muestran una importante tendencia a la vinculación entre el Estado, las organizaciones de la sociedad civil, las universidades y el sector privado con el objetivo de ampliar las oportunidades de acceso a la educación de las personas mayores. También se están implementando nuevos modelos y metodologías que buscan dar respuesta a las necesidades educativas específicas de las poblaciones. Entre estos, hay algunos vinculados con el aprendizaje-servicio, la impartición de conocimientos técnicos, la educación continua, la certificación de competencias laborales, las estrategias de educación comunitaria, el desarrollo cultural y artístico y los emprendimientos productivos, que en algunos casos (por ejemplo, en Paraguay), dan gran prioridad a la educación bilingüe.

En este marco, resulta necesario continuar el proceso de fortalecimiento de políticas educativas con perspectiva de género e interculturalidad. Además, en ellas se deben reconocer las necesidades educativas, estilos de aprendizaje, intereses y habilidades de las personas mayores, de manera que se traduzcan en la creación de programas formales y no formales que permitan hacer realidad la educación a lo largo de la vida.

3. Las personas mayores y la brecha digital: acceso a Internet, uso y apropiación de las TIC

La masificación de Internet, la expansión de plataformas digitales como modelo de negocio y, actualmente, la economía digitalizada, cuyos modelos de producción y consumo se basan en la incorporación de tecnologías digitales en todas las dimensiones económicas, sociales y medioambientales (CEPAL, 2021a), han traído consigo importantes transformaciones en la forma en que los habitantes de la región interactúan entre sí y con sus gobiernos (Sunkel y Ullmann, 2019).

Hace 20 años, en la orientación prioritaria I (“Las personas de edad y el desarrollo”) del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, se señaló que la falta de acceso a tecnologías que promueven la independencia y otros cambios socioeconómicos pueden marginar a las personas de edad, apartándolas de la corriente principal del desarrollo, privándolas de funciones económicas y sociales significativas y debilitando sus fuentes tradicionales de apoyo (Naciones Unidas, 2002, pág. 10).

Desde ese momento se puso en evidencia que una alternativa para lograr que las personas mayores formaran parte del desarrollo sería garantizar su incorporación en los procesos de educación a lo largo de la vida y de capacitación en el uso de las TIC⁸.

Entre las ideas centrales que se desprenden del Plan de Acción se encuentra que el acceso a la tecnología es un derecho. El uso y apropiación de las TIC se configura como una herramienta que permite a las personas mayores alcanzar la independencia y la autonomía y fortalecer la vinculación intergeneracional. Mediante la perspectiva de derechos, el Plan enfatiza la importancia de incluir las TIC como tema transversal para el diseño de políticas

⁸ En 2013, el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo estableció la importancia de desarrollar medidas que garantizaran el acceso a la comunicación y a la información de las personas de la región. Se hacía énfasis en la disminución de las brechas de desigualdad que afectan a las mujeres, las personas indígenas y los afrodescendientes y las que surgen en función de la edad.

públicas dirigidas a reducir la brecha de inclusión digital entre hombres y mujeres mayores y entre ellos y el resto de la población, a la promoción de la salud y de la seguridad ocupacional para mantener la capacidad de trabajar, a promover el aprendizaje a lo largo de toda la vida y la capacitación en el empleo, a optimizar y agilizar trámites y el uso de servicios, a la rehabilitación profesional y al establecimiento de medidas de jubilación flexible, así como de políticas públicas para procurar la reintegración en el mercado de trabajo de las personas desempleadas, sobre todo las más vulnerables (Sosa, 2021).

En el Plan de Acción Internacional también se menciona que las TIC pueden constituirse como herramienta para alcanzar distintas metas, como la alfabetización de las personas que no tuvieron acceso a educación formal. Además, contribuyen a que, desde etapas tempranas de la vida, las personas logren mejores oportunidades para alcanzar un envejecimiento con dignidad, activo y saludable. Por otra parte, la inclusión digital puede coadyuvar a la mejora de los niveles educativos ya existentes, así como fomentar la unión y convivencia entre las personas y entre las diferentes generaciones. En ese sentido, este instrumento señala que la tecnología puede utilizarse para unir a las personas y contribuir de esta forma a reducir la marginación, la soledad y la separación entre las edades. Por consiguiente, habría que adoptar medidas para permitir el acceso, la participación y la adaptación a los cambios tecnológicos de las personas de edad (Naciones Unidas, 2002, pág. 21).

Sin embargo, en la región, a pesar de los esfuerzos de las últimas décadas, el acceso de la población en general y de las personas mayores a dispositivos tecnológicos y a Internet es heterogéneo y los beneficios que podrían obtenerse a partir de su uso están mediados por las desigualdades sociales y económicas (Sosa, 2021).

Las personas mayores han presentado mayores dificultades para lograr la inclusión digital. Además de las desigualdades que han acumulado a lo largo de la vida, se enfrentan constantemente, en materia de tecnología, a discursos negativos y excluyentes. Esto se refleja en las estadísticas de las TIC disponibles para América Latina, que indican que el grupo etario de personas mayores es el más aislado de las tecnologías digitales, lo que da cuenta de una profunda brecha digital (Sunkel y Ullmann, 2019).

De acuerdo con datos de la CEPAL, en 2019, el 66,7% de los habitantes de América Latina y el Caribe tenían conexión a Internet (de ese porcentaje, un 67% corresponde a hogares urbanos y un 23% a hogares rurales). En Bolivia (Estado Plurinacional de), El Salvador, el Paraguay y el Perú, más del 90% de los hogares rurales no contaban con conexión a Internet (CEPAL, 2020). Por otro lado, el Observatorio Regional de Banda Ancha (ORBA) de la CEPAL, señala que el 13,3% de la población cuenta con una suscripción a banda ancha fija y el 73,1% la tiene a banda ancha móvil (CEPAL, 2021a).

En América Latina, existen grandes diferencias en cuanto al acceso y el uso de Internet según la edad. Alrededor de 2018, el 42% de las personas de menos de 25 años y el 54% de las personas de 65 años y más no tenían conexión a Internet (CEPAL, 2020)⁹. Asimismo, de acuerdo con Sunkel y Ullmann (2019), en 2015 “el uso de Internet entre las personas de 15 a 29 años era más de siete veces superior al de las personas mayores en El Salvador y Honduras, ocho veces superior en México y casi nueve veces superior en el Ecuador” (Sunkel y Ullmann, 2019, pág. 248).

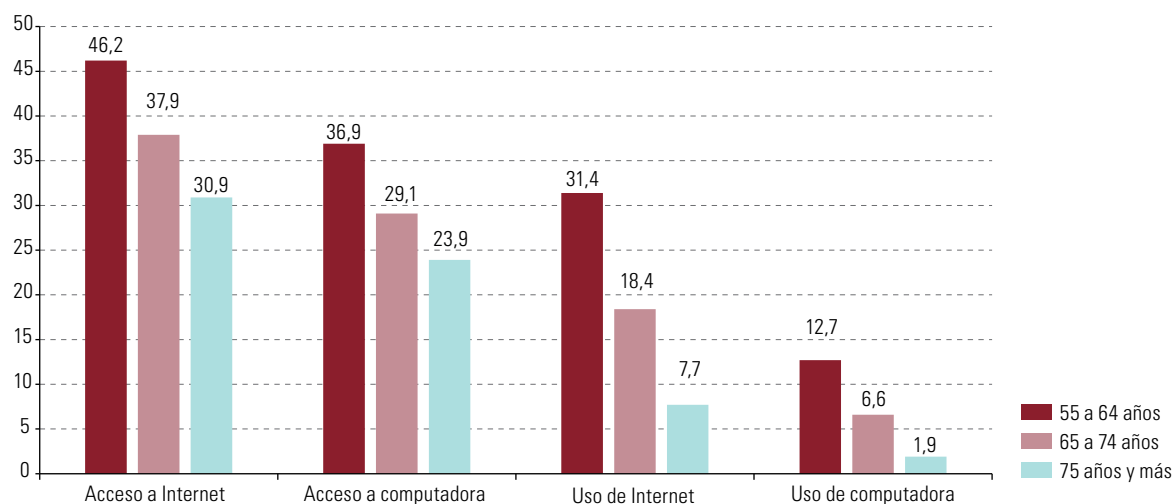
Aun cuando las personas mayores vivan en hogares con acceso a Internet o a dispositivos como computadoras, un gran porcentaje no utiliza estas tecnologías (véase el gráfico III.13). Esto se debe a que el acceso no garantiza el uso y la apropiación. Para ello, se requiere el desarrollo de habilidades digitales.

En la región, la información relativa al uso y la apropiación de la tecnología en las personas mayores es aún incipiente. No obstante, un informe de la Corporación Latinobarómetro (2020) permite observar que en 2020 el uso de redes sociales era muy reducido para este grupo etario respecto a las generaciones más jóvenes. Las redes sociales que se usan con mayor frecuencia en la región son WhatsApp, Facebook y YouTube. WhatsApp es utilizada por el 7,5% de las personas mayores y el 48,6% de las personas de entre 26 y 59 años. Facebook es utilizada por el 3,4% de las personas mayores y por el 43,1% de las personas de entre 26 y 59 años. A su vez, YouTube es utilizada por el 3,4% y el 28,1%, respectivamente (véase el gráfico III.14) (Corporación Latinobarómetro, 2020).

⁹ Los países considerados son el Brasil, Chile, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, el Paraguay y el Uruguay (datos de 2018), así como Chile y el Ecuador (datos de 2017).

Gráfico III.13

América Latina (10 países): personas de 55 y más años con acceso y uso de Internet y computadora por grupos edad, alrededor de 2018^{a b}
(En porcentajes)



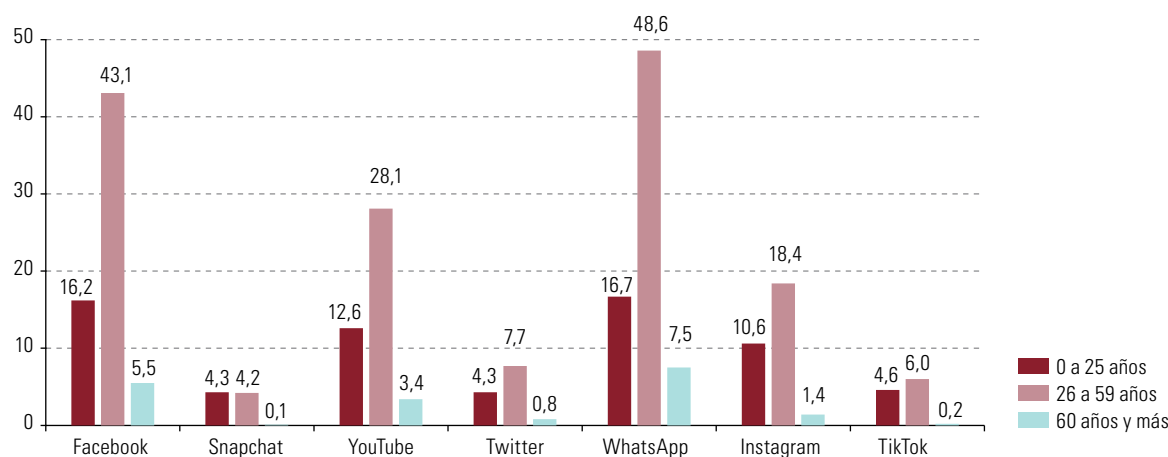
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y otros, *Perspectivas económicas de América Latina 2020: transformación digital para una mejor reconstrucción*, París, OECD Publishing, 2020.

^a Datos de las encuestas de hogares de 2018 (Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Costa Rica, México, Paraguay y Perú), 2017 (Chile, Colombia y El Salvador) y 2014 (Honduras).

^b Las variables de acceso se refieren a la población que vive en un hogar con conexión a Internet y en un hogar que posee una computadora. Los datos sobre acceso a Internet incluyen la Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, México y el Perú. Los datos sobre acceso a computadoras incluyen la Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Honduras, México y el Perú. La inclusión de las conexiones fijas o móviles varía en las encuestas de hogares. El uso de Internet se refiere al porcentaje de personas que informan usar Internet al menos una vez a la semana. Para cuantificar dicho uso, en la Argentina se preguntó si se había usado Internet en los últimos meses. Debido a las distintas definiciones de uso, los promedios pueden diferir de otras cifras. Los datos sobre el uso de Internet incluyen la Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Honduras y el Perú. Los datos sobre uso de computadoras incluyen Colombia y Bolivia (Estado Plurinacional de) y se refieren al porcentaje de personas que informan usar una computadora al menos una vez a la semana.

Gráfico III.14

América Latina (18 países)^a: principales redes sociales utilizadas, por grupo de edad, 2020
(En porcentajes)



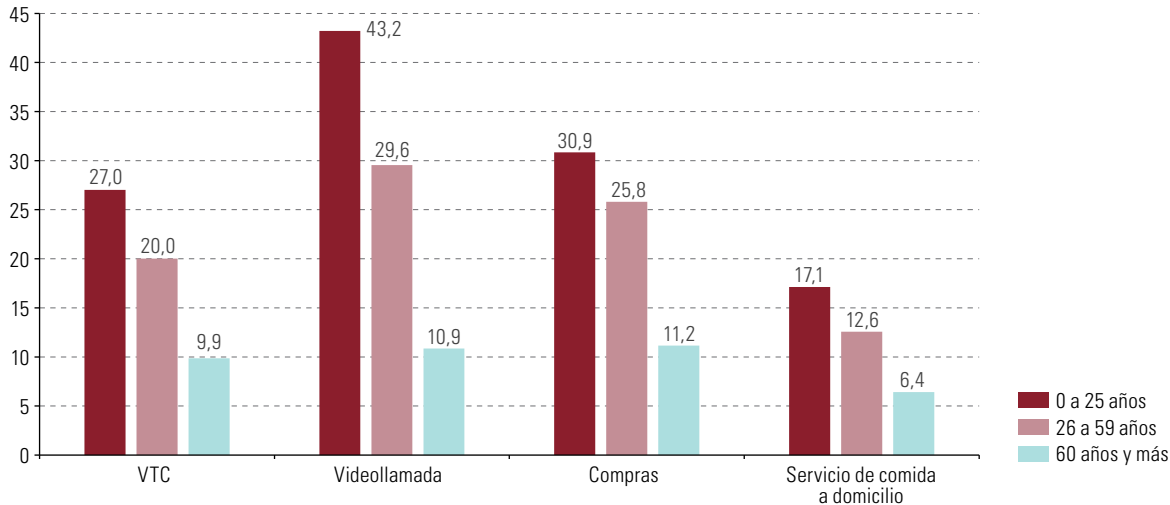
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de opinión realizadas por la Corporación Latinobarómetro en los respectivos países.

^a Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

Por otro lado, el uso de aplicaciones web y móviles también presenta brechas importantes. Las aplicaciones más utilizadas por las personas mayores son las relacionadas con compras (11,2%), seguidas por las de videollamadas (10,9%), aquellas que sirven para solicitar vehículos de transporte con conductor (9,9%) y, finalmente, las de servicio de entrega de comida a domicilio (6,4%) (véase el gráfico III.15). Esta situación pone de relieve que, cuando las personas tienen acceso a Internet o dispositivos tecnológicos, las posibilidades de incorporar el uso de aplicaciones para solucionar problemas de la vida cotidiana mediante tecnología, son aún muy reducidas para las personas mayores.

Gráfico III.15

América Latina (18 países)^a: principales aplicaciones web y móviles utilizadas, por grupo de edad, 2020
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de opinión realizadas por la Corporación Latinobarómetro en los respectivos países.

^a Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

Las iniciativas encaminadas a disminuir la brecha digital suponen la inversión en: i) infraestructura tecnológica, sobre todo en zonas rurales; ii) conectividad, lo que implica promover el acceso a banda ancha fija, y iii) un continuo proceso de alfabetización tecnológica o digital, dirigida ante todo a grupos que históricamente han quedado al margen del acceso, uso y apropiación de las tecnologías¹⁰. La disponibilidad de infraestructura, conectividad y conocimiento permite “promover el desarrollo individual y social a través de una auténtica inclusión digital; entendida esta, no solo como la tenencia de equipos y *software* para que el individuo pueda acceder a Internet y a las TIC, sino también como una acción que incorpore factores cognitivos de significación” (Ortuño, 2020).

La CEPAL ha señalado la importancia de “promover una cultura digital que incentive la apropiación de la tecnología y el desarrollo de habilidades y competencias digitales para el uso innovador, ético, seguro y responsable de las TIC de cara a la inclusión digital” (CEPAL, 2021a pág. 94). Para las personas mayores, esta inclusión digital constituye una inclusión social, pues no implica únicamente el acceso a comunicación e información, sino que puede ser una herramienta que facilite el acceso y el ejercicio de otros derechos, como los relacionados con la salud, la educación y la participación, entre muchos otros. Para ello, la CEPAL señala que “es necesario elaborar políticas a la medida de cada país y acciones que contemplen criterios socioeconómicos, geográficos, etarios y de género” (CEPAL, 2020, pág. 25).

¹⁰ Es importante que las capacitaciones no sean dedicadas exclusivamente a una “alfabetización operativa”, sino que estén dotadas de contenido adecuado con sentido para las personas mayores.

4. Programas para reducir la brecha digital en respuesta al COVID-19

La brecha digital de las personas mayores en la región es muy amplia y, durante la pandemia, su poder desigualador quedó en evidencia. Entre los principales problemas que se enfrentaron estuvieron los relacionados con la digitalización de los servicios de salud. Si bien la digitalización fue un importante esfuerzo de los Gobiernos de los países de la región ante la reconversión hospitalaria y las medidas para evitar contagios, “las comunidades desatendidas y las poblaciones fuera de línea (como las personas mayores) corren un riesgo particular de no poder acceder a la atención médica regular a menos que se aborden simultáneamente los problemas de acceso y se mitiguen los problemas de exclusión” (Valdés, 2022, pág. 28). Por otro lado, las medidas de distanciamiento físico, y aquellas que restringieron la circulación, tuvieron un impacto negativo en las posibilidades de las personas mayores de acceder a bienes y servicios, así como a las transferencias del Estado. Aunque el uso de la tecnología parecía una respuesta adecuada para la realización de compras y pagos, la brecha digital colocó a muchas personas de este grupo etario en una situación de desprotección y de dependencia. Por ello, la CEPAL plantea como una importante área de acción para el futuro próximo la necesidad de “establecer una perspectiva integral y de no discriminación en las políticas públicas de inclusión digital, asegurando el pleno acceso y uso de las TIC y tecnologías digitales emergentes a las mujeres, niñas y personas mayores e impulsando su participación y seguridad en línea” (CEPAL, 2021a, pág. 94).

Ante esta realidad, surgieron esfuerzos públicos, privados y de las organizaciones de la sociedad civil para acelerar la inclusión tecnológica de las personas mayores que fueron mencionados en los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) (véase el cuadro III.11).

Cuadro III.11

Programas enfocados a garantizar y universalizar la conectividad y el acceso a las tecnologías digitales frente al COVID-19

País	Nombre	Objetivo	Descripción
Argentina	Programa Nacional de Capacitación Digital para Adultos Mayores	Promover la inclusión digital de las personas mayores afiliadas, en especial las que se alojan en las residencias de larga estadía, o participan en centros de día, centros de jubilados u otra organización que trabaje con o para las personas mayores afiliadas, de modo tal que puedan participar en igualdad de condiciones a otros grupos etarios en los escenarios virtuales, a través de las nuevas tecnologías.	Creado en junio de 2020 por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP). Implementa cursos de educación digital destinados a personas mayores afiliadas. Estos cursos se desarrollarán de acuerdo con el nivel que presente cada grupo en referencia al uso de tecnologías. El programa capacita al docente con los contenidos mínimos de la gerontología comunitaria y el aprendizaje de personas mayores. Genera redes sociales a partir del uso de las comunicaciones virtuales. Promueve el uso de bienes (computadoras, tabletas, celulares y otros) que contribuyan a la inclusión digital.
	Mayores Activos	Brindar herramientas que permitan facilitar el acceso y acompañar el proceso de aprendizaje de los productos y servicios bancarios mediante un lenguaje claro y herramientas dinámicas.	Plataforma web de educación financiera destinada a promover la inclusión financiera y digital de las personas mayores en el país. En este sitio se enseña a operar en canales no presenciales y a utilizar dinero sin necesidad de concurrir a una sucursal.
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Talleres	Capacitación básica en el manejo de herramientas virtuales.	Talleres con la temática, protocolo de bioseguridad y actividad que promueve el envejecimiento activo y participativo con la comunidad.
Costa Rica	Póngale Vida a los Años	Afrontar el distanciamiento físico requerido por la pandemia.	El Programa Educativo Integral para la Persona Adulta Mayor del Tecnológico de Costa Rica inició en 2020 cursos, talleres, charlas y los convivios virtuales Póngale Vida a los Años como estrategia para afrontar el distanciamiento físico.
Uruguay	Encuentro Nacional virtual de Personas Mayores	Contribuir a evitar la interrupción de espacios de reunión y promover el proceso de inclusión social de las personas mayores con el apoyo del Plan Ibirapitá en la planificación y ejecución de talleres sobre uso de la plataforma Zoom, dirigido a personas mayores.	Incentiva el intercambio a nivel familiar y social, como nuevo nexo entre diferentes miembros del hogar; repercute en cuestiones tales como el significado de la familia y de las relaciones familiares, así como de la relación entre generaciones y transferencias intergeneracionales a nivel familiar, comunitario y social.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002).

Además, se introdujeron estrategias como la creación de plataformas tecnológicas específicas para personas mayores. Tal es el caso de la plataforma Comunidad PAMI en la Argentina, que funcionó como red de apoyo para mantener el contacto y proporcionar acciones de cuidado, gestión simplificada de trámites y promoción de actividades para la inclusión digital. Por otra parte, en la Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Guatemala y el Uruguay se establecieron importantes estrategias de alfabetización digital basadas en cursos en diferentes modalidades. En Chile, el Programa de Escuelas de Formación para Dirigentes Mayores incorporó a 320 personas mayores en cursos de alfabetización digital. Se les proporcionaron tabletas e Internet móvil con la finalidad de que continuaran su labor como dirigentes sociales durante la pandemia. A través del programa Voluntariado País de Mayores, se formó a 240 asesores mayores de todo el país en tecnologías para apoyar en actividades socioeducativas a niñas y niños. Además, la Argentina, Costa Rica y el Paraguay establecieron medidas para mantener la conexión social de las personas mayores y evitar la soledad y el aislamiento. Los recursos mediados por tecnologías de la información y la comunicación resultaron de especial importancia para este objetivo, por lo que muchos países reportaron esfuerzos importantes de diferentes alcances y coberturas para atender y reducir la brecha digital.

Con miras a reducir la brecha digital en América Latina y el Caribe durante la pandemia, la CEPAL (2020) ha propuesto a los países de la región que garanticen una canasta básica de tecnologías de la información y las comunicaciones, integrada por una computadora portátil, un teléfono inteligente, una tableta y un plan de conexión para los hogares no conectados. Se calcula que esta inversión tendría un costo anual inferior al 1% del PIB. Con esta medida, se garantizaría la universalización de la conectividad y la asequibilidad de las tecnologías digitales para enfrentar los impactos provocados por la pandemia de COVID-19 en la región. La propuesta incluye cinco líneas de acción que consisten en: i) construir una sociedad digital inclusiva; ii) impulsar una transformación digital productiva; iii) promover la confianza y la seguridad digitales; iv) fortalecer la cooperación digital regional, y v) avanzar hacia un nuevo modelo de gobernanza con el fin de asegurar un Estado de bienestar digital que promueva la igualdad, proteja los derechos económicos, sociales y laborales de la población, garantice el uso seguro de datos y contribuya al cambio estructural progresivo.

Más allá de las medidas adoptadas para enfrentar la pandemia, en América Latina y el Caribe, desde 2015 se han desarrollado al menos 18 programas, acciones y campañas encaminadas a brindar acceso a Internet a las personas mayores y propiciar su apropiación de las TIC. Destacan aquellos vinculados con la inclusión social mediada por tecnologías (Argentina y Brasil), los dedicados a iniciar a las personas en el manejo de las TIC (Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Guatemala y Uruguay), los encaminados a la certificación de competencias digitales (Colombia), y los centrados en temas específicos, como ciberseguridad y entrega de dispositivos (Chile).

Ante los nuevos desafíos en materia de acceso, uso y apropiación de las TIC por parte de las personas mayores, es necesario contar con fuentes de información que permitan conocer sus experiencias y dificultades. En este sentido, México en su último Censo de Población y Vivienda (2020) incluyó de manera pionera nuevas variables y dimensiones de análisis en esta temática. Igualmente, la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) desde 2015 hasta 2021 es un buen ejemplo de fuente de información secundaria para analizar el acceso de las personas mayores a las TIC y el uso que dan a estas tecnologías.

Los retos de la inclusión tecnológica de las personas mayores y las correspondientes soluciones implican una gran responsabilidad y compromiso político. A nivel institucional se requiere, en principio, la incorporación transversal de medidas para erradicar el edadismo en las leyes, reglamentos, normas sociales y prácticas institucionales. De esta manera, se promovería un cambio de paradigma en que se supere la visión de las personas mayores como incapaces o indiferentes ante la tecnología.

En segundo lugar, se debe reconocer que el acceso y uso de tecnologías por parte de las personas mayores depende de innumerables circunstancias y entraña muchos aspectos, y que las desigualdades sociales traen como consecuencia desigualdades en el acceso y uso de tecnologías. También cabe señalar que, a mayor brecha digital, mayor riesgo de profundizar las desigualdades sociales y crear un círculo vicioso que se debe romper. En este sentido, el género, la pertenencia étnica, el tipo de localidad donde se habita, el nivel educativo y la edad son categorías que tienen un impacto directo en la amplitud o disminución de la brecha tecnológica e imponen desafíos que aún no se reconocen plenamente.

Bibliografía

- Abramo, L., S. Cecchini y B. Morales (2019), *Programas sociales, superación de la pobreza e inclusión laboral: aprendizajes desde América Latina y el Caribe*, Libros de la CEPAL, N° 155 (LC/PUB.2019/5-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Arenas de Mesa, A. (2020), "Los sistemas de pensiones en América Latina: institucionalidad, gasto público y sostenibilidad financiera en tiempos del COVID-19", *serie Macroeconomía del Desarrollo*, N° 212 (LC/TS.2020/99), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Arza, C. (2017), "El diseño de los sistemas de pensiones y la igualdad de género: ¿Qué dice la experiencia europea?", *serie Asuntos de Género*, N° 142 (LC/L.4298), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Atuesta, B. y T. Van Hemelryck (2022), "Protección social de emergencia frente a los impactos de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: evidencia y aprendizajes sobre sistemas universales, integrales, sostenibles y resilientes de protección social", *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2022/143), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Casali, P., O. Cetrángolo y A. Pino (2020), "Panorama laboral en tiempos de la COVID-19: protección social en América Latina y el Caribe en tiempos de pandemia", *Nota Técnica Regional*, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Cecchini, S., F. Filgueira y C. Robles (2014), "Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: una perspectiva comparada", *serie Políticas Sociales*, N° 202 (LC/L.3856), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Cecchini, S., P. Villatoro y X. Mancero (2021), "El impacto de las transferencias monetarias no contributivas sobre la pobreza en América Latina", *Revista CEPAL*, N° 134 (LC/PUB.2021/13-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Cecchini, S. y otros (eds.) (2015), *Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización*, Libros de la CEPAL, N° 136 (LC/G.2644-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2022a), *Panorama Social de América Latina, 2021* (LC/PUB.2021/17-P), Santiago.
- ____ (2022b), CEPALSTAT [base de datos en línea] <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html?lang=es>.
- ____ (2022c), "Desarrollo Social y COVID-19 en América Latina y el Caribe" [en línea] <https://dds.cepal.org/observatorio/socialcovid19/index.php>.
- ____ (2022d), *Los impactos sociodemográficos de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe* (LC/CRPD.4/3), Santiago.
- ____ (2022e), Base de Datos de Programas de Protección Social No Contributiva en América Latina y el Caribe [en línea] <https://dds.cepal.org/bpsnc/ps>.
- ____ (2022f), *Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe, 2021* (LC/PUB.2022/1-P), Santiago.
- ____ (2021a), *Tecnologías digitales para un nuevo futuro* (LC/TS.2021/43), Santiago.
- ____ (2021b), *Desastres y desigualdad en una crisis prolongada: hacia sistemas de protección social universales, integrales, resilientes y sostenibles en América Latina y el Caribe* (LC/CDS.4/3), Santiago.
- ____ (2020), "Universalizar el acceso a las tecnologías digitales para enfrentar los efectos del COVID-19", *Informe Especial COVID-19*, N° 7, Santiago, agosto.
- ____ (2018), *Panorama Social de América Latina, 2017* (LC/PUB.2018/1-P), Santiago.
- ____ (2016), *Horizontes 2030: la igualdad en el centro del desarrollo sostenible* (LC/G.2660(SES.36/3)), Santiago.
- ____ (2004), *Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (LC/G.2228), Santiago.
- CEPAL/FILAC (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe) (2020), "Los pueblos indígenas de América Latina - Abya Yala y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: tensiones y desafíos desde una perspectiva territorial", *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2020/47), Santiago.
- CEPAL/OIT (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Internacional del Trabajo) (2021), "Políticas de protección de la relación laboral y de subsidios a la contratación durante la pandemia de COVID-19", *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe*, N° 25 (LC/TS.2021/163), Santiago.
- ____ (2018), "La inserción laboral de las personas mayores: necesidades y opciones", *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe*, N° 18 (LC/TS.2018/39), Santiago.
- Comisión Internacional sobre los Futuros de la Educación (2021), *Reimaginar juntos nuestros futuros: un nuevo contrato social para la educación. Resumen*, París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).
- Corporación Latinobarómetro (2020), *Informe 2020* [en línea] <https://latinobarometro.org/latContents.jsp>.
- Estévez, E., S. Finquelievich y M. B. Odena (eds.) (2022), *Brechas, deudas y logros: lo que la pandemia revela sobre las Sociedades del Conocimiento en América Latina*, Programa Información para Todos (PIPT), Buenos Aires, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

- Huenchuan, S. (ed.) (2018), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*, Libros de la CEPAL, N° 154 (LC/PUB.2018/24-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- IFPMA (International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations) (2021), *The Pharmaceutical Industry and Global Health: Facts and Figures 2021*, Ginebra [en línea] <https://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2021/04/IFPMA-Facts-And-Figures-2021.pdf>.
- ILC-BR (Centro Internacional de Longevidade Brasil) (2015), *Envejecimiento activo: un marco político ante la revolución de la longevidad*, Río de Janeiro.
- IPS (Instituto de Previsión Social) (2022), “Pensión Garantizada Universal (PGU)” [en línea] <https://www.ips.gov.cl/servlet/internet/content/1421812197645/pension-garantizada-universal-pgu>.
- Marco, F. (coord.) (2004), *Los sistemas de pensiones en América Latina: un análisis de género*, Cuadernos de la CEPAL, N° 90 (LC/G.2262-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Mason, A. y R. Lee (2011), “Population aging and the generational economy: key findings”, *Population Aging and the Generational Economy: A Global Perspective*, R. Lee y A. Mason (eds.), Cheltenham, Edward Elgar Publishing.
- Naciones Unidas (2021), “La ‘igualdad digital’ debe incluir a las personas de todas las edades”, Noticias ONU, 1 de octubre [en línea] <https://news.un.org/es/story/2021/10/1497742>.
- ____ (2018), *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe* (LC/G.2681-P/Rev.3), Santiago.
- ____ (2002), “Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002”, *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento* (A/CONF.197/9), Nueva York.
- OCDE y otros (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y otros) (2020), *Perspectivas económicas de América Latina 2020: transformación digital para una mejor reconstrucción*, París, OECD Publishing.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2022), ILOSTAT [base de datos en línea] <https://ilostat.ilo.org/es/data/> [fecha de consulta: 20 de marzo].
- ____ (2021), *Informe Mundial sobre la Protección Social 2020-2022. La protección social en la encrucijada: en busca de un futuro mejor. Resumen ejecutivo*, Ginebra.
- ____ (2020), *Panorama Laboral 2020: América Latina y el Caribe*, Lima.
- Okumura, M. y otros (2020), *La economía plateada en América Latina y el Caribe: el envejecimiento como oportunidad para la innovación, el emprendimiento y la inclusión*, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2020), “Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030”, 14 de diciembre [en línea] https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_25.
- ____ (2002), *Active Ageing: A Policy Framework* [en línea] <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>.
- Ortuño, C. (2020), “COVID-19 e inclusión digital en América Latina y el Caribe: un problema de conectividad y acceso”, Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe (SELA), 4 de junio [en línea] <http://www.sela.org/es/prensa/articulos/a/64480/covid-19-inclusion-digital-america-latina-y-el-caribe>.
- Quashie, N. y F. Jones (2022), “The Ageing Caribbean: 20 Years of the Madrid Plan of Action”, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/mipaa20_subregional_review_rev2.pdf.
- Sosa, Z. (2021), “La inclusión digital de las personas mayores en el marco de la quinta revisión del Plan Internacional de Madrid sobre Envejecimiento”, documento presentado en el Encuentro Intergeneracional por la Integración Digital, Quito, 28 de octubre.
- Sunkel, G. y H. Ullmann (2019), “Las personas mayores de América Latina en la era digital: superación de la brecha digital”, *Revista CEPAL*, N° 127 (LC/PUB.2019/6-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) (2022), “Indicadores estadísticos”, Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina (SITEAL) [en línea] <https://siteal.iiep.unesco.org/indicadores>.
- ____ (2021), *Informe de Seguimiento de la Educación en el Mundo 2021/2. Los actores no estatales en la educación: ¿Quién elige? ¿Quién pierde?*, París.
- ____ (2014), *América Latina y el Caribe: revisión regional 2015 de la Educación para Todos* [en línea] https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232701_spa.
- UNESCO/UNICEF/CEPAL (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia/Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2022), *La encrucijada de la educación en América Latina y el Caribe: informe regional de monitoreo ODS4-Educación 2030*, Santiago.
- Valdés, L. (2022), “Avances, cambios y visión futura de la infraestructura digital de cara a la recuperación de América Latina y el Caribe post COVID-19”, *Documentos de Proyectos*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en prensa.



CAPÍTULO

IV

El fomento de la salud y el bienestar en la vejez

Introducción

- A. Situación de salud de las personas mayores
- B. Desafíos de los sistemas de salud
- C. Avances en materia de políticas de atención de la salud de las personas mayores
- D. La protección del derecho a la salud frente al COVID-19
- E. Reflexiones y aprendizajes para avanzar hacia la salud universal

Bibliografía

Introducción

El envejecimiento poblacional es un logro de la humanidad que tiene repercusiones en todos los aspectos de la sociedad y refleja progresos en materia de salud. En América Latina y el Caribe, no obstante, el envejecimiento de la población se da con profundas inequidades en las condiciones de salud, que se expresan en una alta prevalencia de enfermedades no transmisibles, muerte prematura y discapacidad, así como en una elevada desigualdad entre los países en lo que respecta a años de vida saludables y esperanza de vida. Así, se presenta un escenario de grandes desafíos estructurales para lograr que las personas mayores puedan desarrollar y mantener su salud y bienestar en las edades más avanzadas.

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) establece en su orientación prioritaria II que la buena salud es un bien inestimable para las personas y que las personas mayores tienen pleno derecho a contar con acceso a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades a lo largo de la vida, a la atención primaria (incluidos los servicios de salud sexual), la atención de mayor complejidad y especializada, la rehabilitación y la atención paliativa, así como a los servicios curativos. Resalta la necesidad de garantizar el pleno acceso de las personas mayores a los servicios de salud, que deben centrarse en el mantenimiento de la autonomía y la independencia, la prevención y la demora de las enfermedades y discapacidades, así como en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con y sin discapacidad. Los servicios de salud deben incluir la capacitación del personal necesario y recursos que permitan atender las necesidades especiales de la población mayor (Naciones Unidas, 2002).

En este sentido, la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, en su numeral III, “El fomento de la salud y el bienestar en la vejez”, retoma los señalamientos del Plan de Acción, pero resalta que en la región, las personas mayores enfrentan distintos problemas de salud que están determinados por el género, la edad y la condición étnico-racial, entre otras dimensiones, así como por la inequidad en el acceso oportuno a los servicios de salud de calidad (CEPAL, 2004).

Las siguientes son cuestiones muy relevantes que provienen del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento: promover la salud y el bienestar durante toda la vida; garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios de asistencia sanitaria; prestar los servicios adecuados a las personas mayores con VIH/Sida; capacitar a los prestadores de cuidados y profesionales de la salud; atender las necesidades de salud mental de las personas mayores; brindar los servicios adecuados a las personas con discapacidad y proporcionar atención y apoyo a las personas que cuidan (OMS, 2015). A partir de estos elementos, y derivado de los compromisos establecidos en instrumentos internacionales como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible o el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, los países han colaborado en la construcción de indicadores para dar seguimiento y evaluar las políticas y programas de salud en los que se incluye plenamente a las personas mayores de acuerdo con sus necesidades, su diversidad y el reconocimiento de sus potencialidades para fortalecer la salud en tanto capacidad humana (CEPAL, 2004, 2011, 2012 y 2017; OEA, 2015; Naciones Unidas, 2015; OMS, 2020a). Asimismo, el Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030), basado en la “Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana”, busca fortalecer enfoques multisectoriales que permitan el diseño de políticas y programas en materia de salud para mejorar la vida de las personas, sus familias y sus comunidades, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030.

Sin duda, la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha representado un enorme desafío para dar cumplimiento a los objetivos y las metas orientados a garantizar el derecho a la salud de los 88,6 millones de personas de 60 años y más que habitan la región en 2022 (Naciones Unidas, 2022a). La pobreza, las desigualdades sociales y la debilidad de los sistemas de salud, que se encuentran subfinanciados, segmentados y fragmentados (CEPAL, 2022a; CEPAL/OPS, 2020 y 2021), han exacerbado las barreras de acceso a los servicios de salud. Se experimentaron dificultades en el financiamiento de los servicios, debido a que los recursos se centralizaron en las acciones de contención y atención de la pandemia. Asimismo, parte de la población tuvo miedo a solicitar atención médica durante los confinamientos, lo que dificultó la implementación de estrategias de promoción y prevención de la salud, interrumpió o postergó el tratamiento de las enfermedades no transmisibles y limitó la distribución de medicamentos, así como el uso de los servicios de rehabilitación disponibles.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha planteado la necesidad de poner en el centro de las estrategias de desarrollo sostenible el fortalecimiento de los sistemas de salud, con especial énfasis en el primer nivel de atención, con el propósito de avanzar de manera sostenida hacia la cobertura universal. Para ello resulta fundamental consolidar un pacto social centrado en derechos e igualdad, vinculado a un pacto fiscal progresivo que garantice la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud y que avance hacia un Estado de bienestar (CEPAL, 2022a).

A. Situación de salud de las personas mayores

Hasta la llegada de la pandemia, las personas mayores de la región habían experimentado una mejora en las condiciones de vida, lo que permitió el aumento de la esperanza de vida y el descenso de la mortalidad. Sin embargo, el avance no ha sido uniforme y los desafíos para contrarrestar los efectos epidemiológicos de las enfermedades transmisibles y no transmisibles se han incrementado. Si bien en años previos a la pandemia se estaba reduciendo la prevalencia de enfermedades transmisibles, que anteriormente ocupaban los primeros peldaños entre las causas de morbimortalidad, la urbanización, las medidas de higiene y saneamiento, y la modificación de ciertos factores que hacen al estilo de vida (como la alimentación y el ejercicio físico), sumadas a otros determinantes sociales, han generado el aumento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles y la mortalidad prematura a causa de dichas enfermedades.

Las enfermedades no transmisibles son la primera causa de muerte entre la población mayor de 55 años en América Latina y el Caribe, con una proporción del 87,6% en 2019 (frente a solo un 8,2% de muertes a causa de enfermedades transmisibles). Se identifican grandes diferencias entre países, ya que el porcentaje de muertes causadas por enfermedades no transmisibles varía de un mínimo del 79,0% en Guatemala a un máximo del 93,9% en Jamaica, países que también tienen los porcentajes extremos a nivel regional de muertes causadas por enfermedades transmisibles (un 16,3% y un 3,9%, respectivamente). Por otra parte, las muertes a causa de accidentes en la población mayor de 55 años muestran poca variabilidad entre los países de la región, pues las proporciones se encuentran en un rango que va del 2,3% en Jamaica al 6,1% en Cuba (véase el cuadro IV.1).

Cuadro IV.1

América Latina y el Caribe (34 países y territorios): muertes por tipo de causas en la población de ambos sexos de 55 años y más, 2019
(En porcentajes)

País	Enfermedades transmisibles	Enfermedades no transmisibles	Accidentes
América Latina y el Caribe	8,20	87,60	4,20
Antigua y Barbuda	6,55	90,80	2,65
Argentina	12,59	84,51	2,90
Bahamas	5,76	89,84	4,40
Barbados	9,14	90,77	2,48
Belice	9,14	86,12	4,73
Bermudas	3,91	93,45	2,63
Bolivia (Estado Plurinacional de)	13,01	82,53	4,46
Brasil	9,63	86,02	4,35
Chile	6,31	89,90	3,79
Colombia	4,88	91,52	3,60
Costa Rica	4,09	90,97	4,94
Cuba	7,78	86,11	6,11
Dominica	5,60	91,78	2,62
Ecuador	8,65	86,22	5,13
El Salvador	9,15	85,70	5,15
Granada	6,95	90,00	3,05
Guatemala	16,27	79,02	4,70
Guyana	7,11	88,22	4,67
Haití	10,21	86,20	3,60

País	Enfermedades transmisibles	Enfermedades no transmisibles	Accidentes
Honduras	5,57	89,67	4,76
Jamaica	3,89	93,86	2,25
México	5,32	90,78	3,89
Nicaragua	4,11	92,16	3,73
Panamá	6,38	90,50	3,13
Paraguay	7,17	88,74	4,10
Perú	16,42	79,78	3,80
República Dominicana	5,63	90,44	3,93
Saint Kitts y Nevis	8,19	88,64	3,17
San Vicente y las Granadinas	6,23	90,75	3,02
Santa Lucía	5,66	91,19	3,15
Suriname	6,44	88,77	4,79
Trinidad y Tabago	3,50	93,73	2,77
Uruguay	6,43	89,41	4,16
Venezuela (República Bolivariana de)	5,53	90,61	3,86

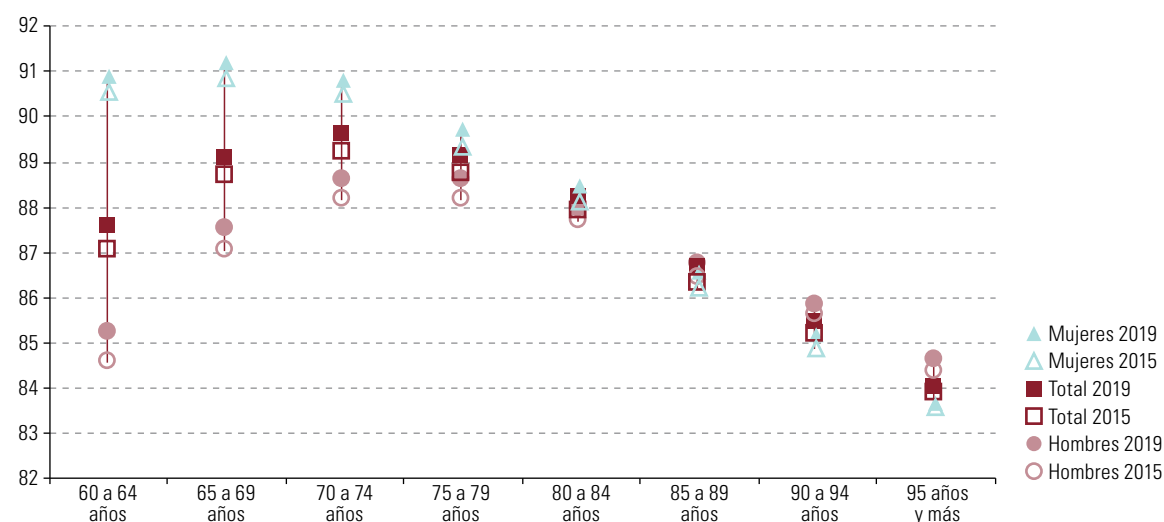
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME), "Results", *The Global Burden of Disease Study 2019*, Global Burden of Disease Collaborative Network Seattle, [en línea] <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> [fecha de consulta: octubre de 2022].

Nota: Los grupos de edad de esta base de datos no contemplan el grupo de 60 años y más, por lo que se seleccionó el grupo de 55 años y más.

Datos del Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME, 2022) muestran que entre 2015 y 2019 las defunciones por enfermedades no transmisibles se incrementaron en todos los subgrupos etarios de las personas de 60 años y más, con exclusión del grupo de 95 años y más. En cuanto a las brechas entre hombres y mujeres, la proporción de defunciones por enfermedades no transmisibles es superior en las mujeres de entre 60 y 79 años, aunque, conforme aumenta la edad, las brechas van en descenso hasta que a partir de los 85 años se inicia un cambio de tendencia. En las edades más avanzadas, la brecha es desfavorable en los hombres (véase el gráfico IV.1).

Gráfico IV.1

América Latina y el Caribe (35 países y territorios)^a: defunciones por enfermedades no transmisibles entre personas de 60 años y más, por sexo y grupos de edades, 2015 y 2019 (En porcentajes)



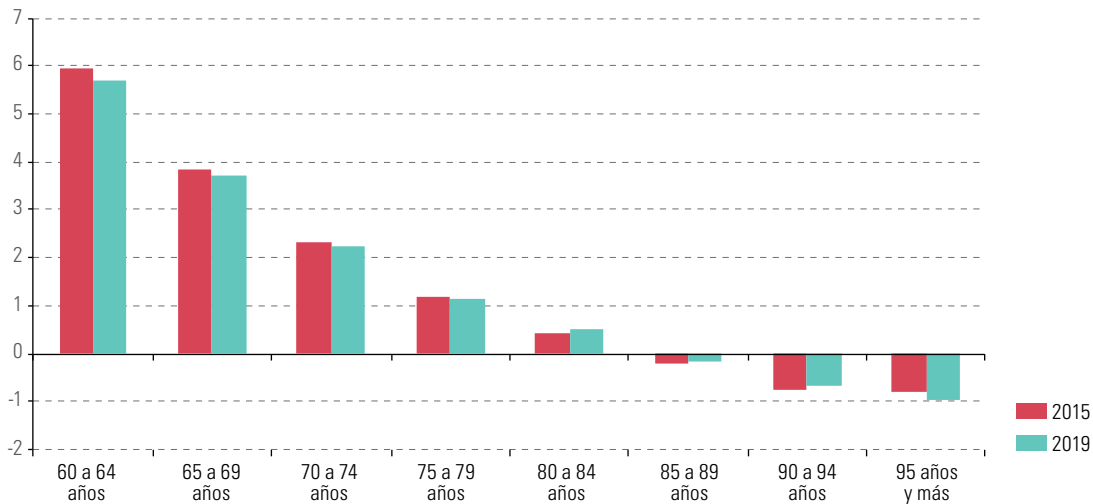
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME), "Results", *The Global Burden of Disease Study 2019*, Global Burden of Disease Collaborative Network [en línea] <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> [fecha de consulta: octubre de 2022].

^a Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

Las diferencias en la mortalidad por enfermedades no transmisibles desfavorables para las mujeres alcanzan la mayor magnitud en el rango de 60 a 64 años, con una brecha de 5,7 puntos porcentuales. Aunque esta brecha se reduce conforme avanza la edad, las mujeres están muriendo en mayor medida por estas causas en comparación con los hombres y dichas diferencias tienen cambios muy marginales a la baja entre 2015 y 2019 (véase el gráfico IV.2)¹.

Gráfico IV.2

América Latina y el Caribe (35 países y territorios)^a: diferencias en la proporción de defunciones por enfermedades no transmisibles de mujeres y hombres, 2015 y 2019
(En puntos porcentuales)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME), "Results", *The Global Burden of Disease Study 2019*, Global Burden of Disease Collaborative Network [en línea] <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> [fecha de consulta: octubre de 2022].

^a Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

Lo señalado muestra la necesidad de retomar y fortalecer programas de promoción y prevención de la salud, así como la detección temprana, el tratamiento y los cuidados secundarios de las enfermedades no transmisibles a lo largo del curso de vida, buscando reducir la mortalidad prematura, y mantener la autonomía y calidad de vida en edades avanzadas, para lograr un envejecimiento saludable. Las muertes por enfermedades no transmisibles se consideran prematuras porque pudieron haberse evitado si las personas hubiesen tenido acceso a una atención de salud de alta calidad o si se hubiesen adoptado y puesto en práctica políticas y acciones a favor del desarrollo social y económico, especialmente políticas centradas en disminuir la desigualdad (OPS, 2022a). Asimismo, la prevalencia de enfermedades no transmisibles en las personas mayores exige que se tome en cuenta la perspectiva de género en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, dado que se observa una mayor proporción de muertes prematuras en las mujeres en comparación con los hombres, especialmente antes de los 70 años².

Tanto en el Observatorio Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como en el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025 se incluye un indicador que mide el riesgo de las poblaciones de tener una muerte prematura antes de los 70 años por las cuatro causas de enfermedades no transmisibles más importantes: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus y enfermedades respiratorias crónicas. Este indicador tiene el propósito de medir el impacto de las estrategias encaminadas

¹ Si bien el análisis se enfoca en las enfermedades no transmisibles por su peso en las causas de muerte, es importante considerar que el resto de la población mayor muere a causa de enfermedades transmisibles y accidentes, que se pueden prevenir y con ello evitar la muerte prematura, en particular en el grupo de hombres de entre 60 y 69 años.

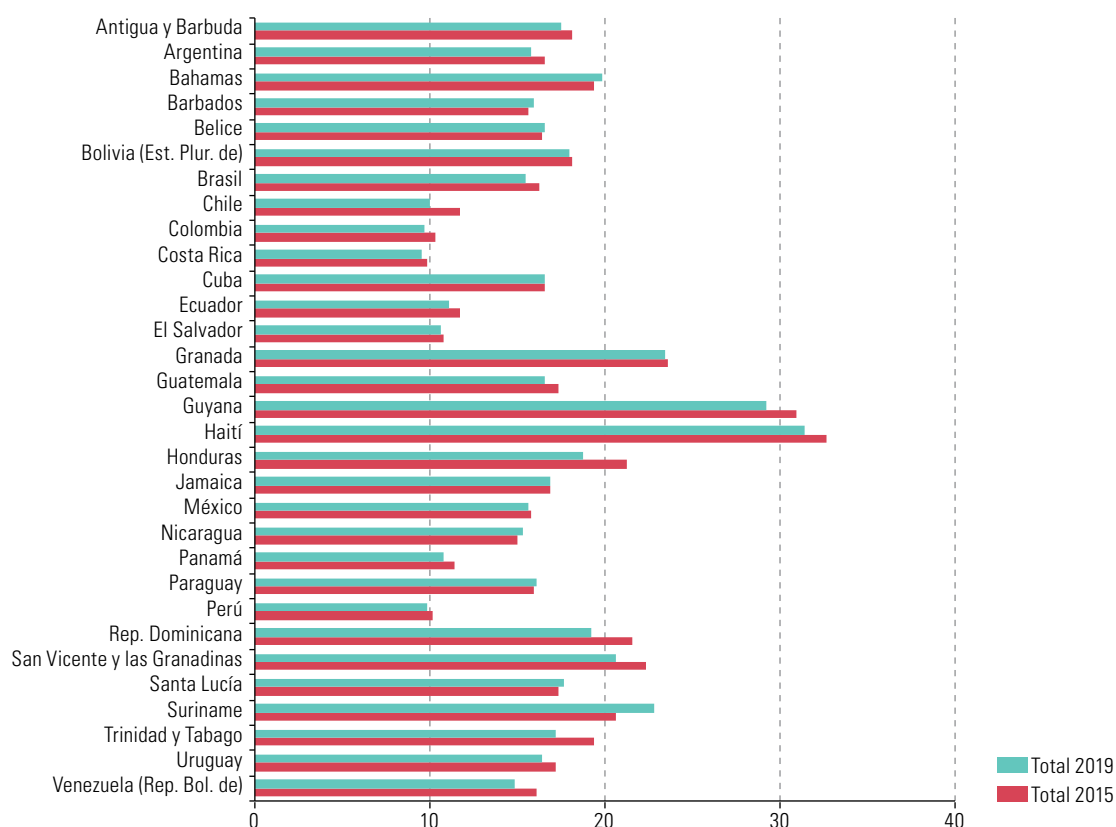
² En el mismo sentido, dado que los hombres presentan una mortalidad mayor a causa de enfermedades transmisibles y accidentes antes de los 70 años, las estrategias preventivas y de atención deben considerar dichas diferencias para proveer servicios tanto de salud pública como de atención médica.

a reducir la carga de la morbilidad por enfermedades no transmisibles en la población adulta y monitorear los avances (OPS, 2019a). En 2019, los resultados sobre muerte prematura indicaban que una persona de 30 años que vivía en la región de las Américas (incluidos el Canadá y los Estados Unidos) tenía una probabilidad del 14,0% de morir antes de cumplir 70 años por enfermedades no transmisibles, inferior a la de 2015 (15,3%). El riesgo de muerte prematura es mayor en hombres (16,4%) que en mujeres (11,8%) y la contribución por causas ubica al cáncer (todas las neoplasias malignas) con una probabilidad del 5,9%, las enfermedades cardiovasculares con un 5,8%, la diabetes mellitus con un 1,7% y las enfermedades respiratorias crónicas con un 1,3% (OPS, 2021a).

En América Latina y el Caribe, la probabilidad de morir por las cuatro principales causas es desigual entre países (véase el gráfico IV.3) y va de un máximo del 31,3% en Haití a un mínimo del 9,5% en Costa Rica. En los 31 países de la región que cuentan con datos, entre 2015 y 2019 hubo un descenso promedio de 0,6 puntos porcentuales. Entre los países de la región que presentaron cambios favorables en el período se destacan Honduras, la República Dominicana y Trinidad y Tabago, con más de dos puntos porcentuales a la baja, seguidos por San Vicente y las Granadinas, Guyana y Haití, con más de un punto porcentual de descenso. No obstante, estos dos últimos países siguen presentando las probabilidades de muerte más elevadas de la región. Los países que, además de tener las probabilidades más bajas, continúan con cambios favorables son: Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Perú y Venezuela (República Bolivariana de). Siete países (Bahamas, Barbados, Belice, Nicaragua, Jamaica, Santa Lucía y Suriname) incrementaron la probabilidad de muerte prematura por las cuatro causas. El mayor incremento se registró en Suriname, donde pasó del 20,6% en 2015 al 22,7% en 2019, mientras que Cuba y el Paraguay no tuvieron cambios.

Gráfico IV.3

América Latina y el Caribe (31 países): probabilidad que tiene una persona de 30 años de morir antes de cumplir 70 años por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus o enfermedades respiratorias crónicas, 2015 y 2019 (En porcentajes)

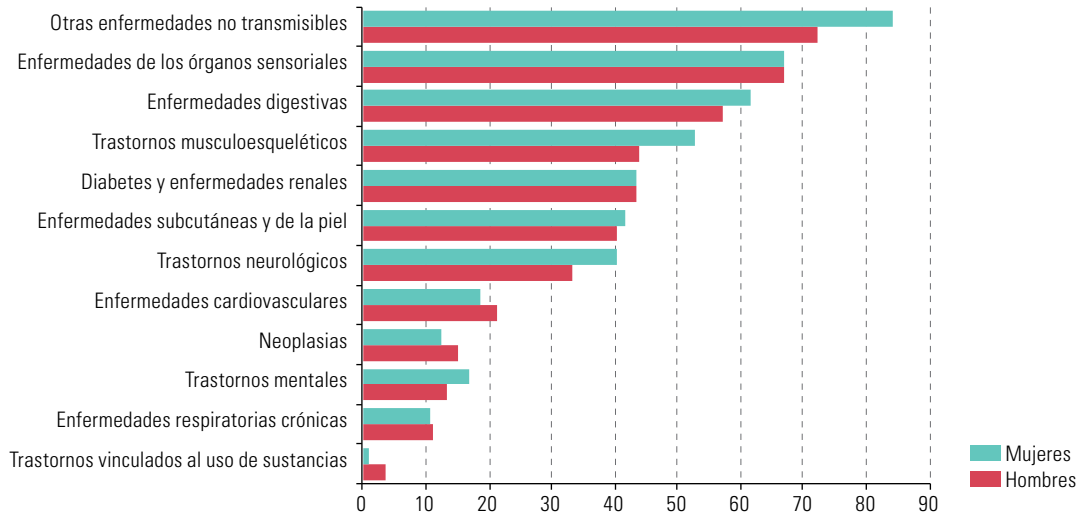


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Risk of Dying Prematurely from NCDs" [en línea] <https://www.paho.org/en/enlace/risk-dying-prematurely-ncds> [fecha de consulta: noviembre de 2022].

Muchas enfermedades no transmisibles, si bien no necesariamente son causa de muerte, tienen un impacto muy importante en la calidad de vida, lo que se ve afectado por el género y la discapacidad. Datos para 2019 muestran una mayor prevalencia de estas enfermedades entre las mujeres que entre los hombres de 55 años y más, especialmente cuando se trata de enfermedades digestivas, trastornos musculoesqueléticos, neurológicos o mentales y otras enfermedades no transmisibles (véase el gráfico IV.4) (IHME, 2022).

Gráfico IV.4

América Latina y el Caribe (33 países y territorios)^a: prevalencia de enfermedades no transmisibles en personas de 55 años y más, según enfermedad y sexo, 2019



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME), "Results", *The Global Burden of Disease Study 2019*, Global Burden of Disease Collaborative Network [en línea] <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> [fecha de consulta: octubre de 2022].

Nota: Los grupos de edad de esta base de datos no contemplan el grupo de 60 años y más, por lo que se seleccionó el grupo de 55 años y más.

^a Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

En 2020, se estima que en 21 países de América Latina y el Caribe hay 85 millones de personas con alguna discapacidad, lo que exige pensar en el impacto de la discapacidad en el curso de vida y en las políticas dirigidas al envejecimiento saludable (García Mora, Schwartz Orellana y G. Freire, 2021). Conforme avanza la edad, el peso de la discapacidad es mayor y se registran cambios importantes en las principales causas que la ocasionan.

En la región, las enfermedades no transmisibles dominan las cinco principales causas de años vividos en condiciones de discapacidad para ambos sexos y la diabetes mellitus (excluida la enfermedad renal crónica debida a la diabetes) es la principal causa de discapacidad³. La segunda causa es la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, seguida por las afecciones bucales, la artrosis y los errores de refracción no corregidos (véase el gráfico IV.5) (OMS, 2020b).

El gráfico IV.5 muestra los siguientes resultados generales:

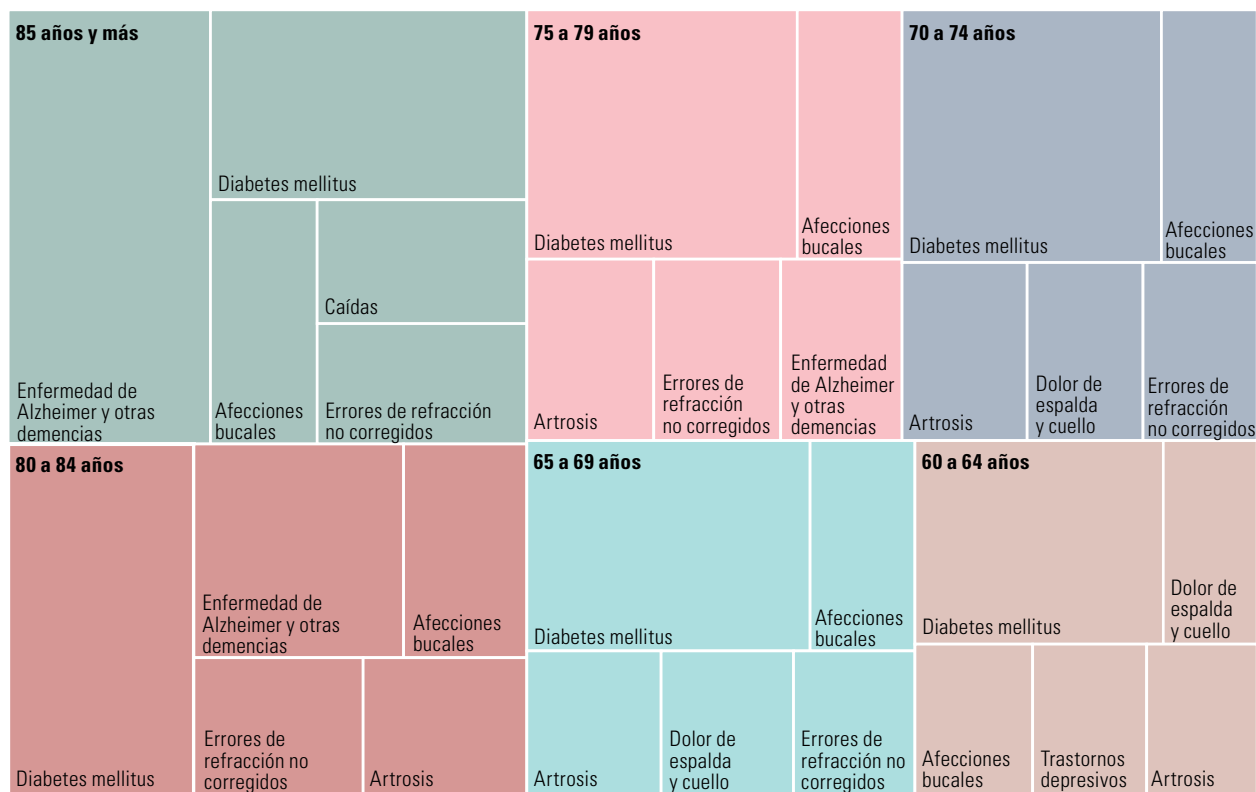
- La diabetes mellitus se encuentra en primer o segundo lugar de importancia como causa de discapacidad en todos los grupos de edad.
- La enfermedad de Alzheimer y otras demencias toma mayor importancia a partir de los 75 años, y llega a ser la segunda causa de discapacidad en la población de 80 a 84 años y la principal en el grupo de 85 años y más.
- La artrosis es una causa de discapacidad que está presente en todos los grupos de edad, hasta que es desplazada a partir de los 85 años y más, cuando las caídas toman relevancia.

³ La prevalencia de la diabetes y las enfermedades renales que la acompañan supera el 43% tanto en hombres como en mujeres de 55 años y más (véase el gráfico IV.4).

- Las afecciones bucales que limitan a la población para comer y beber están presentes como segunda o tercera causa de discapacidad en todos los grupos de edad.
- Los errores de refracción no corregidos, que no permiten enfocar bien y ocasionan un deterioro de la visión cercana o distante, aparecen como cuarta o quinta causa de discapacidad a partir de los 65 años.
- El dolor de espalda y cuello se encuentra entre las cinco principales causas de discapacidad en la población de 60 a 74 años.
- Los trastornos depresivos ocupan el cuarto lugar entre las causas de discapacidad en la población de 60 a 64 años.

Gráfico IV.5

América Latina y el Caribe (31 países)^a: cinco primeras causas de años vividos en condiciones de discapacidad para la población de 60 años y más, según grupos de edad, 2019



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), “Causas principales de mortalidad, y discapacidad”, 2020 [en línea] <https://www.paho.org/es/enlace/causas-principales-mortalidad-discapacidad>.

Nota: El tamaño de cada rectángulo refleja la magnitud de la carga para las cinco principales causas de años vividos en condiciones de discapacidad de cada grupo de edad. En el caso de la diabetes mellitus no se incluye la enfermedad renal crónica. Las afecciones bucales se refieren a aquellas que dificultan acciones como comer y beber. Los errores de refracción son los problemas de visión que se producen cuando la forma del ojo no permite enfocar bien y ocasionan un deterioro de la visión cercana o distante.

^a Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

La matriz de la desigualdad social (CEPAL, 2016) y los determinantes sociales de la salud —que se refieren a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, y que influyen en el estado de salud (OMS, 2008)— explican, en gran medida, la intensidad de la carga de enfermedad y discapacidad. Por ejemplo, las desigualdades en el acceso al agua, el saneamiento y los servicios de salud a causa de las condiciones laborales afectan más a las poblaciones rurales, las poblaciones urbanas marginales, los pueblos indígenas y los afrodescendientes de todos los grupos de edad (CEPAL, 2020a).

Por ejemplo, las personas mayores afrodescendientes presentan una mayor incidencia de enfermedades no transmisibles (como diabetes e hipertensión) en comparación con las personas mayores no afrodescendientes, lo que tiene que ver con sus condiciones de vida más desfavorables y con desigualdades acumuladas, pues este tipo de patologías tienen relación con la precarización de la calidad de vida (OPS, 2021b). Asimismo, para los pueblos indígenas se informa una mayor carga de enfermedad que para las poblaciones no indígenas, ya que los primeros presentan enfermedades cardiovasculares, infecciosas (como tuberculosis) y una tasa de mortalidad materno-infantil más alta (OPS, 2020c y 2021d). Entre los pueblos indígenas, la vida laboral suele ser más prolongada y basarse en actividades manuales precarias, donde la exposición del cuerpo implica un mayor desgaste físico. Las personas que pertenecen a estos pueblos presentan comorbilidades vinculadas con enfermedades no transmisibles, como hipertensión arterial y diabetes, a lo que se suma la mayor prevalencia de discapacidad (CEPAL y otros, 2020). En el recuadro IV.1 se hace referencia al tema de la salud entre las personas mayores migrantes.

Recuadro IV.1

Personas mayores, movilidad humana y salud

A modo de seguimiento de los determinantes sociales de la salud y las desigualdades que marcan las condiciones de salud de las personas mayores, en el informe *Un reclamo de dignidad: vejez en la movilidad humana. Evaluación regional sobre la situación y necesidades de las personas mayores en condición de movilidad humana en las Américas* (Bustamante y otros, 2021) se realizó una primera evaluación regional de la intersección entre vejez y movilidad humana. El objetivo fue presentar un panorama sobre la situación y las necesidades de las personas mayores en condición de movilidad humana (interna y externa) en América Latina y el Caribe. El análisis, que contó con la participación de 865 personas mayores, personas cuidadoras y proveedores de servicios, se enfocó en cinco países: Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras y Perú.

El estudio muestra que las personas mayores en situación de movilidad humana se enfrentan a diversas limitaciones para acceder a derechos y servicios sociales, con lo que se intensifican las desigualdades en materia de acceso a servicios de salud que experimentan en el lugar de destino. Revela una serie de vulnerabilidades específicas para las personas mayores en situación de movilidad humana, entre las que sobresalen las siguientes: dificultad para obtener documentación; escasa protección social y dificultades económicas (más de la mitad de esas personas mayores en condición de movilidad no recibe ingresos y cuando los recibe son insuficientes); limitaciones en el acceso al trabajo, informalidad, precariedad y explotación laboral; alimentación de baja calidad y deficiente (la quinta parte de las personas que respondieron al estudio no puede hacer tres comidas al día), y problemas de hacinamiento en la vivienda donde habitan (en los casos de Colombia, Honduras y el Perú).

Entre los datos más relevantes sobre las condiciones de salud, cuidado y acceso a servicios de salud se informa que la población mayor encuestada refirió padecer hipertensión (42%), trastornos mentales (34%), afecciones gastrointestinales (21%), enfermedades cardíacas (16%), diabetes (15%), enfermedades respiratorias (14%) y cáncer (4%). Se encontró que el 42% de las personas mayores no habían recibido tratamiento para dichas afecciones por diversas causas, entre las que se encuentran: citas perdidas, falta de documentación, falta de recursos para pagar los medicamentos, miedo a acercarse a los centros de salud por riesgo de contagio durante la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), dificultades de movilidad y largas distancias a los centros de salud.

Alrededor del 30% de las personas mayores consultadas no usaban servicios de salud cuando los necesitaban, incluso antes de la pandemia. Esto se debe a la falta de recursos económicos para pagar consultas, tratamientos y medicamentos (más de una quinta parte de quienes usaban servicios de salud habían tenido que pagar). El 27% de las personas entrevistadas dijeron no tener acceso a ningún servicio de salud, lo que se recrudeció durante la pandemia, y el 98% manifestó tener al menos una enfermedad o discapacidad.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de M. Bustamante y otros, *Un reclamo de dignidad: vejez en la movilidad humana. Evaluación regional sobre la situación y necesidades de las personas mayores en condición de movilidad humana en las Américas*, Bogotá, HelpAge International, 2021; y M. Bustamante, "Un reclamo de dignidad: la vejez en situación de movilidad humana", *Boletín Envejecimiento y Desarrollo*, N° 19, Santiago, CEPAL, diciembre de 2021.

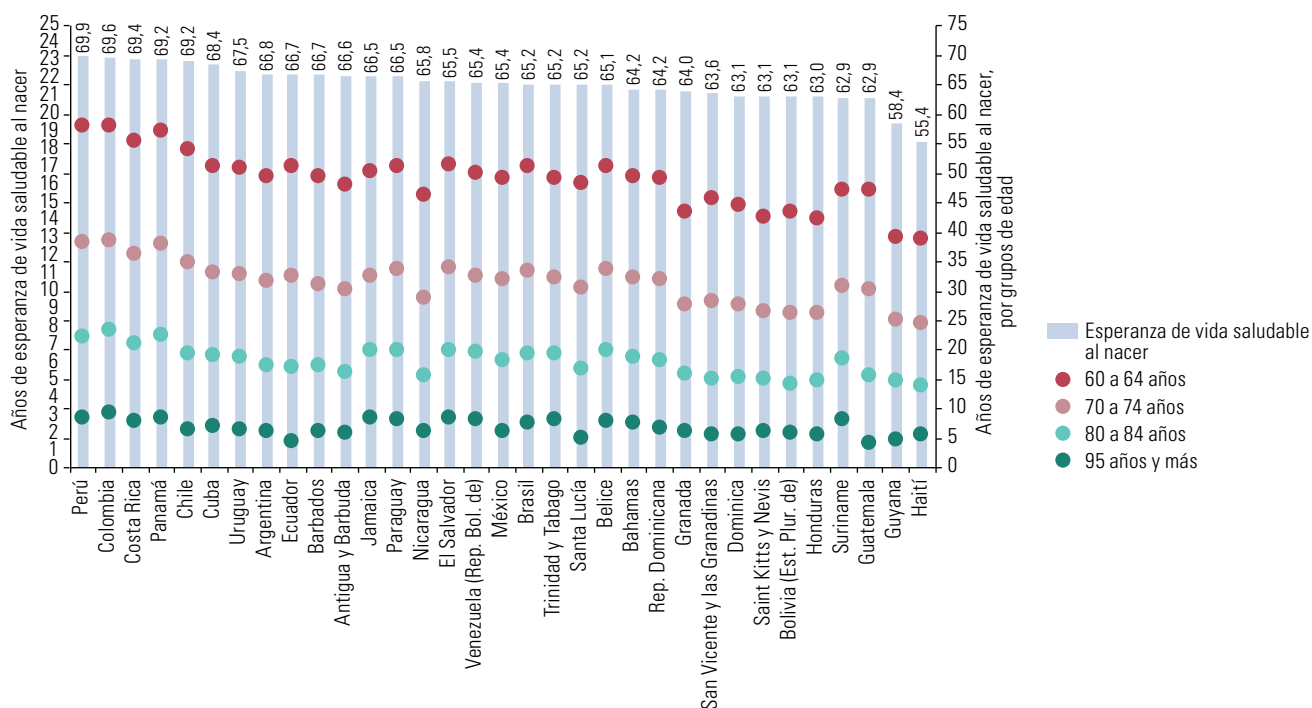
Las desigualdades en la salud de las personas mayores se acumulan a lo largo del curso de la vida debido a la exposición a riesgos, las barreras ambientales y sociales que determinan diferencias en las condiciones de salud (OPS, 2017a), la esperanza de vida saludable al nacer y la esperanza de vida saludable una vez que se alcanzan los 60 años y más.

A partir del estudio sobre la carga mundial de morbilidad, que considera el perfil epidemiológico de las personas mayores y las diferentes cargas por enfermedades no transmisibles, se realizaron estimaciones que muestran que en las últimas tres décadas (1990-2019) la esperanza de vida saludable a los 65 años en las Américas (incluidos el Canadá y los Estados Unidos) se incrementó 1,4 años, al pasar de 12,2 años en 1990 a 13,6 años en 2019. En contraste, en el mismo grupo poblacional, el porcentaje de años de vida con mala salud se mantuvo prácticamente igual, al pasar del 28,8% en 1990 al 29% en 2019. Asimismo, la esperanza de vida a los 65 años en las Américas aumentó 2,1 años hasta alcanzar 19,2 años en 2019 (Martínez y otros, 2021, pág. 2).

La esperanza de vida saludable al nacer en los países de la región presenta desigualdades. Si bien la mayoría de los países se encuentran por arriba de los 60 años de vida saludable, los valores máximos se observan en el Perú y Colombia, con más de 69 años, y los mínimos se registran en Haití y Guyana, con 55,4 y 58,4 años, respectivamente. La esperanza de vida saludable disminuye conforme se incrementa la edad. En el grupo de 60 a 64 años, la esperanza de vida saludable más alta se encuentra en el Perú y Colombia (19,3 años) y la más baja se presenta en Guyana y Haití. Para los grupos de 70 a 74 años y de 80 a 84 años, los extremos son Colombia (15,9 y 7,7 años, respectivamente) y Haití (10,4 y 4,6 años, respectivamente). Por último, en las edades más avanzadas —95 años y más— Colombia presenta el valor máximo de 3 años de esperanza de vida saludable y Guatemala registra el valor mínimo de 1,3 años. Si bien se esperaría que, a mayor esperanza de vida al nacer, también la esperanza de vida en edades avanzadas tuviera el mismo comportamiento, se observan diferencias de ordenamiento de países según los dos indicadores (véase el gráfico IV.6).

Gráfico IV.6

América Latina y el Caribe (33 países): esperanza de vida saludable al nacer a partir de los 60 años, por grupos de edad, 2019 (En años)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME), "Results", *The Global Burden of Disease Study 2019*, Global Burden of Disease Collaborative Network [en línea] <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> [fecha de consulta: octubre de 2022].

B. Desafíos de los sistemas de salud

Las debilidades históricas de los sistemas de salud de la región se han hecho patentes ante la pandemia de COVID-19, con lo que quedó en evidencia el subfinanciamiento crónico, marcado por un muy bajo gasto público en salud y altos niveles de gasto privado, principalmente de bolsillo. Se trata de sistemas fragmentados y segmentados, lo que genera dificultades de coordinación y problemas de eficiencia que se traducen en desigualdades que comprometen el acceso universal, la calidad y el financiamiento de la salud (CEPAL/OPS, 2020; CEPAL, 2022a)⁴.

Antes de la pandemia, los sistemas de salud enfrentaban grandes retos por la necesidad de adaptarse a los cambios demográficos que afectan con diferente intensidad a los países de la región y que conllevan la necesidad de ajustar sus respuestas ante los cambios epidemiológicos que se manifiestan en el aumento de las enfermedades no transmisibles (esto mientras se debe continuar haciendo frente a las enfermedades transmisibles). Asimismo, los constantes avances tecnológicos en materia de medicamentos, insumos y equipos exigen cada vez más recursos humanos y económicos.

En muchos países de la región, los sistemas de salud enfrentaron la pandemia sin contar con recursos suficientes (CEPAL/OPS, 2020). En gran medida, los países dependieron de las importaciones de medicamentos y vacunas, al tiempo que experimentaron escasez de suministros como el oxígeno, lo que fue especialmente crítico en el Caribe⁵.

En un escenario de crisis, el enfoque del derecho a la salud (véase el recuadro IV.2) resulta fundamental para fortalecer los sistemas de salud y para que estén preparados para enfrentar las necesidades de la población en general y en particular de una población envejecida.

Recuadro IV.2

El derecho a la salud

El derecho a la salud ha sido plenamente reconocido como un derecho humano en instrumentos internacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), que en su artículo 25 establece 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 la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". Posteriormente, la Declaración de Alma-Ata (1978), que constituye un documento fundamental para la consolidación de la salud como derecho, señala que "los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva" (OMS/UNICEF, 1978).

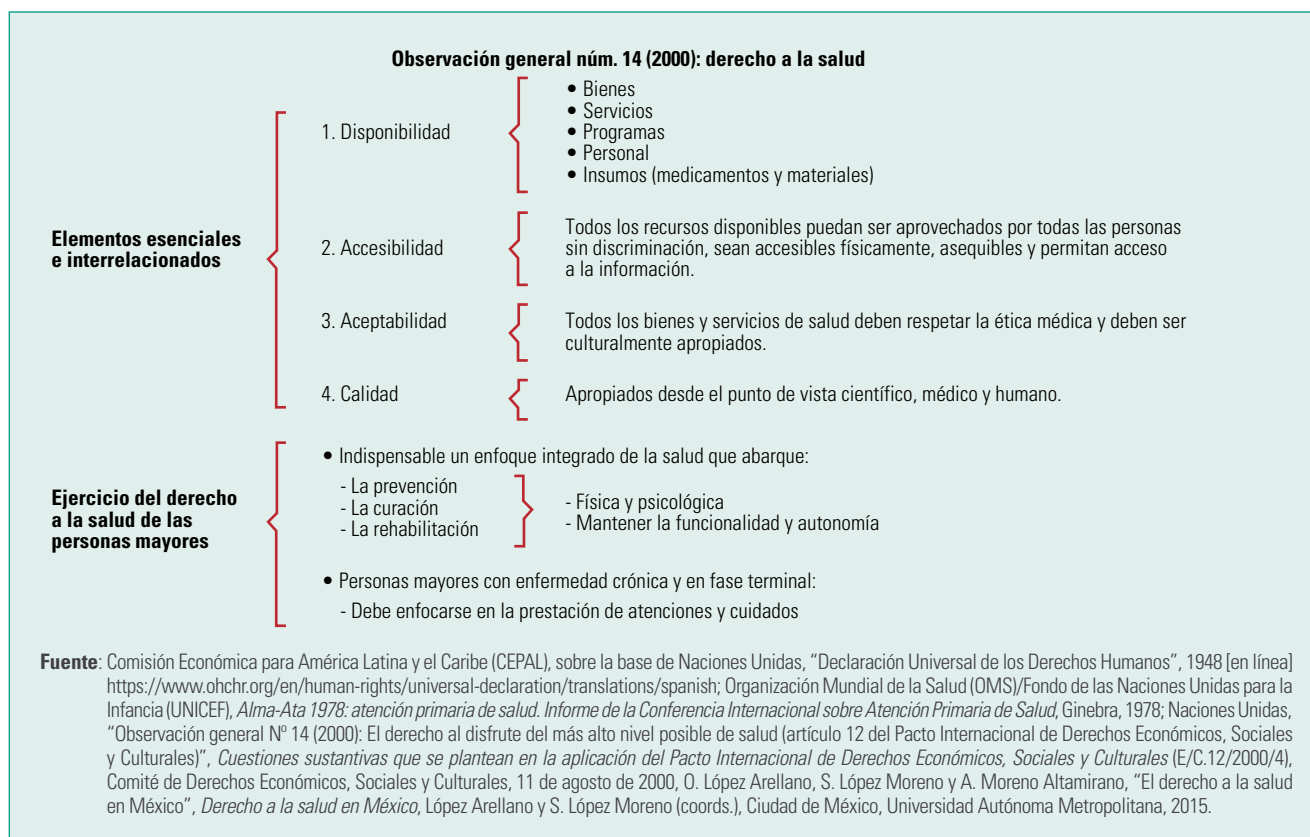
La conceptualización de la salud como derecho humano tuvo una importante modificación y ampliación cuando se discutió y publicó la observación general núm. 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas sobre el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la que se interpreta al derecho a la salud:

[...] como un derecho inclusivo que no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional (Naciones Unidas, 2000).

Es a partir de dicha definición que se puede afirmar que el derecho a la salud depende de la concurrencia de otros satisfactores que, en conjunto, determinan las condiciones de salud. Se trata entonces de un derecho complejo, estrechamente vinculado al cumplimiento de otros derechos humanos, que deben considerarse como verdaderos determinantes sociales de la salud (López Arellano, López Moreno y Moreno Altamirano, 2015).

⁴ Los sistemas de salud de la región se caracterizan por incluir tres subsistemas: "uno precario para personas de bajo nivel socioeconómico, otro más ajustados a las necesidades para los trabajadores formales, a su vez pertenecientes a los estratos medios de ingreso, y un tercero, habitualmente un sector privado, para los sectores de mayor nivel socioeconómico" (Cid y Marinho, 2022, pág. 24).

⁵ Además, en el Caribe, el costo económico debido a la reducción del turismo y los niveles insuficientes de protección social llevó a que muchas personas y hogares sufrieran dificultades financieras que, a su vez, influyen en la salud (Quashie y Jones, 2022).



En el marco del Plan de Acción de Madrid y del Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable, las políticas públicas de salud deberán centrarse en garantizar el acceso de las personas mayores a servicios de salud accesibles, asequibles, de calidad y con un abordaje de curso de vida. La cobertura sanitaria universal es la meta a lograr para que las personas mayores ejerzan su derecho a la salud en condiciones de equidad.

Una condición necesaria para avanzar hacia la cobertura de salud universal es aumentar y mejorar el financiamiento público destinado a la salud, con equidad y eficiencia. En ese sentido, el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 mide los avances sobre la base de: i) países y territorios que han aumentado el gasto público destinado a la salud en al menos un 6% del PIB y ii) países y territorios que han asignado al menos un 30% del gasto público en salud al primer nivel de atención (OPS, 2019a). Al respecto, un caso a destacar es el del Estado Plurinacional de Bolivia, que en la última década triplicó el gasto público en salud —con foco en atención primaria y acercándose a la meta de destinar el 6% del PIB al gasto público en salud—, reduciendo así los gastos catastróficos que empobrecen y afectan, en particular, a los grupos más vulnerables de la población (OPS, 2021e).

En cuanto a avances en la cobertura de los sistemas de salud, en la Argentina, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) es la obra social que garantiza la cobertura de salud de gran parte de la población mayor. Actualmente, alcanza a casi 5 millones de personas, de las cuales 4,5 millones tienen 60 años y más, lo que representa el 90% de la población afiliada y el 62% de la población mayor de la Argentina. De la población afiliada, el 63% son mujeres y el 37% son hombres⁶.

Algunos países informan avances en la creación de infraestructura de salud dirigida especialmente a la población mayor, aunque con diferentes alcances. El Estado Plurinacional de Bolivia cuenta con tres clínicas geriátricas, cuyo trabajo abarca la perspectiva gerontológica, y ha incluido servicios para personas mayores en los policlínicos de la seguridad social. Por su parte, la Intendencia Municipal de Montevideo, en el Uruguay, ha creado infraestructura para el establecimiento de 23 policlínicas de primer nivel de atención para la población en general, con una perspectiva territorial, y se encuentra gestionando la creación de centros diurnos para la atención de personas mayores en situación de calle o desamparo.

⁶ En las áreas urbanas de la Argentina, el 93,5% de las personas mayores está afiliada a algún sistema de salud, según datos de la Encuesta Permanente de Hogares (INDEC, 2019).

C. Avances en materia de políticas de atención de la salud de las personas mayores

El Plan de Acción de Madrid señala que la promoción de la salud durante todo el curso de vida y el acceso universal de las personas mayores a los servicios de salud son el pilar del envejecimiento saludable. A continuación, se presentan los avances de la región en materia de promoción y protección del derecho a la salud, considerando datos estadísticos, información proveniente de diversos organismos internacionales y datos proporcionados en los informes nacionales en el marco del cuarto examen y evaluación regional del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

1. Políticas y programas de salud vinculados con el envejecimiento

La orientación prioritaria II del Plan de Acción de Madrid establece que es necesario garantizar el pleno acceso de las personas mayores a la atención y a los servicios de salud. Esto incluye prevención y atención de las enfermedades, promoción de la salud, y prevención y atención de las discapacidades, todo a partir de servicios de salud adecuados a las necesidades y características de la población que envejece. Para ello, en su cuestión 2: “Acceso universal y equitativo a los servicios de atención de la salud” propone la eliminación de las desigualdades sociales y económicas por razones de edad o sexo a fin de garantizar que las personas mayores tengan un acceso equitativo en condiciones de igualdad a la atención de la salud.

El Plan de Acción de Madrid estableció que “el objetivo último es un continuo asistencial que va desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad hasta la prestación de atención primaria de salud en condiciones de igualdad, el tratamiento de enfermedades agudas, la rehabilitación, la atención comunitaria de los problemas crónicos de salud, la rehabilitación física y mental de las personas de edad, incluidas las personas de edad con discapacidades, y la atención paliativa para las personas de edad que padecen enfermedades penosas o incurables” (Naciones Unidas, 2002, pág. 34). En consonancia, para la OMS (2021a), la cobertura sanitaria universal se alcanza cuando todas las personas y comunidades reciben los servicios de salud que necesitan (promoción de la salud, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos); cuando estos servicios son de calidad, es decir, son proporcionados por personal sanitario y asistencial adecuado y competente, y se encuentran próximos a las personas, además de ser ofrecidos de manera digna, y, por último, cuando evitan que las personas se expongan a riesgos financieros debido al pago de dichos servicios.

A su vez, el Plan de Acción de Madrid propuso la importancia de “promover el establecimiento y la coordinación de una gama completa de servicios de atención continua, incluidos los de prevención y promoción, atención primaria, cuidados intensivos, rehabilitación, atención de enfermedades crónicas y atención paliativa, de modo que los recursos se puedan desplegar con flexibilidad para atender a las variables y cambiantes necesidades de salud de las personas de edad” (Naciones Unidas, 2002, pág. 36). La localización de la infraestructura de salud (incluidos centros de salud, clínicas, hospitales y hospitales de alta especialidad, entre otros servicios de apoyo), su accesibilidad y la pertinencia de su creación o adquisición son elementos imprescindibles para avanzar hacia la universalización de la salud, buscando eficiencia para dar continuidad a los servicios de salud que necesita la población y evitando la sobreinversión, que puede provocar la subutilización de infraestructura.

Asimismo, es importante incorporar la promoción de salud de las personas mayores de manera transversal en los programas relacionados con el cuidado del ambiente, la mejora de la calidad de la vivienda, la educación, el agua potable y la seguridad alimentaria, entre otros, que, coordinados de manera adecuada con planes sanitarios, pueden contribuir a fomentar la prevención y la promoción de la salud (Coronel Carbo y Marzo Páez, 2017).

Pese a la presión ejercida sobre los sistemas de salud debido a la pandemia de COVID-19, en el quinquenio 2017-2022, los países de la región dan cuenta de avances orientados a garantizar el acceso universal y equitativo de las personas mayores a los servicios públicos de salud. Ello se basa en acciones de fortalecimiento institucional de los sistemas de salud, la creación, consolidación e integración de estrategias, políticas y programas nacionales de salud para asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud, la ampliación de la infraestructura y, en algunos casos, el establecimiento de legislación en materia de salud para garantizar el cumplimiento de las metas. En el cuadro IV.2 se detallan los avances en algunos países de la región en materia de fortalecimiento y consolidación de leyes, políticas y programas sectoriales que buscan garantizar el acceso de las personas mayores a la salud.

Cuadro IV.2

América Latina y el Caribe (8 países): políticas públicas orientadas a la cobertura sanitaria universal de las personas mayores

País	Nombre	Objetivo
Argentina	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP)	Brinda servicios médicos asistenciales de protección, recuperación y rehabilitación de la salud, coordinados con prestaciones de desarrollo y promoción social a nivel nacional.
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Ley núm. 1152	Establece que las personas de 60 años y más que no estén protegidas por el subsector de la seguridad social de corto plazo accedan al Sistema Único de Salud (SUS), de carácter gratuito en el subsector público de salud.
Chile	Ley núm. 21380 de atención preferente para personas mayores, personas en situación de discapacidad y cuidadores	Asegura que toda persona mayor de 60 años, así como toda persona con discapacidad, y sus cuidadores y cuidadoras, tengan derecho a ser atendidas en el ámbito de la salud.
Colombia	Estrategia Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables (CERS)	Mecanismo para generar hábitos de vida saludable y mitigar la pérdida de años de vida saludable por enfermedades no transmisibles.
Cuba	Constitución de la República de 2019 y Ley núm. 41-83 de la Salud Pública	Garantiza la salud y promueve una mayor calidad de vida de la población.
México	Programa Sectorial de Salud (PSS) 2020-2024	Asegura el acceso efectivo, universal y gratuito a la salud.
Panamá	Programa Salud Adulto Mayor	Garantiza que toda persona mayor que acuda a un establecimiento de salud reciba atención diferenciada e integral basada en la valoración geriátrica realizada por el equipo multidisciplinario de salud.
Uruguay	Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)	Ha promovido un cambio en el modelo de atención mediante el fortalecimiento del primer nivel. En el caso de las personas mayores, esto ha significado el establecimiento de controles anuales programados para las personas de 65 a 74 años y de controles trimestrales programados para las personas de 75 años y más y para todas las personas mayores detectadas como vulnerables.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002).

La OPS (2019b) refiere que, en materia legislativa, 16 países de la región tienen una política relacionada con los cuidados a largo plazo y 18 países cuentan con mecanismos legislativos para proteger a las personas mayores contra la discriminación. Destaca el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, que en la Ley núm. 1152 estableció mecanismos orientados a personas que no gozan de protección sanitaria para que puedan acceder al Sistema Único de Salud. A su vez, algunos países han elevado la salud de las personas mayores al rango de política, plan o programa nacional, como es el caso de Bolivia (Estado Plurinacional de) (Plan de Acción Quinquenal hacia el Envejecimiento Activo y Saludable), el Brasil (Política Nacional de Salud de la Persona Mayor), Chile (Plan Nacional de Salud Integral para las Personas Mayores) y Cuba (Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor). En otros casos se ha buscado fortalecer el acceso de las personas mayores a la salud a través del impulso de medidas derivadas de programas sectoriales de salud. En 2019, 24 países informaron tener algún mecanismo multisectorial de trabajo en el área de envejecimiento que incluye la salud como tema esencial (OPS, 2019b).

Un avance muy relevante que todos los países señalan en sus informes lo constituyen los programas enfocados a la promoción del envejecimiento saludable que, con diferentes orientaciones y alcances, ofrecen servicios y promueven instancias de capacitación y orientación, así como actividades y acciones encaminadas a mejorar la accesibilidad a los servicios de salud y a fomentar estilos de vida saludable. Mientras que en algunos países (Argentina, Chile y Panamá) los programas están contruidos a partir de la intersectorialidad, en otros (México) existen diversos programas operados por instituciones tanto de salud como de seguridad social, y en un tercer grupo de países estos programas se encuentran únicamente vinculados al sector de la salud.

En el último quinquenio resaltan los esfuerzos orientados a fortalecer la institucionalidad en materia de salud y envejecimiento, que buscan incorporar gradualmente servicios, infraestructura y modelos de atención que contribuyan a reducir la discapacidad, mejorar la esperanza de vida y el estado de salud, y, con ello, la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. En la región, 20 países informaron tener una política, estrategia o plan destinado al envejecimiento y la salud de las personas mayores, y al menos 31 países refirieron contar con un punto focal de envejecimiento en el Ministerio de Salud (OPS, 2019b).

Sin embargo, la mayoría de las políticas, planes y programas de salud dirigidos al envejecimiento aún carecen de perspectivas incluyentes, centradas en las personas, que reconozcan la diversidad de vejezes. Pocas políticas públicas consideran la perspectiva de género, edad e interculturalidad, lo que se ve reflejado en las escasas acciones específicas para la población mayor indígena y afrodescendiente, mujeres y personas con identidades sexogenéricas no binarias.

En Costa Rica y Panamá hay ejemplos de políticas con perspectiva intercultural. La Caja Costarricense de Seguro Social, como prestadora de servicios de salud, ha procurado facilitar la atención en territorios indígenas de difícil acceso geográfico y cultural a través de 11 asistentes indígenas comunitarios en el primer nivel de atención, que establecen un vínculo intercultural entre las personas indígenas y el personal de salud. En el caso de Panamá, las normas de salud contemplan el enfoque intercultural como una dimensión de la práctica de la medicina que exige mayor capacitación para ser más competente en la comunicación con personas de otras culturas.

Otra área de la salud en la que se debe incluir a la población mayor es la salud sexual. Un esfuerzo en la materia se está realizando en la Argentina, donde la Subgerencia de Políticas de Género, Diversidad Sexual y Disidencias de la Secretaría General de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado del INSSJP se encarga de formular, diseñar y ejecutar políticas y programas que combatan la discriminación por género, diversidad sexual o identidad sexual, así como de instrumentar proyectos, prestaciones y servicios pertinentes de promoción, prevención y asistencia con enfoque de derechos humanos y perspectiva de género. Además, esta instancia del Gobierno se encuentra trabajando en la creación de líneas específicas de promoción de la salud sexual en personas mayores.

Por otra parte, se ha señalado que el gasto de bolsillo tiende a aumentar ante la presencia de ciertas afecciones y durante la etapa de la vejez (Salinas-Escudero y otros, 2019). Con la finalidad de evitar riesgos financieros para las personas mayores, derivados, en buena parte, del costo de los medicamentos, que en ocasiones no se les otorgan, o se les otorgan parcialmente, en los servicios públicos de salud, se han puesto en marcha importantes programas. En la Argentina, en 2020 entró en vigor el vademécum de medicamentos esenciales gratuitos, que cubre el 100% de los medicamentos que utilizan las personas mayores e incluye 170 principios activos y 3.600 presentaciones de marca comercial. El Gobierno argentino estima que en 2020 las personas mayores ahorraron 4.200 pesos argentinos por mes gracias a esta iniciativa y que 4 de cada 10 afiliados reciben los medicamentos en el marco del sistema de entrega gratuita. Asimismo, el Brasil puso en funcionamiento la Política Nacional de Asistencia Farmacéutica y la Política Nacional de Distribución de Medicamentos, Bolivia (Estado Plurinacional de) comenzó a distribuir medicamentos en forma gratuita, y Chile, que ya contaba con acceso universal a medicamentos, incorporó la entrega a domicilio para las personas mayores durante la pandemia.

Enfrentar las enfermedades no transmisibles desde la prevención, la atención y la rehabilitación también ha sido una prioridad. El 35% de los países de la región ha implementado programas de autocuidado para personas mayores con múltiples enfermedades crónicas (OPS, 2019b). En este sentido, se destacan las siguientes iniciativas: el Plan de Acciones Estratégicas para el Enfrentamiento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en el Brasil (2011-2022), que incluye a las personas mayores; el programa de Unidades de Valoración Geriátrica del Uruguay; el Plan Nacional de Demencia y el Programa de Salud Cardiovascular de Chile, y el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control Integral de las Enfermedades no Transmisibles y sus Factores de Riesgo 2014-2025 de Panamá.

Los programas enfocados en proporcionar servicios de rehabilitación y brindar acceso a órtesis y prótesis aún son muy limitados, lo que genera gastos de bolsillo y lleva a postergar la atención por los costos que representa. En este sentido, en Cuba se aprobó la Resolución núm. 149 del 18 de abril de 2016, del Ministerio de Salud Pública, que regula el procedimiento para el arrendamiento o la venta de ayudas técnicas para grupos vulnerables.

2. Formación de recursos especializados

Un elemento indispensable para alcanzar la salud universal está vinculado con la capacidad de los Estados de contar con personal sanitario y asistencial adecuado para atender las necesidades de la población. En este sentido, la 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud (OPS, 2017b) y en 2018 se elaboró el Plan de Acción sobre Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud 2018-2023 (OPS, 2018a). Ambas iniciativas tienen como finalidad orientar a los países en la elaboración de sus políticas y planes de formación de recursos humanos. A partir del Plan de Acción, se inició un proceso de implementación y seguimiento en el que participaron 24 países, de los cuales 20 informaron avances.

Sobre la base del análisis de los informes nacionales se desprende que siete países de la región cuentan con una política de recursos humanos formalizada y en proceso de implementación; nueve disponen de un equipo multidisciplinario institucionalizado con capacidades para la planificación de los recursos humanos para la salud;

siete han desarrollado proyecciones de necesidades de recursos humanos para la salud; siete disponen de un sistema nacional de información de recursos humanos en funcionamiento; ocho han incrementado la proporción del presupuesto público destinado a los recursos humanos de salud; cuatro cuentan con una política de incentivos para la retención del personal en zonas desatendidas, y nueve tienen un plan de formación de especialistas (OPS, 2021f).

La Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2003) estableció la necesidad de promover la formación de recursos humanos a través de programas de capacitación en gerontología y geriatría en todos los niveles de atención. Sin duda, la formación y el desarrollo del personal sanitario como agente de cambio para transformar los sistemas de salud hacia la salud universal representa un gran desafío (Artaza y otros, 2020).

De acuerdo con los informes nacionales, la formación de personal especializado supone un gran reto en la región. Esto ocurre, por ejemplo, con la formación de geriatras. De hecho, en 2021, el Ministerio de Salud de Chile publicó la Resolución Exenta núm. 67, que establece la geriatría (entre otras) como especialidad médica en falencia. Con esta medida, "otórgase un incremento del 50% sobre el sueldo base mensual equivalente, por 44 horas semanales de trabajo, a los profesionales médicos que acceden a becas destinadas al perfeccionamiento de una especialidad", entre las que se encuentra la geriatría.

Otro gran reto es la formación de recursos humanos para la atención primaria de la salud de las personas mayores. Si bien cada vez más se reconoce la necesidad de contar con recursos humanos que atiendan la salud de las personas mayores, la brecha aún es considerable, pues en las Américas, menos del 15% de los programas de grado en ciencias de la salud y menos del 10% de los programas de posgrado en especialidades médicas clave para la atención de las personas mayores incluyen el abordaje del envejecimiento y de la salud en la vejez. Este es un tema que tienen que valorar las instituciones educativas (OPS, 2019b).

En 2018, el 58% de los países de las Américas (incluidos el Canadá y los Estados Unidos) informaron haber ejecutado al menos un programa de capacitación para trabajadores de la salud del primer nivel de atención asociado a la salud de las personas mayores. Aunque se reconoce que muchos países promueven programas de capacitación de recursos humanos a nivel nacional y subnacional, las necesidades sobrepasan la oferta (OPS, 2019b).

Algunos países, no obstante, informan avances importantes:

- La Argentina, a través del programa de Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional ha formado alrededor de 700 personas en tres cohortes y mediante la Diplomatura en Atención Gerontológica Integral ha formado 600 personas. Además, el país cuenta con programas de pregrado en gerontología.
- El caso del Brasil es muy relevante, pues ha invertido en formación de personal en el primer nivel de atención mediante la oferta de diez cursos autodirigidos de los que han egresado 80.972 profesionales de la salud. En 2018 se creó la Subespecialidad en Medicina Paliativa y del Dolor, de la que han egresado 30 especialistas, además de la Alta Especialidad en Gerontología. El país cuenta con programas de pregrado y posgrado en universidades públicas y privadas.
- Costa Rica informa que 2.044 personas se han capacitado en 104 cursos virtuales en el marco del Programa de Atención a Personas Adultas Mayores Institucionalizadas y 109 personas egresaron de la especialidad en Geriatría y Gerontología de la Universidad de Costa Rica.

En virtud del desafío que supone para los países la formación de recursos humanos en esta materia, es preciso seguir explorando estrategias integrales e innovadoras que permitan acercar a una mayor cantidad de profesionales de la salud, de áreas multidisciplinarias, la capacitación que les permita disponer de las competencias necesarias para atender a la población mayor.

D. La protección del derecho a la salud frente al COVID-19

Se estima que en América Latina y el Caribe, hasta el 23 de noviembre de 2022, el COVID-19 ha causado la muerte de 1.742.280 personas y los casos confirmados acumulados ascienden a 78.189.189 (véase el cuadro IV.3). Las múltiples desigualdades económicas y sociales de la región, junto con las debilidades estructurales de los

sistemas de salud, propiciaron que los efectos sanitarios de la pandemia fuesen más profundos que en otras regiones del mundo, sobre todo en los grupos poblacionales que antes de la crisis sanitaria ya se encontraban en situación de pobreza o enfermedad, o vivían algún tipo de exclusión social. Las inequidades se observan en los mayores niveles de mortalidad registrados en la región. Considerando como referencia que la población regional al 1 de julio de 2022 representa el 8,3% de la población mundial (Naciones Unidas, 2022a), los casos acumulados al 23 de noviembre de 2022 representaron el 12,3% de los casos a nivel mundial y las muertes acumuladas representaron el 26,4% de las defunciones. Por subregiones, se observa que América del Sur concentra 8 de cada 10 casos y similar número de defunciones acumuladas.

Cuadro IV.3

América Latina y el Caribe (35 países y territorios): casos y decesos confirmados por COVID-19, hasta el 23 de noviembre de 2022

Subregión	País	Casos confirmados acumulados	Proporción del total de casos confirmados de la región (En porcentajes)	Decesos confirmados acumulados	Proporción del total de decesos acumulados en la región (En porcentajes)
Centroamérica y México	Belice	68 972	0,1	687	0,0
	Costa Rica	1 140 864	1,5	9 019	0,5
	El Salvador	201 785	0,3	4 230	0,2
	Guatemala	1 144 771	1,5	19 916	1,1
	Honduras	457 406	0,6	11 041	0,6
	México	7 118 795	9,1	330 443	19,0
	Nicaragua	15 203	0,0	245	0,0
	Panamá	992 623	1,3	8 515	0,5
	Subtotal	11 140 419	14,2	384 096	22,0
América del Sur	Argentina	9 721 718	12,4	130 011	7,5
	Bolivia (Estado Plurinacional de)	1 109 763	1,4	22 243	1,3
	Brasil	34 908 198	44,6	688 656	39,5
	Chile	4 832 838	6,2	61 983	3,6
	Colombia	6 311 359	8,1	141 862	8,1
	Ecuador	1 009 705	1,3	35 938	2,1
	Paraguay	718 049	0,9	19 608	1,1
	Perú	4 169 751	5,3	217 172	12,5
	Uruguay	992 035	1,3	7 529	0,4
	Venezuela (República Bolivariana de)	546 262	0,7	5 824	0,3
Subtotal	64 319 678	82,3	1 330 826	76,4	
El Caribe	Anguila	3 866	0,0	12	0,0
	Antigua y Barbuda	9 106	0,0	146	0,0
	Aruba	43 423	0,1	234	0,0
	Bahamas	37 435	0,0	833	0,0
	Barbados	103 545	0,1	564	0,0
	Cuba	1 111 317	1,4	8 530	0,5
	Dominica	15 760	0,0	74	0,0
	República Dominicana	647 916	0,8	4 384	0,3
	Granada	19 613	0,0	237	0,0
	Guadalupe	197 105	0,3	993	0,1
	Guyana	71 461	0,1	1 281	0,1
	Haití	33 837	0,0	860	0,0
	Jamaica	152 517	0,2	3 399	0,2
	Saint Kitts y Nevis	6 552	0,0	46	0,0
	San Vicente y las Granadinas	9 462	0,0	116	0,0
	Suriname	81 228	0,1	1 392	0,1
	Trinidad y Tabago	184 949	0,2	4 257	0,2
Subtotal	2 729 092	3,5	27 358	1,6	
Total	78 189 189	100	1 742 280	100	

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Cumulative confirmed and probable COVID-19 cases reported by countries and territories in the region of the Americas", 24 de noviembre de 2022.

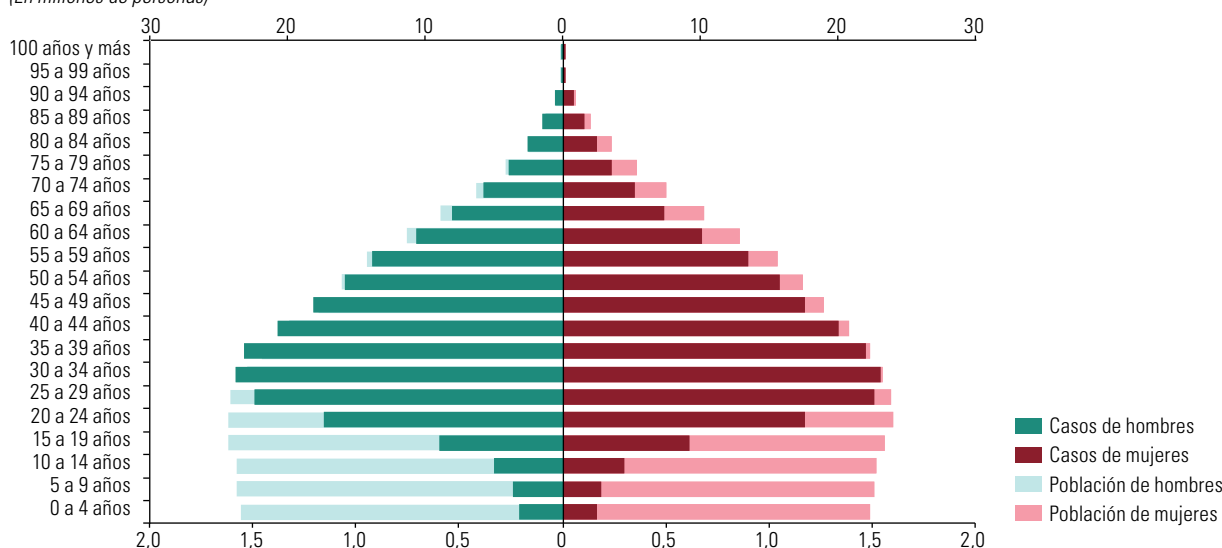
Aunque toda la población, sin importar la edad, está en riesgo de contraer COVID-19, las personas mayores y las personas con enfermedades crónicas preexistentes presentan un mayor riesgo de enfermarse gravemente y morir (Naciones Unidas, 2020). Así lo confirman los datos de la OPS que se presentan en el gráfico IV.7, donde se observa que la mayoría de las muertes por COVID-19, en los países que cuentan con datos en la región, ocurrieron en personas de 60 años y más, y que en mayor medida murieron hombres mayores.

Gráfico IV.7

América Latina y el Caribe (19 países)^a: casos confirmados y muertes por COVID-19, por sexo y grupo de edad, 2021

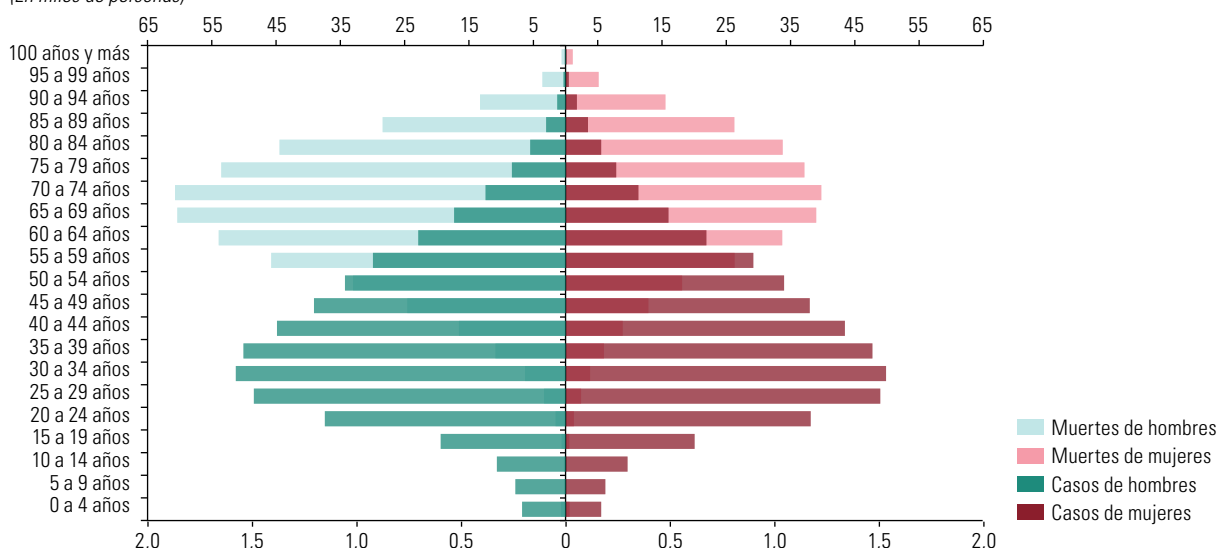
A. Casos confirmados de COVID-19

(En millones de personas)



B. Muertes por COVID-19

(En miles de personas)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), *Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January-March 2021. Interim report*, Ginebra, 22 de abril de 2021; CEPAL/Organización Panamericana de la Salud (OPS), "La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social", *Informe COVID-19*, Santiago, octubre de 2021.

Nota: Las barras horizontales rojas y verdes corresponden a los casos confirmados de COVID-19 y las verde claro y rosadas corresponden a las muertes notificadas por COVID-19.

^a Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Ecuador, Guatemala, Jamaica, México, Panamá, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tabago y Venezuela (República Bolivariana de).

El gráfico IV.7 muestra las estructuras por edad y sexo de la población total de América Latina y el Caribe, y las que corresponden a los casos y defunciones por COVID-19, lo que permite observar que los casos de COVID-19 no tienen una distribución similar entre hombres y mujeres. Al analizar la información por edad, se observa un incremento significativo a partir de los 15 años, que mantiene un patrón similar en la población adulta hasta edades avanzadas. De esta manera, en 2021, el 15,7% de los casos de COVID-19 para ambos sexos correspondían a población con 60 años y más. El cambio drástico en la distribución por sexo y edad se da en las defunciones, pues se observa que la mayor concentración de la mortalidad ocurre en la población de 60 años y más, con el 71% de las defunciones totales, y en estas se registran diferencias desfavorables para los hombres, pues el 59% de las defunciones en este grupo etario fueron de hombres.

La mayor afectación de la pandemia sobre la salud de las personas mayores, así como sobre sus condiciones económicas y sociales, se conecta con las múltiples dimensiones de la desigualdad, como el género, la condición étnica y racial, el territorio, la situación de discapacidad, el estatus migratorio y la orientación sexual, entre otras (véase el cuadro IV.4) (Abramo, Cecchini y Ullmann, 2020).

Cuadro IV.4

Desigualdades que afectan a las personas mayores frente al COVID-19

Interseccionalidad	Riesgo	Contexto
Mujeres mayores institucionalizadas	Aislamiento	<ul style="list-style-type: none"> – Situaciones de cohabitación. – Responsabilidades de cuidado.
Personas mayores indígenas	En los pueblos indígenas, la vida laboral es más prolongada	<ul style="list-style-type: none"> – Alta prevalencia del trabajo informal. – Muy bajo acceso a sistemas de protección social.
	Menos posibilidades de acceder a insumos básicos para su subsistencia	<ul style="list-style-type: none"> – Informalidad, bajos salarios.
	Más dificultades para acceder a atención médica	<ul style="list-style-type: none"> – Falta de accesibilidad a los servicios. – Barreras lingüísticas.
Personas mayores afrodescendientes	Hacinamiento	<ul style="list-style-type: none"> – No menos de la tercera parte viven con niños que tienen de 0 a 14 años.
Personas mayores con discapacidad	Acceso a bienes y servicios esenciales (confinamiento)	<ul style="list-style-type: none"> – Servicios de salud, rehabilitación y cuidados. – Medicamentos, pañales, dispositivos de asistencia y alimentos especiales.
	Violencia intrafamiliar	<ul style="list-style-type: none"> – Especialmente contra las mujeres con discapacidad.
Personas mayores en situación de movilidad humana	Salud física comprometida	<ul style="list-style-type: none"> – El 50% sufrió discriminación. – El 40% no recibió tratamiento por enfermedades previas. – El 6% de las personas contagiadas con COVID-19 informó que no obtuvo la atención médica adecuada.
Personas mayores lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI), y las que viven con sistemas inmunitarios comprometidos, incluidas algunas personas con VIH/Sida	Aislamiento	<ul style="list-style-type: none"> – Soledad. – Escasas o inexistentes redes de apoyo familiar y comunitario. – Solo salen del hogar para adquirir insumos de primera necesidad.
Personas mayores con necesidades de cuidados críticos por COVID-19	Edadismo en la provisión de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> – Discriminación por edadismo en los servicios de salud ante escasez de recursos. – Limitación del uso de la atención crítica y de soporte vital.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de L. Abramo, S. Cecchini y H. Ullmann, "Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social", *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 25, Nº 5, Río de Janeiro, Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO), 2020; M. Bustamante y otros, *Un reclamo de dignidad: vejez en la movilidad humana. Evaluación regional sobre la situación y necesidades de las personas mayores en condición de movilidad humana en las Américas*, Bogotá, HelpAge International, 2021; S. K. Inouye, "Creating an anti-ageist healthcare system to improve care for our current and future selves", *Nature Aging*, vol. 1, febrero de 2021; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), "La respuesta a COVID-19 en América Latina y el Caribe debe respetar los derechos humanos y no aumentar el estigma y discriminación por orientación sexual e identidades de género", 2020 [en línea] http://onusidalac.org/1/images/COVID19-DDHH-LGBTI-ONUSIDA_-_UNFPA-PNUD-PMA-OPS-UNICEF.pdf.

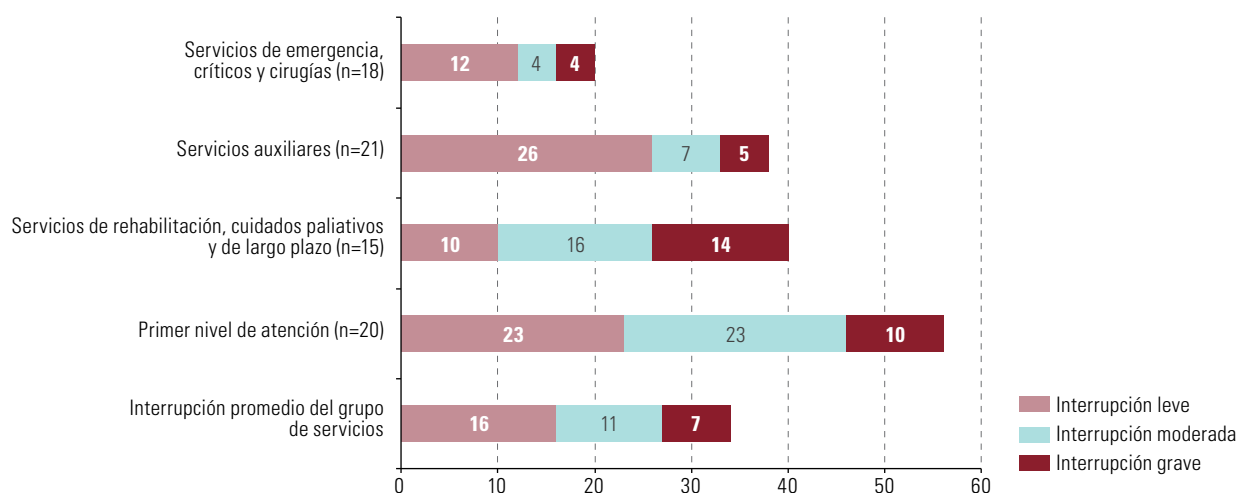
También se ha documentado el exceso de mortalidad, lo que incluye las muertes asociadas al COVID-19 de forma directa (debido a la enfermedad) o indirecta (debido al impacto de la pandemia en los sistemas de salud y la sociedad). Las muertes vinculadas indirectamente al COVID-19 son atribuibles a otras afecciones de salud para las cuales las personas no pudieron acceder a la prevención y el tratamiento porque los sistemas de salud estaban sobrecargados por la pandemia o por el temor de la propia población a asistir a los centros médicos y contagiarse (CEPAL, 2022a; CEPAL/OPS, 2021; OPS, 2022a). Las estimaciones confirman que el número global de exceso de muertes fue mayor para los hombres (57%) que para las mujeres (43%), y también fue mayor entre las personas mayores (Naciones Unidas, 2022a; OPS, 2022a).

En América Latina y el Caribe, debido a la presión ante la necesidad de atención de casos graves y críticos de COVID-19 y a una inversión en salud históricamente baja, así como a la fragmentación y debilidad de los sistemas de salud, la pandemia ocasionó un efecto de desplazamiento de la atención de cuestiones de salud no relacionadas con el coronavirus. Durante la pandemia, muchas personas mayores en todo el mundo vieron limitada o interrumpida la interacción y el contacto con centros de atención primaria, hospitales y centros de cuidado de largo plazo, lo que dificultó el acceso a tratamientos de otras enfermedades (Huenchuan, 2020).

El gráfico IV.8 muestra que en 2021 un 35% de los países de la región han registrado algún tipo de interrupción en la provisión de servicios integrados de salud, lo que llegó a un 55% en el caso de los países que declararon interrupciones en servicios prestados en el primer nivel de atención (con un 33% de nivel de interrupción moderada o grave). En segundo lugar fueron afectados los servicios de rehabilitación y cuidados paliativos y de largo plazo, que se vieron interrumpidos en un 40% (un 30% en un nivel moderado y grave). Debido a la situación de mayor discapacidad que presentan las personas mayores, la mayoría de estos servicios son utilizados por estas personas (OMS, 2021b, citado en CEPAL/OPS, 2021).

Gráfico IV.8

América Latina y el Caribe (25 países y territorios)^a: promedio de la interrupción de la provisión de servicios esenciales de salud, según modalidades de prestación, 2021
(En porcentajes)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), *Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January-March 2021. Interim report*, Ginebra, 22 de abril de 2021.

^a Bahamas, Belice, Bermudas, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Haití, Honduras, Islas Caimán, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Uruguay.

La interrupción en el primer nivel de atención es especialmente preocupante, pues son los servicios de primer contacto con la población y es donde acuden especialmente las personas mayores para mantener el control de sus afecciones crónicas, y en muchos casos es donde obtienen los medicamentos para dicho control. El primer nivel de atención es la puerta de acceso para el despliegue de acciones preventivas, tamizajes, detección de enfermedades y referencia a otros niveles de atención en caso de requerir atención de mayor complejidad y especializada. La interrupción de estos servicios afectó especialmente a la población más vulnerable, de la cual las personas mayores forman parte (OMS, 2021b).

En cuanto a las diversas estrategias para enfrentar la pandemia, de acuerdo con el Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe, los países de la región implementaron un total de 809 medidas dirigidas a preservar la salud, entre las cuales hay 215 medidas relacionadas con confinamientos y cuarentenas generales obligatorias (CEPAL, 2022b). Respecto de las medidas gubernamentales que restringieron los movimientos y promovieron el distanciamiento físico durante la pandemia, se nota una heterogeneidad de situaciones, ya que ha habido "países con alta y baja rigurosidad respecto de las políticas adoptadas, otros que adoptaron políticas más rigurosas en los momentos de más casos, durante el invierno o cuando surgieron olas de contagios, algunos donde las políticas

mantuvieron un rigor invariable o incluso decreciente, y otros que mantuvieron políticas relativamente exigentes, aun cuando los casos permanecían relativamente bajos” (CEPAL, 2022c, pág. 106). Esto refleja una diversidad de reacciones frente a una enfermedad desconocida y la incertidumbre ante las nuevas variantes y las posibles reacciones a la enfermedad, a lo que se sumó el diferente grado de agotamiento de las instituciones, el cansancio de los profesionales del sector de la salud y la mortalidad en los trabajadores de primera línea.

Si bien dichas medidas buscaron controlar y mitigar la pandemia, los extensos períodos de confinamiento y cuarentena, aunados a la pérdida de seres queridos, la inestabilidad laboral, las dificultades para satisfacer las necesidades básicas y el miedo al contagio, entre otros factores, han generado un marcado deterioro de la salud mental de las personas, con un incremento de la ansiedad, el estrés y la depresión (véase el recuadro IV.3) (OPS, 2021g).

Recuadro IV.3

La salud mental de las personas mayores durante la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad” (OMS, 2022a). El *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos*, publicado por la OMS (2022b), señala, asimismo, que los trastornos mentales son la principal causa de años perdidos por discapacidad, tienen consecuencias económicas devastadoras para las personas, las familias, las comunidades y la sociedad en su conjunto, y se encuentran gravemente desatendidos por los sistemas de salud.

El riesgo de estar infectado e infectar a otros, o confundir síntomas de otros problemas de salud con los del COVID-19 debido a la imposibilidad de asistir a los controles médicos regulares a causa de la pandemia, son factores que también influyen sobre el riesgo de deterioro de la salud física y mental de las personas mayores. Otro factor que incide es la implementación de medidas de cuarentena en casi todos los países de la región, que resultan particularmente restrictivas para las personas mayores, en especial para las de 75 años y más (CEPAL, 2020).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha señalado que la pandemia afecta de manera desproporcionada la salud mental de las personas mayores, en especial si están aisladas y tienen algún tipo de deterioro cognitivo o demencia. La incertidumbre y el aislamiento pueden detonar situaciones de ansiedad, confusión, enojo, estrés y agitación, además de generar resistencia a realizar actividades. Incluso pueden llegar a desencadenar trastornos de estrés postraumático y depresión. Por ello, es necesario diseñar e implementar acciones para que tanto las personas cuidadoras como los profesionales de la salud puedan brindar a las personas mayores apoyo práctico y emocional a nivel familiar y comunitario (OPS, 2020; CEPAL, 2022a). En particular, se debe prestar apoyo especial para que estos trabajadores logren aliviar el estrés de las personas mayores que reciben atención en instituciones de cuidado de largo plazo, las que viven solas o sin parientes cercanos, y las que tienen una condición socioeconómica baja o afecciones de salud con comorbilidades (Comité Permanente entre Organismos, 2020).

La OMS recomienda que los países apliquen un enfoque que promueva, proteja y cuide la salud mental de toda la población, procuren la disponibilidad de servicios de salud mental y apoyo psicológico durante y después de la emergencia de COVID-19, y se aboquen a repensar las actuales políticas de salud mental y a construir nuevas para el futuro (OMS, 2021). Es necesario combatir prejuicios y estereotipos sobre las enfermedades mentales, pues, en todo el mundo, producen exclusión de la vida comunitaria, rechazo y negación del ejercicio de derechos fundamentales. Las personas mayores con enfermedades mentales son aún más vulnerables, por lo que resulta fundamental redoblar esfuerzos para garantizar su acceso a la promoción de la salud mental, a tratamientos y medicamentos, así como a servicios de cuidado a largo plazo con perspectiva derechos humanos.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), “Salud mental: fortalecer nuestra respuesta”, 17 de junio de 2022 [en línea] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>; OMS, *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general*, Ginebra, 2022; CEPAL, “Desafíos para la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19” *Informes COVID-19*, Santiago, diciembre de 2020; Organización Panamericana de la Salud (OPS), “Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19”, 18 de marzo de 2020 [en línea] <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52571>; CEPAL, “Es hora de transformar los sistemas de salud en América Latina y el Caribe y avanzar en universalidad, integralidad, sostenibilidad y resiliencia”, *Comunicado de Prensa*, 10 de agosto de 2022 [en línea] <https://www.cepal.org/es/comunicados/es-hora-transformar-sistemas-salud-america-latina-caribe-avanzar-universalidad>; Comité Permanente entre Organismos, “Cómo abordar la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de Covid-19”, *Nota Informativa Provisional*, 14 de marzo de 2020; OMS, *Preparación y respuesta en materia de salud mental para la pandemia de COVID-19: informe del Director General* (EB148/20), 8 de enero de 2021.

De acuerdo con los informes nacionales, en la Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, Guatemala, Panamá y Venezuela (República Bolivariana de) se implementaron estrategias para priorizar la atención médica de las personas mayores durante la pandemia. No obstante, un importante reto en materia de derechos humanos se refiere a la supervisión de protocolos médicos y decisiones sobre recursos médicos y tratamientos relacionados con el COVID-19 para personas mayores. En este sentido, la Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de) y Chile desplegaron medidas de forma simultánea para prevenir el edadismo⁷. Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Panamá y el Uruguay, por su parte, implementaron medidas para proporcionar atención a personas mayores con alguna discapacidad o enfermedades crónicas.

1. Vacunación contra el COVID-19 y personas mayores

La adquisición de las vacunas contra el COVID-19 ha representado un gran reto en América Latina y el Caribe, debido a que, si bien en la región hay países con capacidad para fabricar vacunas (Argentina, Brasil, Cuba y México), la producción se dio en otras partes del mundo. Esto hizo que se presentaran enormes desigualdades para lograr la adquisición de lotes, que en la primera etapa fueron comprados por países de altos ingresos. Las estrategias para conseguir las vacunas se centraron en negociaciones bilaterales con las farmacéuticas, compras anticipadas, gestión de donaciones o participación en el Mecanismo COVAX para el Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19 (CEPAL/OPS, 2021).

Una vez iniciado el proceso de vacunación, al igual que en la mayoría de los países del mundo, en la región se priorizó la población a vacunar en función del riesgo de contagio, transmisión, enfermedad grave o muerte. Siguiendo este criterio sanitario, primero se vacunó a personas con mayor riesgo de contagio y transmisión de la infección, como el personal de salud de primera línea y las personas de 55 años y más y con comorbilidades, que tienen más riesgos de complicación y muerte. En la Argentina, el Brasil, Chile, Colombia, el Ecuador, Jamaica, el Paraguay, la República Dominicana, Trinidad y Tabago y el Uruguay se priorizó a las personas mayores en la fase temprana de vacunación (UNESCO, 2021). Con la finalidad de incentivar a las personas mayores a vacunarse contra el COVID-19, el Gobierno de Jamaica creó un programa de incentivos para la vacunación que ofrecía una subvención única de 10.000 dólares jamaicanos (66 dólares estadounidenses) a todos los ciudadanos jamaicanos de 60 años y más que se vacunaran completamente (Quashie y Jones, 2022). Por otra parte, del total de países de la región, únicamente Aruba, Barbados, Chile, Dominica, El Salvador, Panamá y el Uruguay no informaron retrasos en los procesos de vacunación de acuerdo con los planes y calendarios establecidos (UNESCO, 2021).

Pese a las dificultades iniciales para disponer de las vacunas, se han logrado grandes avances. Al 13 de octubre de 2022, entre los países que ya han inmunizado completamente al menos a un 70% de la población se destacan Chile, con más del 90%, y Cuba, Nicaragua y el Perú, con más del 85%⁸. El país más rezagado de la región, con menos de un 2% de la población completamente inmunizada, es Haití, seguido por Jamaica, con un 24,7%, y Guatemala, Granada y Santa Lucía, con menos del 40% (véase el cuadro IV.5).

Cuadro IV.5

América Latina y el Caribe (33 países y territorios): vacunas aplicadas acumuladas, número de personas vacunadas según dosis y refuerzo contra el COVID-19, y personas completamente inmunizadas al 13 de octubre de 2022

País	Total de vacunas aplicadas (En dosis acumuladas)	Personas vacunadas con una dosis	Personas completamente inmunizadas	Personas completamente inmunizadas (En porcentajes)	Personas que recibieron vacuna de refuerzo
Anguila	24 102	10 846	10 314	68,95	2 942
Antigua y Barbuda	136 512	64 290	62 384	63,7	9 838
Argentina	109 277 682	41 285 663	37 803 566	83,72	30 509 440
Bahamas	359 002	172 859	164 305	41,9	31 626
Barbados	374 195	163 445	154 502	53,83	56 248
Belice	499 320	250 546	219 901	55,5	50 682

⁷ En algunos países se estableció la edad avanzada como criterio para limitar la atención de cuidados críticos y el uso de respiradores.

⁸ La OMS (2021d) estableció como objetivo vacunar contra el COVID-19 al 70% de la población a junio de 2022.

País	Total de vacunas aplicadas (En dosis acumuladas)	Personas vacunadas con una dosis	Personas completamente inmunizadas	Personas completamente inmunizadas (En porcentajes)	Personas que recibieron vacuna de refuerzo
Bolivia (Estado Plurinacional de)	15 218 408	7 384 270	6 180 182	53,18	2 201 921
Brasil	479 103 959	183 587 361	165 192 077	78,31	102 902 557
Chile	62 229 394	18 065 602	17 672 392	92,5	15 623 225
Colombia	87 566 541	42 633 866	36 479 814	72,07	13 662 929
Costa Rica	11 913 344	4 471 009	4 203 167	82,65	2 549 028
Cuba	37 691 939	10 701 830	9 990 274	88,24	8 429 760
Dominica	67 431	32 872	30 566	42,59	3 993
Ecuador	37 723 769	15 258 768	14 119 814	80,19	7 092 179
El Salvador	11 090 515	4 612 795	4 316 275	66,75	1 781 722
Granada	90 138	44 050	38 836	34,55	7 252
Guatemala	19 553 871	8 758 252	6 870 081	38,63	3 495 539
Guyana	939 589	490 230	376 266	48,06	73 093
Haití	470 964	361 212	222 303	1,95	
Honduras	15 527 895	6 325 371	5 599 626	57,34	3 603 273
Jamaica	1 487 460	831 009	729 853	24,75	44 458
México	209 673 612	97 018 292	79 947 470	63,48	57 014 052
Nicaragua	11 780 033	6 060 697	5 719 336	86,99	
Panamá	8 596 144	3 500 120	3 147 019	73,09	1 718 245
Paraguay	9 364 504	3 960 665	3 508 475	49,27	1 599 164
Perú	83 792 729	29 852 057	28 181 183	85,69	20 930 871
República Dominicana	15 774 482	7 277 678	6 040 747	55,76	2 456 057
Saint Kitts y Nevis	64 225	33 794	26 944	50,65	3 465
Santa Lucía	122 552	59 973	54 780	32,74	7 799
Suriname	554 588	267 820	237 879	40,55	48 889
Trinidad y Tabago	1 580 605	753 467	716 762	51,25	168 540
Uruguay	8 734 752	3 001 089	2 892 853	83,3	2 062 808
Venezuela (República Bolivariana de)	37 860 994	22 157 232	14 287 370	50,24	651 502

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), "Vaccination data", WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard" [en línea] <https://covid19.who.int/data> [fecha de consulta: 14 de octubre de 2022].

E. Reflexiones y aprendizajes para avanzar hacia la salud universal

El envejecimiento se caracteriza por presentar diferencias por sexo. En América Latina y el Caribe, los hombres tienen menor esperanza de vida y mayor probabilidad de muerte prematura por cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus y enfermedades respiratorias crónicas. Las mujeres, en cambio, presentan mayores prevalencias de enfermedades no transmisibles, que son las principales causas de discapacidad en la población mayor⁹. Conforme avanza la edad, dichas discapacidades generan dependencia y necesidades de cuidados de largo plazo, por lo que representan un gran desafío para los sistemas de salud y la sociedad en general.

La discapacidad resta calidad de vida y enfrenta a los países de la región al reto de diseñar y reforzar los sistemas de salud con una perspectiva a largo plazo, que incluya la implementación de programas de promoción de la salud dirigidos al fomento de prácticas saludables vinculadas con la alimentación y la actividad física. Estas prácticas son las que más favorecen la prevención de las enfermedades no transmisibles y constituyen un aspecto fundamental para el control y la prevención, en forma secundaria, de complicaciones provocadas por dichas

⁹ La diabetes es la principal causa en lo que respecta a años vividos en condiciones de discapacidad por la población mayor de la región.

afecciones, en especial de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, que son las de mayor prevalencia y que, en muchos casos, se presentan en comorbilidad.

La discapacidad y la muerte prematura a causa de enfermedades no transmisibles se explican, en gran medida, por los determinantes sociales de la salud. Por ello, es preciso impulsar la transversalización de la salud en todas las políticas públicas y buscar espacios de coordinación intersectoriales que permitan concientizar y establecer acuerdos orientados a proteger el derecho a la salud.

Un desafío de mayor alcance, por los pocos recursos disponibles en estos ámbitos, es la implementación de políticas de envejecimiento saludable, enfocadas en mantener la salud mental de las personas mayores y prevenir trastornos depresivos y de ansiedad, ya que estas enfermedades contribuyen significativamente a la discapacidad en las edades avanzadas. Frente a los desafíos en materia de atención de la salud mental, diversos autores (OPS, 2017a y 2018b; Tausch y otros, 2022; Quintanar, 2021) coinciden sobre la necesidad de considerar los siguientes puntos en las estrategias de mejora de los servicios de salud mental:

- Integrar la salud mental de manera prioritaria en los sistemas de atención primaria y secundaria de la salud, especialmente en el primer nivel de atención, donde se encuentran las unidades de salud de primer contacto con la población.
- Desarrollar y fortalecer programas de capacitación, acompañamiento y supervisión dirigidos a profesionales de la salud.
- Considerar a todos los actores que integran la comunidad como agentes que pueden capacitarse mediante programas de profesionalización, que permitan la activación de vínculos comunitarios de apoyo y contención.
- Fomentar la reorganización de los servicios de salud mental para transitar del modelo psiquiátrico tradicional a un modelo de atención basado en la comunidad y la colaboración intersectorial.
- Aumentar y reasignar fondos a largo plazo para reducir la brecha en la atención a la salud mental y contemplar la asignación de recursos a servicios comunitarios.

En este contexto, en el marco del Plan de Acción de Madrid y del Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable, las políticas de salud deberán centrarse en una mejora del acceso de las personas mayores a servicios de salud accesibles, asequibles, de calidad y con un abordaje de género y curso de vida.

El primer nivel de atención se identifica como el principal reto a corto plazo. Los países de la región deben incrementar los recursos para fortalecer la atención primaria de la salud, que incluye la atención comunitaria, pilar fundamental para la implementación de estrategias encaminadas al envejecimiento saludable y a la atención de la salud mental, que en las personas mayores se vio especialmente afectada por la pandemia. Además de aumentar el financiamiento, es prioritario implementar estrategias innovadoras, retomando experiencias exitosas a partir de los aprendizajes obtenidos durante la pandemia, como la atención remota a través de diversos dispositivos (teléfonos inteligentes, computadoras portátiles o de escritorio, u otros dispositivos con acceso a Internet), y conformar redes integradas de servicios de salud que permitan continuar brindando atención a las personas que necesitan una atención de mayor complejidad o especializada.

Ante la insuficiencia de recursos humanos especializados en geriatría y gerontología para la atención de las personas mayores en la región y el largo tiempo que insume su formación, los países pueden desarrollar estrategias integrales e innovadoras que permitan capacitar cada vez a más profesionales de la salud de áreas multidisciplinarias, prioritariamente en el primer nivel de atención. Esto les permitiría disponer de las competencias necesarias para atender a la población mayor, algo que en la actualidad logran mediante la capacitación a la que acceden con sus propios recursos. La Argentina, el Brasil y Costa Rica son buenos ejemplos de la implementación de estrategias innovadoras en esta materia.

El análisis de la evolución de la pandemia en la región durante estos primeros dos años, tanto en términos de contagios y muertes, la mayoría ocurridas en personas mayores, como respecto de las respuestas desde los sistemas de salud y el impacto de las medidas de salud pública implementadas, permite recoger un conjunto de lecciones para fortalecer los sistemas de salud en la región a fin de estar mejor preparados para enfrentar futuras crisis y avanzar hacia la universalidad, integralidad, sostenibilidad y resiliencia, poniendo en el centro a las personas, su salud y bienestar.

Para garantizar la protección del derecho a la salud de las personas mayores de la región durante emergencias como la del COVID-19, es necesario: i) priorizar los modelos de atención basados en la atención primaria de la salud, que permitan identificar casos, aislar y dar tratamiento oportuno a todas las personas (especialmente a las que habitan en zonas rurales, indígenas y las que viven apartadas o en instituciones de cuidado de largo plazo), de manera eficiente, de modo de garantizar traslados y atención oportuna de calidad, y que, además, trabajen en redes que permitan optimizar los tiempos de atención y los recursos; ii) derribar las barreras que impiden la universalización de los sistemas de salud; iii) combatir el edadismo y cualquier forma de discriminación por edad en la toma de decisiones respecto de la asignación de recursos en el área de la salud; iv) fortalecer la telemedicina como opción para garantizar el acceso a tratamientos y seguimiento tanto del COVID-19 como de enfermedades no transmisibles, y v) incluir el análisis interseccional en el diseño de las distintas acciones para no dejar a nadie atrás (CEPAL/OPS, 2020).

Por último, la crisis sanitaria ha resaltado la necesidad de fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud y acentuar los esfuerzos para contar con servicios cercanos a la población. Es fundamental revertir las tendencias inerciales, no solo para recuperar la atención de salud y que llegue a los niveles que registraba antes de la pandemia, sino también para acelerar el progreso hacia la salud universal, integral y sostenible, con sistemas resilientes mejor preparados para enfrentar las amenazas de posibles fenómenos meteorológicos extremos producto del cambio climático y de brotes epidémicos de COVID-19 u otros que puedan surgir. Esto implica incorporar lecciones aprendidas durante la pandemia, como, por ejemplo, la necesidad de fomentar una mayor autonomía para la producción de medicamentos, vacunas, insumos y dispositivos médicos, y de posicionar la salud como un sector dinamizador del desarrollo sostenible, que permita avanzar hacia una recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad (CEPAL, 2020a).

Bibliografía

- Abramo, L., S. Cecchini y H. Ullmann (2020), "Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social", *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 25, N° 5, Río de Janeiro, Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO).
- Artaza, O. y otros (2020), "Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 44, N° 83.
- Bustamante, M. (2021), "Un reclamo de dignidad: la vejez en situación de movilidad humana", *Boletín Envejecimiento y Desarrollo*, N° 19, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre [en línea] <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47723-boletin-envejecimiento-desarrollo-no19>.
- Bustamante, M. y otros (2021), *Un reclamo de dignidad: vejez en la movilidad humana. Evaluación regional sobre la situación y necesidades de las personas mayores en condición de movilidad humana en las Américas*, Bogotá, HelpAge International.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2022a), "Es hora de transformar los sistemas de salud en América Latina y el Caribe y avanzar en universalidad, integralidad, sostenibilidad y resiliencia", *Comunicado de Prensa*, 10 de agosto [en línea] <https://www.cepal.org/es/comunicados/es-hora-transformar-sistemas-salud-america-latina-caribe-avanzar-universalidad>.
- ____ (2022b), "Desarrollo Social y COVID-19 en América Latina y el Caribe" [en línea] <https://dds.cepal.org/observatorio/socialcovid19/index.php>.
- ____ (2022c), *Panorama Social de América Latina, 2021* (LC/PUB.2021/17-P), Santiago.
- ____ (2020a), "El desafío social en tiempos del COVID-19", *Informe Especial COVID-19*, N° 3, Santiago, mayo.
- ____ (2020b), "Desafíos para la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19" *Informes COVID-19*, Santiago, diciembre.
- ____ (2017a), *Informe de la Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe* (LC/CRE.4/4), Santiago.
- ____ (2017b), *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía* (LC/CRE.4/3/Rev.1), Santiago.
- ____ (2016), *La matriz de la desigualdad social en América Latina* (LC/G.2690(MDS.1/2)), Santiago.
- ____ (2012), *Informe de la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe* (LC/L.3526), Santiago.
- ____ (2011), *Declaración de Brasilia. Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos* (LC/G.2359/Rev.1), Santiago.
- ____ (2004), *Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (LC/G.2228), Santiago.
- CEPAL/OPS (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Panamericana de la Salud) (2021), "La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social", *Informe COVID-19*, Santiago, octubre.

- ___ (2020), "Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe," *Informe COVID-19*, Santiago, julio.
- CEPAL y otros (Comisión Económica para América Latina y el Caribe y otros) (2020), "El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva," *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2020/171), Santiago.
- Cid, C. y M. Marinho (2022), "Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes," *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2022/63), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Comité Permanente entre Organismos (2020), "Cómo abordar la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de Covid-19," *Nota Informativa Provisional*, 24 de abril.
- Coronel Carbo, J. y N. Marzo Páez (2017), "La promoción de la salud: evolución y retos en América Latina," *MEDISAN*, vol. 21, N° 7, julio.
- García Mora, M., S. Schwartz Orellana y G. Freire (2021), *Inclusión de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe: un camino hacia el desarrollo sostenible*, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Huenchuan, S. (2020), *El derecho a la vida y la salud de las personas mayores en el marco de la pandemia por COVID-19* (LC/MEX/TS.2020/9), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- IHME (Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria) (2022), "Results," *The Global Burden of Disease Study 2019*, Global Burden of Disease Collaborative Network [en línea] <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.
- INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) (2019), "Encuesta Permanente de Hogares (EPH)" [en línea] <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos>.
- Inouye, S. K. (2021), "Creating an anti-ageist healthcare system to improve care for our current and future selves," *Nature Aging*, vol. 1, febrero.
- López Arellano, O., S. López Moreno y A. Moreno Altamirano (2015), "El derecho a la salud en México," *Derecho a la salud en México*, O. López Arellano y S. López Moreno (coords.), Ciudad de México, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Martínez, R. y otros (2021), "Life expectancy, healthy life expectancy, and burden of disease in older people in the Americas, 1990–2019: a population-based study," *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 45, septiembre.
- Naciones Unidas (2022a), "Las muertes por COVID-19 sumarían 15 millones entre 2020 y 2021," *Noticias ONU*, 5 de mayo [en línea] <https://news.un.org/es/story/2022/05/1508172>.
- ___ (2022b), "Estimaciones y proyecciones de población: archivos Excel. Revisión 2022" [en línea] <https://www.cepal.org/es/temas/proyecciones-demograficas/estimaciones-proyecciones-excel>.
- ___ (2020), *Informe de políticas: los efectos de la COVID-19 en las personas de edad*, mayo [en línea] https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2020/10/old_persons_spanish.pdf.
- ___ (2015), *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* (A/RES/70/1), Nueva York.
- ___ (2002), "Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002," *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento* (A/CONF.197/9), Nueva York.
- ___ (2000), "Observación general N° 14 (2000): el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)" (E/C.12/2000/4), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- ___ (1948), "Declaración Universal de los Derechos Humanos" [en línea] <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/spanish>.
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2015), "Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores" [en línea] https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2022a), "Salud mental: fortalecer nuestra respuesta," 17 de junio [en línea] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- ___ (2022b), *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general*, Ginebra.
- ___ (2022c), "Coronavirus (COVID-19) data" [en línea] <https://www.who.int/data> [fecha de consulta: 14 noviembre de 2022].
- ___ (2022d), "Global excess deaths associated with COVID-19, January 2020 - December 2021," mayo [en línea] <https://www.who.int/data/stories/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-january-2020-december-2021>.
- ___ (2021a), "Cobertura sanitaria universal," 1 de abril [en línea] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-uhc>.
- ___ (2021b), *Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January-March 2021. Interim report*, Ginebra, 22 de abril.
- ___ (2021c), *Preparación y respuesta en materia de salud mental para la pandemia de COVID-19: informe del Director General* (EB148/20), 8 de enero.
- ___ (2021d), *Strategy to Achieve Global Covid-19 Vaccination by mid-2022* [en línea] <https://www.who.int/publications/m/item/strategy-to-achieve-global-covid-19-vaccination-by-mid-2022>.
- ___ (2020a), "Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030," 14 de diciembre [en línea] https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_25.

- ____ (2020b), "Causas principales de mortalidad, y discapacidad" [en línea] <https://www.paho.org/es/enlace/causas-principales-mortalidad-discapacidad>.
- ____ (2015), *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, Ginebra.
- ____ (2008), *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe de la Secretaría* (EB124/9), Ginebra.
- OMS/UNICEF (Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (1978), *Alma-Ata 1978: atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, Ginebra.
- ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida) (2020), "La respuesta a COVID-19 en América Latina y el Caribe debe respetar los derechos humanos y no aumentar el estigma y discriminación por orientación sexual e identidades de género" [en línea] http://onusidalac.org/1/images/COVID19-DDHH-LGBTI-ONUSIDA_-_UNFPA-PNUD-PMA-OPS-UNICEF.pdf.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2022a), "El exceso de mortalidad asociada a la pandemia de la COVID-19 fue de 14,9 millones de muertes en 2020 y 2021", 5 de mayo [en línea] <https://www.paho.org/es/noticias/5-5-2022-exceso-mortalidad-asociada-pandemia-covid-19-fue-149-millones-muertes-2020-2021>.
- ____ (2022b), "Cumulative confirmed and probable COVID-19 cases reported by countries and territories in the region of the Americas", 14 de noviembre.
- ____ (2021a), "Risk of Dying Prematurely from NCDs" [en línea] <https://www.paho.org/en/enlace/risk-dying-prematurely-ncds>.
- ____ (2021b), *La salud de la población afrodescendiente en América Latina*, Washington, D.C.
- ____ (2021c), *El impacto de la COVID-19 en los pueblos indígenas de la Región de las Américas: perspectivas y oportunidades. Informe de la reunión regional de alto nivel*, 30 de octubre [en línea] https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53361/OPSECCOVID-19210001_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
- ____ (2021d), *Lineamientos para la prevención y el control de la tuberculosis en los pueblos indígenas de la Región de las Américas*, Washington, D.C.
- ____ (2021e), "Estado Plurinacional de Bolivia - Acceso y cobertura universal de salud, una referencia para el mundo", *Noticias*, 1 de septiembre [en línea] <https://www.paho.org/es/noticias/1-9-2021-estado-plurinacional-bolivia-acceso-cobertura-universal-salud-referencia-para#:~:text=El%20gobierno%20boliviano%20se%20propuso,bolivianos%20desatendidos%20y%20sin%20seguro.>
- ____ (2021f), *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023: informe de progreso* (CD59/INF/16), 3 de agosto.
- ____ (2021g), "Impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población", *Boletín Desastres*, N° 131, octubre.
- ____ (2021h), "Mortalidad prematura potencialmente evitable: ¿qué es y por qué es relevante?", 15 de septiembre [en línea] <https://hia.paho.org/es/mppe-por-que-relevante#:~:text=Muerter%20prematutas%20potencialmente%20evitables%3A%20Son,salud%20en%20todos%20los%20niveles.>
- ____ (2020a), "Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19", 18 de marzo [en línea] <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52571>.
- ____ (2020b), *Informe final de la evaluación de fin del bienio 2018-2019 y del Plan Estratégico 2014-2019. Categoría 4: Sistemas de salud*, septiembre [en línea] <https://www.paho.org/es/documentos/informe-final-evaluacion-fin-bienio-2018-2019-plan-estrategico-2014-2019-categoria-4>.
- ____ (2019a), *Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025: la equidad, el corazón de la salud* (OD359), 27 de agosto.
- ____ (2019b), *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable: informe final* (CD57/INF/9), 16 de julio.
- ____ (2018a), *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023* (CD56/10, Rev. 1), 31 de agosto.
- ____ (2018b), *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*, Washington, D.C.
- ____ (2017a), *Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país*, Washington, D.C.
- ____ (2017b), *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (CSP29/10), 24 de julio.
- Quashie, N. y F. Jones (2022), "The Ageing Caribbean: 20 Years of the Madrid Plan of Action", Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/mipaa20_subregional_review_rev2.pdf.
- Quintanar, F. (2021), "Impacto de la COVID-19 en la salud mental de grupos en condición de vulnerabilidad", *Los sistemas de salud en las Américas ante la pandemia de Covid-19: una perspectiva desde el acceso y la cobertura universal*, G. F. Guzmán y otros, Ciudad de México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS).
- Salinas-Escudero, G. y otros (2019), "Gasto de bolsillo en salud durante el último año de vida de adultos mayores mexicanos: análisis del Enasem", *Salud Pública de México*, vol. 61, N° 4, julio-agosto.
- Tausch, A. y otros (2022), "Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: a health policy analysis and recommendations", *The Lancet Regional Health - Americas*, vol. 5, enero.
- UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) (2021), *COVID-19 y vacunación en América Latina y el Caribe: desafíos, necesidades y oportunidades*, Oficina de la UNESCO en Montevideo.



CAPÍTULO

V

Creación de entornos propicios y favorables en el envejecimiento

Introducción

- A. Entornos físicos accesibles: políticas, programas y acciones
- B. Los entornos sociales en el envejecimiento
- C. El acceso a la justicia
- D. Promoción del cambio cultural: avances en la prevención de la discriminación y la violencia contra las personas mayores

Bibliografía

Introducción

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) se caracteriza por una nueva aproximación a las políticas en materia de vejez y envejecimiento, al abordar la relevancia de los entornos físicos, sociales y culturales para el desarrollo de las personas mayores. Para ello establece que, independientemente de las circunstancias en las que se encuentren, todas las personas mayores tienen derecho a vivir en entornos que realcen sus capacidades y propicien su participación y autonomía. Debido a esto, es importante plantear políticas urbanas, de vivienda y de desarrollo social que favorezcan la creación de entornos propicios y favorables, vinculadas con el mejoramiento de los espacios públicos, el acceso a los servicios básicos, el establecimiento de relaciones sociales de colaboración e inclusión y el acceso a la justicia de las personas mayores en la región (Naciones Unidas, 2003).

Tanto en el Plan de Acción de Madrid como en la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, el concepto de entornos propicios y favorables se refiere a las condiciones ambientales (entornos físicos) y socioculturales (entornos sociales) que permiten un envejecimiento digno y seguro en la comunidad de origen. Mientras el entorno físico abarca distintos aspectos relacionados con la vivienda, el acceso al espacio público y los servicios básicos y su utilización, el entorno social comprende, entre otros aspectos, los arreglos residenciales, las redes de apoyo, la participación de las personas mayores, la imagen social de la vejez y la identificación de situaciones de violencia o maltrato contra las personas mayores (CEPAL, 2006).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los entornos físicos y sociales pueden afectar la salud de forma directa o indirecta, mediante la creación de barreras o incentivos que inciden en las oportunidades, las decisiones y los hábitos relacionados con el proceso de salud-enfermedad. Así, estos entornos dificultan o facilitan que las personas realicen determinadas actividades incluso a pesar de la pérdida de funcionalidad. Por ello, es importante considerar los elementos individuales y ambientales que permiten compensar las pérdidas asociadas con la vejez y también aquellos que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial (OMS, 2022a).

La OMS (2015) ha subrayado la necesidad de avanzar hacia la creación de entornos adecuados para las personas mayores, es decir, entornos comunitarios incluyentes y accesibles que les permitan optimizar sus oportunidades de salud, participación, seguridad y educación a lo largo de la vida, velando por la calidad de vida y dignidad de las personas a medida que envejecen. Para ello se requiere un entramado de políticas y servicios que reconozcan la diversidad de características y recursos de las personas mayores, su autonomía para la toma de decisiones, sus preferencias, la necesidad de protección de las personas vulnerables y la búsqueda de su integración plena a la vida comunitaria.

A su vez, las metas del Objetivo 11 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible incluyen asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles; proporcionar acceso a sistemas de transporte seguros, asequibles, accesibles y sostenibles, prestando especial atención a las necesidades de las personas mayores; aumentar la urbanización inclusiva y sostenible; reducir significativamente el número de muertes causadas por los desastres; reducir el impacto ambiental de las ciudades y proporcionar acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros, inclusivos y accesibles, mencionando de manera específica la relevancia de las personas mayores (Naciones Unidas, 2015). Además, el trabajo sobre comunidades y ciudades adaptadas a las personas mayores constituye uno de los temas prioritarios del Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030) (OMS, 2020).

Sin embargo, la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha obstaculizado los avances en la creación de entornos propicios y favorables a nivel nacional y regional. La propagación de la enfermedad ha limitado las posibilidades de las personas mayores de hacer un uso óptimo de sus redes de apoyo social, afectando negativamente la movilidad y las representaciones sociales de las personas mayores y evidenciado la necesidad de construir entornos físicos accesibles en los que hombres y mujeres mayores puedan ejercer sus derechos y participar en la vida familiar y comunitaria.

Para abordar estos temas, este capítulo se centra en los cambios, los avances y los logros más importantes del último quinquenio en materia de políticas, programas y acciones detalladas en los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) para favorecer la creación de entornos físicos accesibles y entornos sociales incluyentes, garantizar el acceso a la justicia y favorecer el pleno desarrollo y respeto, sin discriminación ni violencia, de las personas mayores en la región.

A. Entornos físicos accesibles: políticas, programas y acciones

En la actualidad, el 81,2% de la población de América Latina y el Caribe vive en zonas urbanas. Se prevé que esta proporción alcance el 89% en 2050. Además, se trata de la región con la mayor proporción de personas que viven en megalópolis (CEPAL, 2021a). Esta realidad se tuvo en cuenta en la creación de la Nueva Agenda Urbana en el marco de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Vivienda y el Desarrollo Urbano Sostenible (Hábitat III), realizada en Quito en 2016, en la que se reconoció la importancia de la planificación con perspectiva de edad a fin de “promover el acceso equitativo y asequible a una infraestructura física y social básica sostenible para todos, sin discriminación, incluido el acceso a terrenos habilitados y asequibles, a vivienda, energía moderna y renovable, agua potable y saneamiento, alimentación sana, nutritiva y adecuada, eliminación de desechos, movilidad sostenible, atención de la salud y la planificación familiar, educación, cultura y tecnologías de la información y de las comunicaciones”; en particular para los grupos marginados, cuyos derechos vinculados al entorno deben protegerse especialmente de forma prioritaria. Este es el caso de las personas mayores, con discapacidad, indígenas, que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de las comunidades locales que tradicionalmente han sufrido la pobreza y la exclusión social (ONU-Hábitat, 2020, pág. 15).

En el caso del envejecimiento, los Estados deben considerar las oportunidades que conllevan la modificación y el impulso de políticas públicas que se traduzcan en diseños universales para la infraestructura urbana, incrementen la accesibilidad para todas las personas, se basen en datos georreferenciados que den cuenta de la movilidad real y potencial de la población en su proceso de envejecimiento, fomenten la independencia y la autonomía mediante un entorno adecuado, comprendan la adaptación gradual de la infraestructura existente e incluyan mecanismos para fomentar el desarrollo integral de las personas a medida que envejecen.

En este sentido, algunos países de la región han tomado medidas concretas a partir de su incorporación a la Red Mundial de la OMS de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, que busca trabajar progresivamente en “la armonización entre las necesidades de las personas y los entornos en los que viven” (OMS, 2018, pág. 1). En algunos países, dichas medidas se han materializado en la inscripción de ciudades o comunidades a la red y, en otros casos, en el impulso de programas nacionales sobre entornos adaptados a las personas mayores (véase el cuadro V.1).

Cuadro V.1

América Latina y el Caribe (10 países): avances en la construcción de entornos accesibles para las personas mayores, 2022
(En número de medidas)

	Comunidades aprobadas	Comunidades pendientes de aprobación	Buenas prácticas informadas									
			Educación	Vivienda	Salud	Información y comunicación	Empleo	Cuidado a largo plazo	Protección social	Transporte	Desarrollo urbano, espacio público, edificios	Otros
Argentina	17	0	0	1		2	0	0	0	0	0	0
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brasil	18	6	2	1	1	3	1	5	11	1	2	5
Chile	203	8	1	1	3	3	0	2	3	1	0	0
Colombia	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Costa Rica	20	1	1	0	0	2	1	0	1	1	1	0
Cuba	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
México	34	0	7	1	6	2	0	4	0	0	1	1
Perú	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Uruguay	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización Panamericana de la Salud (OPS), “Mapa interactivo de la Región de las Américas”, 2022 [en línea] <https://www.paho.org/es/temas/ciudades-comunidades-amigables-con-personas-mayores>.

En los países también se han desarrollado políticas, programas y acciones dirigidas a fortalecer los entornos accesibles y favorables en diferentes ámbitos. A continuación, se presentan los avances señalados en los informes nacionales.

1. Vivienda y condiciones de vida

De acuerdo con el Plan de Acción de Madrid, la vivienda de las personas mayores y el entorno en el que residen son particularmente relevantes, tanto por la accesibilidad y seguridad emocional y psicológica que brindan, como por la carga financiera que supone su mantenimiento. Es por ello que los objetivos del Plan de Acción de Madrid incluyen promover el envejecimiento en la comunidad en que se ha vivido, teniendo en cuenta las preferencias personales y las posibilidades para acceder a una vivienda asequible, y mejorar el diseño ambiental y de la vivienda para promover la movilidad y accesibilidad de las personas de edad teniendo en cuenta sus necesidades, particularmente las de quienes padecen alguna discapacidad (Naciones Unidas, 2003). Sin embargo, lograr estos objetivos en una región caracterizada por una amplia demanda insatisfecha de vivienda es una tarea compleja. Por ejemplo, se estima que 1 de cada 5 habitantes de América Latina y el Caribe vive en asentamientos informales (CEPAL, 2021a) y que alrededor del 25% de los hogares carece de acceso a una vivienda adecuada en la región (Adler y Vera, 2018)¹.

Las autoridades de los países de la región reconocen que la vivienda es un espacio de vital importancia en el que se desarrollan diversos procesos de producción, reproducción y sostenibilidad de la vida. Por ese motivo, se busca establecer políticas y programas para que las personas —sobre todo las personas mayores— accedan a una vivienda adecuada, en la que puedan permanecer, atendiendo sus necesidades, con los menores riesgos y con comodidad para mantener su independencia y autonomía.

En los informes nacionales se indicaron diversas iniciativas para mejorar las condiciones de habitabilidad de las viviendas de las personas mayores². En primer lugar, se hace referencia a los recursos o subsidios otorgados a la población, tanto para la mejora como para la construcción de viviendas (véase el cuadro V.2). En este grupo se destacan los casos de Costa Rica, México y la República Dominicana. En segundo lugar, se observan ejemplos de asignación de viviendas en comodato a personas mayores. La Argentina y Chile informan de elevadas inversiones en este tipo de iniciativas, en el caso de este último mediante un programa de condominios con viviendas tuteladas. En tercer lugar, se tomaron medidas centradas en la normatividad de la construcción, que incluye señalética específica para mejorar la accesibilidad y atención preferente de las personas mayores, como en la Argentina, donde se informa de la construcción de complejos habitacionales sobre la base de criterios de comodidad, seguridad y eliminación de barreras arquitectónicas, y el Paraguay, donde se menciona la instalación de señalética en los espacios públicos. En cuarto lugar, se hace referencia a la creación de nuevos procesos de atención para la adquisición de viviendas asequibles para la población mayor por parte del Estado. Cabe resaltar el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, donde se incorporó un parámetro relativo a la edad entre los criterios de elegibilidad para recibir créditos de vivienda a favor de las personas mayores, y la República Dominicana, donde se creó un programa para gestionar la recuperación de viviendas para personas mayores en situación de pobreza extrema.

Por último, un aspecto que se evidencia en relación con los entornos y las viviendas es el apoyo otorgado en situaciones de emergencia, como en el caso de Cuba, donde se prevé ayuda para hacer frente a fenómenos climáticos extremos y condiciones de precariedad, y México, donde se brinda apoyo para la reconstrucción de viviendas afectadas por sismos.

¹ La situación puede ser aún más compleja para algunos grupos particularmente vulnerables de la población. En Centroamérica y los países andinos, solo el 20% de las personas mayores en situación de movilidad humana posee una casa o apartamento propio y únicamente el 36% tiene una habitación individual (Bustamante, 2021).

² La habitabilidad de una vivienda no solo se define en función de la calidad de los materiales de construcción, la superficie habitable o la disponibilidad de servicios de agua y saneamiento, sino también en relación con la proximidad o lejanía con respecto a las fuentes de empleo, los centros educativos, de salud y recreativos y los espacios públicos de encuentro y convivencia, entre otros elementos (Ziccardi y González, 2015).

Cuadro V.2

América Latina y el Caribe (8 países): programas y acciones en materia de vivienda señalados en los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002)

País	Programa	Alcance	Descripción
Argentina	Programa Federal Casa Propia-Casa Activa	Construcción, en 2021-2022, de 3.200 viviendas distribuidas en 100 complejos habitacionales, que se adjudicarán en comodato a personas de 60 años y más.	Construcción de complejos de viviendas confortables, seguros y libres de barreras arquitectónicas, con equipamiento en espacios comunes en los que se podrán realizar actividades educativas, deportivas y de recreación. Las viviendas se entregarán en comodato a personas de más de 60 años y más que no pueden acceder a una solución habitacional definitiva o se encuentran imposibilitadas de obtener un crédito hipotecario debido a la edad.
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Decreto Supremo núm. 986, 21 de septiembre de 2011	Concesión de créditos y subsidios a 11.436 personas mayores y sus familias entre 2017 y 2021.	Creación de la Agencia Estatal de Vivienda (AEVIVIENDA), que incluye entre los requisitos de elegibilidad, indispensables para la obtención del beneficio de créditos y subsidios para la vivienda social, el criterio de priorización de las personas mayores.
Brasil	Estatuto do Idoso	Reserva de al menos el 3% de las viviendas residenciales para atender a las personas mayores.	Asignación de prioridad a las personas mayores en la adquisición de inmuebles para viviendas en propiedad, instalación de equipos urbanos y comunitarios dirigidos a las personas mayores y eliminación de barreras arquitectónicas y urbanísticas para garantizar la accesibilidad.
Chile	Condominio de Viviendas Tuteladas	Concesión de viviendas en comodato a alrededor de 1.061 personas mayores. Entre 2018 y 2021 se beneficiaron 140 personas mayores.	Apoyo psicosocial y comunitario para promover la vinculación de las personas mayores con la red social y comunitaria y fomentar su integración y autonomía.
Costa Rica	Bono Familiar de Vivienda	Entrega de 21.702 bonos en 2019.	Facilitación del acceso a bonos familiares de vivienda a familias que viven con personas mayores o a personas mayores sin núcleo familiar.
	Crédito a la vivienda	Asignación de 1.178 viviendas sociales para personas mayores en 2020.	Asignación de 1.178 viviendas sociales a personas mayores en 2020, equivalentes al 9,2% de las viviendas asignadas por el Banco Hipotecario de la Vivienda ese año.
México	Programa Nacional de Reconstrucción de la Comisión Nacional de Vivienda (CONAVI)	Atención de 43.464 personas mayores.	Protección y garantía del derecho a disfrutar de una vivienda adecuada para las personas y las comunidades afectadas por los sismos de 2017 y 2018, que aún no han sido atendidas o fueron atendidas parcialmente, mediante acciones de reconstrucción, rehabilitación y reubicación de la vivienda.
	Programa de Mejoramiento Urbano de la Comisión Nacional de Vivienda (CONAVI)	Concesión de 21.566 subsidios a personas mayores.	Mejora de las condiciones de habitabilidad de la vivienda mediante intervenciones relativas a la calidad y el espacio.
Perú	Programa Techo Propio	290 personas mayores (153 hombres y 137 mujeres)	Entrega, en el marco del programa, del Bono Familiar Habitacional (BFH) - Modalidad Adquisición de Vivienda Nueva (AVN).
	Reglamento de la Ley N° 30490	8.534 personas mayores (4.996 hombres y 3.538 mujeres)	Entrega del Bono Familiar Habitacional (BFH) - Modalidad Construcción en Sitio Propio (CSP).
República Dominicana	Programa de Gestión de Reparación de Viviendas	Gestión de la reparación de 28 viviendas para personas mayores en 2020.	Planificación, organización, dirección, control y evaluación de todas las solicitudes de ayuda para el mejoramiento de viviendas en diferentes zonas vulnerables del país.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002).

2. Espacio público

El Plan de Acción de Madrid alude al espacio público como un componente fundamental de los entornos físicos que favorecen la movilidad y accesibilidad de las personas mayores. En ese sentido, en los informes nacionales se detallan algunas acciones específicas dirigidas a mejorar el espacio público, enmarcadas en el objetivo de fomentar un envejecimiento activo y saludable, pues promueven la participación, la salud y la seguridad de las personas mayores. Se destacan el programa Comunas Amigables implementado en Chile y el programa Adultos Mayores y Desarrollo Comunitario impulsado por el Gobierno del Paraguay. Las áreas de mejoramiento del entorno en el espacio público comprenden la creación de espacios de atención y participación, pero también la adaptación de la señalética y el mobiliario urbano y la creación de redes comunitarias de servicios (véase el cuadro V.3).

Cuadro V.3

América Latina y el Caribe (8 países): programas, acciones y legislación en materia de mejoramiento del espacio público señalados en los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002)

País	Programa	Descripción
Argentina	Accesibilidad al medio físico para las personas mayores	Análisis de temas como el hábitat y la vivienda de las personas mayores, la accesibilidad al medio físico, las barreras arquitectónicas y urbanísticas y el diseño universal, entre otros.
Chile	Comunas Amigables	Iniciativa para que las ciudades y las comunidades en el país sean más accesibles para las personas mayores, fomentando el envejecimiento activo.
	Decreto núm. 50 del Ministerio de Vivienda y Urbanismo	Decreto que actualiza las normas de la Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones, considerando las disposiciones de la Ley núm. 20422 que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad.
Colombia	Plan de Accesibilidad	Reglamentación para asegurar el derecho a la libre movilidad y accesibilidad a los espacios públicos urbanos, el equipamiento de uso público, la vivienda, los sistemas de transporte y los sistemas de información y comunicaciones elaborada por los Ministerios de Transporte, Ambiente y Desarrollo Sostenible, Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y Salud y Protección Social.
	Planes de adecuación y mejoras con ajustes razonables	Acciones conjuntas de la Superintendencia de Transporte, el Ministerio de Transporte y la Aeronáutica Civil de Colombia en materia de accesibilidad y movilidad para las personas con necesidades particulares de accesibilidad, movilidad reducida y atención prioritaria, entre ellas las personas con discapacidad.
	Política de cultura incluyente y accesible	Trabajo de la Consejería Presidencial para la Participación de las Personas con Discapacidad (CPPPD) para la construcción de una política de cultura incluyente y accesible y sus directrices, a fin de promover, proteger y asegurar el goce pleno de derechos de todas las personas y generar espacios para la toma de conciencia, la formación y la construcción ciudadana para la plena convivencia con las personas mayores y las personas con discapacidad, de acuerdo con los mandatos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022.
	Turismo de interés social	Iniciativa del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo para garantizar el acceso de las personas mayores y las personas con discapacidad mediante el Plan Sectorial de Turismo 2018-2022, la Política de Turismo Social, el Decreto núm. 468 del 12 de mayo de 2021 que reglamenta el Sello de Accesibilidad e Inclusión Universal.
Costa Rica	Ley núm. 7600 de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad	Establecimiento de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, a fin de garantizar la accesibilidad en el espacio construido mediante disposiciones normativas de acceso al espacio físico, los espacios públicos y la vivienda social.
Paraguay	Programa Adultos Mayores y Desarrollo Comunitario	Creación de oficinas de atención de las personas mayores en las municipalidades y las regiones sanitarias. Se promueve la creación de entornos favorables para las personas mayores mediante señalizaciones de atención preferencial en supermercados, hospitales, oficinas, bancos, transporte público y plazas adaptadas con equipos de entrenamiento para ejercicios físicos. Además, se promueven la creación de redes de servicios sociales y un envejecimiento saludable.
Perú	Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2022	Priorización, en el marco del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones, del gasto para la realización de obras y tareas de mantenimiento, reparación o adecuación destinadas a permitir o mejorar la accesibilidad a la infraestructura urbana de las ciudades, incluido el acceso a los palacios y demás sedes regionales y municipales que están al servicio de todos los ciudadanos, en particular a las personas con discapacidad.
República Dominicana	Ley núm. 352-98 sobre Protección de la Persona Envejeciente	Obligación legal de que todos los planos de construcción de establecimientos públicos y privados de servicio, comercio o entretenimiento contengan provisiones especiales para las necesidades de las personas mayores.
Uruguay	Primer Plan de Accesibilidad de Montevideo. Promovemos una ciudad sin barreras 2017	Evaluación, por la Intendencia de Montevideo, del estado de las aceras y las paradas de autobuses a fin de mejorar la accesibilidad para todas las personas, especialmente para las personas mayores y las personas con discapacidad.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002).

3. Transporte público

En el Plan de Acción de Madrid también se señalan el transporte público y la infraestructura urbana como dimensiones cruciales de las políticas urbanas con diseño universal que incluyen a las personas mayores. Para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 11 en la región, es necesario aumentar la inversión en los sistemas de transporte público y la infraestructura urbana, teniendo en cuenta las necesidades de las personas que requieren transporte asequible, accesible, seguro y sostenible, incluidas las personas mayores, especialmente las mujeres y las personas con discapacidad o déficit de funcionalidad.

De acuerdo con datos de la CEPAL (2019), el 60% de la población de las áreas metropolitanas de América Latina y el Caribe se traslada a pie, en bicicleta o en medios de transporte públicos. Aunque la inversión y la diversificación de la infraestructura de transporte público de pasajeros han aumentado a nivel regional, la oferta de transporte público y de infraestructura vial de alta calidad es todavía insuficiente para cubrir la demanda

de transporte y las mayores inversiones siguen concentrándose en el transporte privado. Según Estupiñan y otros (2018, citado en Yañez-Pagans y otros, 2019), en promedio, el 68% de los viajes en la región se realiza en transporte colectivo o público.

Los informes nacionales revelan que las medidas adoptadas en los países para garantizar el acceso de las personas mayores y las personas con discapacidad al transporte público se centran en su asequibilidad (véase el cuadro V.4). Sin embargo, es necesario avanzar en el diseño de nueva infraestructura, la regulación y supervisión directa de quienes prestan los servicios y, también, tomar en cuenta las necesidades de los distintos grupos de población usuaria.

Cuadro V.4

América Latina y el Caribe (5 países): programas, acciones y legislación en materia de mejoramiento del transporte público señalados en los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002)

País	Programa	Descripción
Argentina	Tarifa Social	Descuento del 55% del precio del pasaje a jubilados y pensionados, personal de trabajo doméstico, veteranos de la Guerra de las Malvinas, monotributistas sociales y beneficiarios de programas de transferencias sociales.
Brasil	Decreto núm. 3691. Programa: Passe Livre	Transporte interestatal: reserva de dos lugares para personas con discapacidad o con ingresos familiares inferiores a un salario mínimo en cada vehículo hasta 3 horas antes del inicio del viaje. Transporte público urbano: garantía de gratuidad y asientos preferentes para las personas mayores de 65 años.
Colombia	CONPES N° 3991 del año 2020	Política Nacional de Movilidad Urbana y Regional, en la que se proyectan medidas para la incorporación de las mujeres y las personas con discapacidad en la movilidad activa.
Panamá	Ley núm. 36 que Establece la Normativa para la Protección Integral de los Derechos de las Personas Adultas Mayores	Beneficio de reducción del 50% del costo del pasaje individual en el transporte público de todo el país para las personas mayores.
Perú	Política Nacional de Transporte Urbano	Iniciativa para desarrollar servicios de transporte urbano público eficientes, eficaces, seguros, confiables, inclusivos, accesibles y de calidad.
	Programa Nacional de Transporte Urbano Sostenible (PROMOVILIDAD)	Adopción de un enfoque de movilidad urbana sostenible y de género, de conformidad con estándares de calidad, eficiencia, confiabilidad, accesibilidad, sostenibilidad financiera, equidad vertical y horizontal, promoción del uso de energías limpias y trato prioritario a personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad o pertenecen a grupos sujetos a protección especial, incluidas las personas mayores. En ese sentido, se garantiza que los futuros sistemas de transporte que se implementen en las ciudades del país se realizarán con un enfoque de accesibilidad.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002).

4. Acceso a los servicios básicos

Los servicios básicos se han señalado en el Plan de Acción de Madrid sobre el Envejecimiento como elementos que aseguran una buena calidad de vida en la vejez. Si bien se han registrado importantes avances para garantizar el acceso a los servicios básicos a nivel regional, la accesibilidad y disponibilidad de agua segura para beber para las personas mayores varían de un país a otro. De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), los datos censales e intercensales más recientes de cinco países muestran que el porcentaje de personas mayores que viven en hogares sin acceso adecuado al agua van de un mínimo del 5% de las personas mayores en Chile a un máximo del 15% en Guatemala (véase el gráfico V.1).

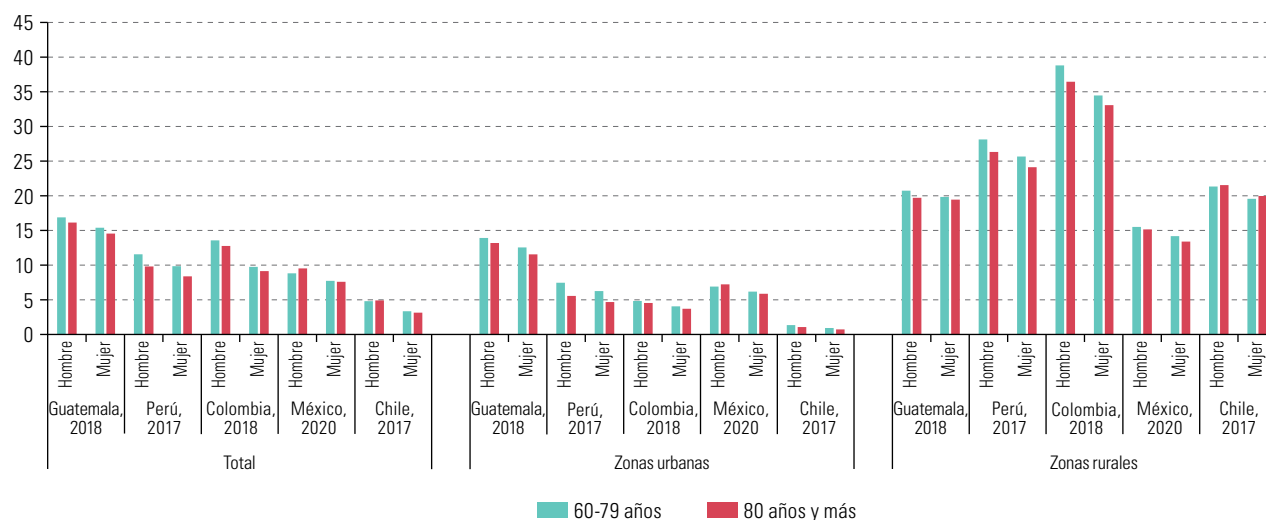
El acceso a servicios básicos de agua potable, saneamiento y electricidad es esencial para las sociedades y, en situaciones de emergencia, como en el caso de la pandemia de COVID-19, es necesario garantizarlos para evitar consecuencias desfavorables para las personas, especialmente para aquellas que se encuentran en situación de vulnerabilidad (CEPAL, 2022b).

Durante la pandemia o en situaciones de crisis relacionadas con desastres naturales, las personas mayores —sobre todo las que viven en asentamientos informales y zonas rurales, pertenecen a grupos indígenas o afrodescendientes, carecen de ingresos propios o son insuficientes— han experimentado dificultades para realizar el pago de servicios de agua potable y electricidad. En muchos casos también les ha resultado imposible cubrir el costo de acceso a tecnologías como el teléfono o Internet. Esta situación aumenta sus riesgos de contagiarse de COVID-19, desarrollar otras enfermedades, disminuir su conexión social e incluso encontrarse en situaciones de aislamiento.

Gráfico V.1

América Latina y el Caribe (5 países): población mayor sin servicio de agua potable en la vivienda, por grupo etario, sexo y zona de residencia

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de microdatos de los censos demográficos de Guatemala (2018), Perú (2017), Colombia (2018), México (2020) y Chile (2017) disponibles en el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL.

En los países de la región se tomaron medidas específicas para garantizar el acceso a los servicios básicos durante la pandemia. En este sentido, en 17 países se adoptaron disposiciones para asegurar y facilitar el acceso de los hogares más vulnerables a los servicios de agua potable, saneamiento, energía, teléfono e Internet durante el confinamiento. Por ejemplo, en Guatemala, Honduras y Panamá se anunciaron medidas para asegurar el suministro de energía eléctrica a los hogares mediante la reconexión de los servicios o la concesión de subsidios y facilidades de pago. En la Argentina, Chile, Ecuador y El Salvador, entre otros, se tomaron medidas para evitar la interrupción por falta de pago de todos los servicios básicos de los hogares, incluidos agua, teléfono e Internet (CEPAL, 2022c). Hasta enero de 2021 se habían planteado 45 medidas de esta naturaleza, que corresponden principalmente a la reconexión de los servicios de agua potable y electricidad (Robles y Rossel, 2021).

a) Agua potable y saneamiento

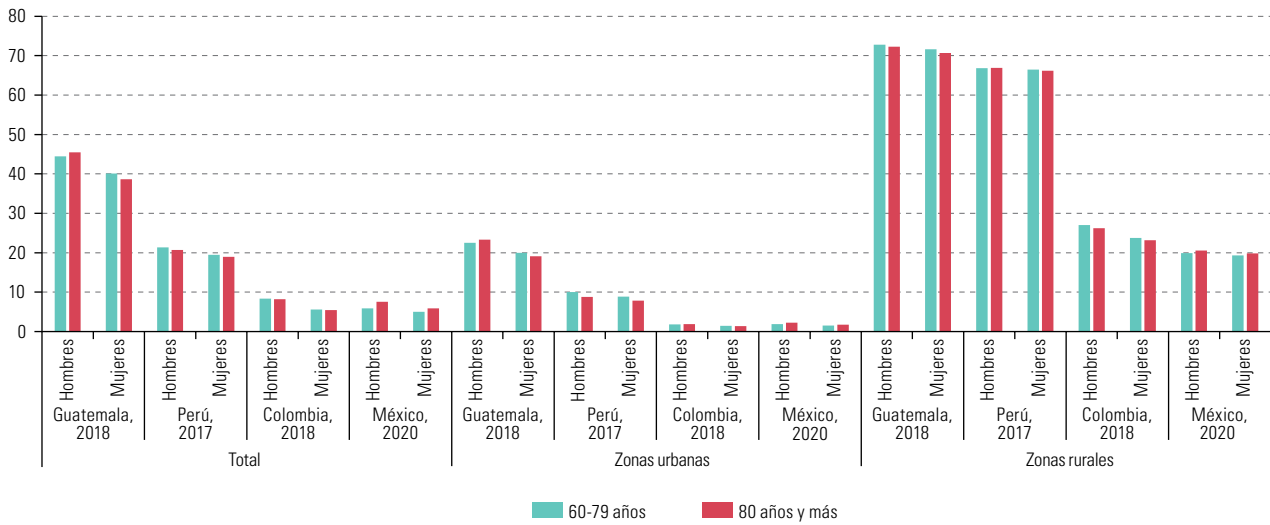
En el Plan de Acción de Madrid también se resalta la importancia de promover la igualdad en materia de acceso suficiente al agua potable. Aunque los niveles de acceso al agua han mejorado en gran medida, todavía se observan disparidades entre países y, particularmente, entre los habitantes de zonas urbanas y rurales. La falta de acceso al agua potable en los hogares tiene un impacto negativo en la calidad de vida y expone a las personas mayores a mayores riesgos de desarrollar enfermedades agudas o complicaciones de enfermedades no transmisibles. Según datos recientes relativos a Guatemala (2018), el Perú (2017), Colombia (2018), México (2020) y Chile (2017), la proporción de personas mayores sin acceso al agua potable es mucho mayor en las zonas rurales que en las urbanas. En las zonas rurales de Colombia, casi la mitad de las personas mayores carece de agua potable dentro de la vivienda, al igual que casi una tercera parte en el Perú y una quinta parte en Guatemala y Chile. Esto significa que deben trasladarse para obtener la cantidad necesaria para satisfacer sus necesidades diarias, lo que resulta muy complejo, especialmente para las personas de 80 años y más y para aquellas que viven solas (véase el gráfico V.1).

Por otra parte, la gestión y la disposición final adecuadas de las aguas residuales y las excretas son sumamente importantes para evitar la propagación de enfermedades. En cuatro países de la región, la principal brecha se observa nuevamente entre las zonas urbanas y las rurales (véase el gráfico V.2). Por ejemplo, mientras el 20% de las personas mayores de las zonas urbanas de Guatemala no tiene servicio de saneamiento en la vivienda, esta proporción supera el 70% en las zonas rurales. El Perú también presenta una importante brecha en el acceso de las personas mayores al saneamiento, pues el 10% de las personas de este grupo que viven en las zonas urbanas y más del 60% de las que viven en las zonas rurales carecen de este servicio. Si bien México y Colombia presentan niveles de acceso más altos, alrededor del 20% de las personas mayores que viven en las zonas rurales carecen de servicio de saneamiento en la vivienda.

Gráfico V.2

América Latina y el Caribe (4 países): población mayor sin servicio de saneamiento en la vivienda, por grupo etario, sexo y zona de residencia

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de microdatos de los censos demográficos de Guatemala (2018), Perú (2017), Colombia (2018) y México (2020) disponibles en el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL.

b) Energía eléctrica

El ODS 7 consiste en garantizar el acceso a una energía asequible, fiable, sostenible y moderna para todos. Sin embargo, la pobreza energética continúa siendo un gran desafío para muchos países del mundo y para América Latina y el Caribe. La carencia o la baja calidad de los servicios de energía eléctrica afecta a los sectores más desprotegidos. A nivel regional, esta situación afecta a 17 millones de personas que no tienen acceso a servicios de electricidad y a otros 75 millones que carecen de acceso a combustibles y tecnologías limpias para cocinar (CEPAL, 2022b).

En el caso de la población mayor, la pobreza energética genera efectos negativos en el estado de salud física y mental, sobre todo cuando: i) se producen variaciones en la temperatura del ambiente, que exponen a este sector de la población a enfermedades respiratorias o golpes de calor; ii) se utilizan energías contaminantes como fuentes de cocción o calefacción, que causan enfermedades respiratorias y cardiovasculares; iii) se carece de fuentes de refrigeración, de manera que el consumo y la conservación de alimentos resultan afectados; iv) la iluminación no es adecuada y afecta la visión y el estado de ánimo y; v) se afectan las oportunidades de empleo, acceso a la educación y a las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC).

Las medidas adoptadas en los países de la región para disminuir la pobreza energética se centran en el establecimiento de tarifas residenciales y subsidios. En algunos casos se otorgan subsidios generales al consumo

para cubrir costos de generación de electricidad, como la Tarifa Social en la Argentina o la Tarifa Dignidad en el Ecuador. En México, las tarifas residenciales se han subsidiado históricamente y se estima que la proporción de beneficiarios asciende al 40% de los usuarios residenciales. Por otra parte, en países como Chile y el Uruguay, los subsidios son más específicos: en el primer caso el subsidio beneficia de manera transitoria a personas de escasos recursos residentes en zonas urbanas y rurales, en el segundo, el Plan de Inclusión Social busca proporcionar el servicio a los hogares que lo utilizan de forma irregular (Contreras, 2020).

Durante la pandemia, se establecieron medidas para evitar la desconexión de la red eléctrica por falta de pago, subsidios al consumo y suspensión temporal del pago de servicios para la población más vulnerable. El Gobierno de Jamaica estableció una medida dirigida a las personas mayores que viven solas y las personas con discapacidad que se encuentran registradas en el Consejo de Personas con Discapacidad de Jamaica, mediante la cual condonó el pago del servicio a ambos grupos durante dos meses. Por otra parte, el Gobierno de Panamá garantizó una reducción del 30% de la tarifa a los jubilados y pensionados (CEPAL, 2022c).

c) Internet

Aunque cada vez más personas mayores en la región viven en hogares con acceso a Internet y su uso ha aumentado en ese grupo poblacional, las brechas con respecto a los grupos etarios más jóvenes continúan siendo muy amplias. Las personas mayores —especialmente las mujeres, las personas indígenas, afrodescendientes y quienes viven en zonas rurales— se enfrentan a profundos desafíos para acceder a las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), tanto debido a la falta de infraestructura y conectividad como al costo de los dispositivos y del servicio de conexión a Internet.

Si bien el acceso a Internet es importante, existen otros determinantes que favorecen o limitan la apropiación de dicha tecnología. De acuerdo con Sunkel y Ullman (2019), “la falta de conocimiento sobre la manera en que estas herramientas pueden satisfacer las necesidades cotidianas puede ser una barrera importante para que las personas mayores usen las TIC. Por lo tanto, es importante generar conciencia acerca de los posibles beneficios de utilizar estas tecnologías y desarrollar competencias entre las personas mayores y las personas cercanas a ellos”.

Desafortunadamente, las oportunidades para aprender a utilizar las TIC son limitadas. En el caso de las mujeres mayores, el trabajo doméstico y de cuidados limita el tiempo que pueden dedicar a nuevas actividades de aprendizaje. A ello se suman los prejuicios y estereotipos de los que son objeto las personas mayores y la posibilidad de que determinadas condiciones de salud puedan afectar el uso y la apropiación de los dispositivos (McCabe y otros, 2022). Esto se ha traducido una amplia brecha digital, que se refiere a la dificultad de una parte de la población para acceder a la información, el conocimiento o la educación por medio de las TIC (Valdés, 2021).

En algunos países se han establecido medidas concretas para disminuir la brecha digital que sufren las personas mayores. Se destacan los casos de Costa Rica, Guatemala, Honduras, México y el Perú, cuyas agendas digitales nacionales incluyen a las personas mayores, y también los casos de la Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia, el Brasil, Colombia y Costa Rica donde, además, se ha legislado en la materia reconociendo el derecho de las personas mayores a tener acceso a las TIC.

Los informes nacionales muestran la relevancia de la inclusión tecnológica en tiempos de pandemia y el gran reto de la región para reducir la brecha digital y prepararse para poder enfrentar nuevas crisis. Durante la pandemia, los países tomaron medidas extraordinarias para evitar que las personas que ya contaban con acceso a Internet perdieran esa posibilidad por falta de recursos. Según la CEPAL (2022c), las medidas se centraron en el congelamiento de tarifas, la disposición de facilidades de pago, la prohibición de la suspensión de servicios y, únicamente en el Estado Plurinacional de Bolivia, la provisión del servicio de conexión a Internet en forma gratuita.

Entre las medidas señaladas en los informes nacionales se destaca la experiencia de la Argentina, donde se creó la plataforma Comunidad PAMI, que funciona como una red de apoyo solidario de personas voluntarias de diferentes edades, asistidas y formadas por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) con el objetivo de prevenir el desánimo de las personas afiliadas en situación de aislamiento. La plataforma se constituyó como estructura de cuidado y contención telefónica e interactiva para la gestión

simplificada de trámites, la promoción de teleactividades y la inclusión digital³. Contó con la participación de 15.000 personas voluntarias en todo el país, que acompañaron a las personas afiliadas y fueron capacitadas para realizar un trabajo intergeneracional mediante llamadas telefónicas y envío de materiales por Internet. La página web recibe unas 5.000 visitas diarias. Además, el Gobierno argentino creó el Programa Nacional de Capacitación Digital para Adultos Mayores con el objetivo de promover la inclusión digital de las personas mayores afiliadas, en especial las que se alojan en residencias de larga estadía o participan en centros de día, centros de jubilados u otras organizaciones que trabajan con o para las personas mayores afiliadas, de modo que puedan participar en igualdad de condiciones a otros grupos etarios en los escenarios virtuales por medio de las nuevas tecnologías. Ante la necesidad de fortalecer la inclusión financiera, también creó el programa Mayores Activos para brindar herramientas que facilitan el acceso y el proceso de aprendizaje para utilizar los productos y servicios bancarios mediante una plataforma web de educación financiera.

En el Brasil, el Programa Viver: Envelhecimento Ativo e Saudável dona a los municipios adheridos equipamiento que incluye computadoras, cámaras web, impresoras y televisores para desarrollar actividades educativas. Tiene el objetivo de aumentar la inclusión digital y social de las personas mayores, contribuir a la reducción de las brechas digitales y promover la participación social de las personas mayores.

En el Uruguay, el Programa Ibirapitá tiene como objetivo fundamental la inclusión digital de las personas mayores para la integración social y el fortalecimiento de su ciudadanía mediante la ampliación de sus posibilidades en los entornos digitales. Se pueden distinguir tres grandes etapas en cuanto a los objetivos de este plan: accesibilidad (2015-2017), uso y apropiación (2018-2019) y generación de comunidad (2020-2021). Desde su inicio hasta mitad de 2019 se distribuyeron 227.000 tabletas y se dictaron 3.227 talleres a los beneficiarios. El abordaje territorial constituye un componente importante del programa, pues se han realizado talleres y actividades en 204 sedes en todo el país.

Entre los programas de inclusión tecnológica de Chile se destaca el Programa de Escuelas de Formación para Dirigentes Mayores, en la que participaron 320 consejeros, consejeras y representantes de las Uniones Comunales de Adultos Mayores (UCAM) de todo el país, dando continuidad a la labor que realizan los dirigentes sociales a través de espacios virtuales. En el marco del programa se distribuyeron tabletas, se proporcionó acceso a Internet móvil (para quienes no contaban con Internet en sus hogares) y capacitación en su uso mediante la realización de talleres de alfabetización digital.

En Costa Rica, a través del Plan Nacional de Desarrollo de las Telecomunicaciones 2015-2021 se instalaron 30 Centros Comunitarios Inteligentes en 60 Centros de Atención de Población Adulta Mayor, se creó el Programa Póngale Vida a los Años como estrategia para afrontar el distanciamiento físico y, entre junio de 2020 y noviembre de 2021, se realizó un total de 32 actividades educativas virtuales, que conectaron a 1.918 personas.

5. Desastres naturales, cambio climático y personas mayores

Según el informe de la Organización Meteorológica Mundial (OMM) y la Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres (UNDRR), las catástrofes climáticas y meteorológicas se han quintuplicado en los últimos 50 años (Naciones Unidas, 2021a). Asimismo, según la CEPAL (2021b, pág. 9)

“en las últimas décadas se han incrementado la frecuencia y la capacidad destructiva de los desastres, independientemente de su origen o velocidad de desenlace. América Latina y el Caribe es una región altamente expuesta. Nos visitan huracanes devastadores que azotan las islas del Caribe y las costas de Centroamérica y América del Norte, al tiempo que vivimos sequías prolongadas en vastas áreas geográficas del Corredor Seco Centroamericano y el Cono Sur que ponen en jaque los sistemas alimentarios y la provisión segura de agua potable para las comunidades, generando nuevos conflictos por el control de este elemento vital y el acceso a él. Paradójicamente, vemos con mayor frecuencia cómo lluvias torrenciales azotan fuera de temporada zonas que no se encuentran preparadas, causando pérdidas y daños significativos. De esta manera, estos fenómenos se están convirtiendo en un elemento estructural que, cada vez más, exige políticas públicas de gestión del riesgo, en general, y de protección social, en particular”

³ Véase [en línea] <https://comunidad.pami.org.ar/>.

En 2021, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) presentó el *Estudio analítico sobre la promoción y protección de los derechos de las personas de edad en el contexto del cambio climático* (Naciones Unidas, 2021b), en el que se señala lo siguiente:

- El aumento de las temperaturas, la elevación del nivel del mar y la erosión costera, los incendios forestales y las altas temperaturas y los fenómenos meteorológicos extremos, como las olas de calor, los friajes, las inundaciones, las sequías y los huracanes, presentan riesgos importantes y a menudo devastadores para los derechos humanos de todos los afectados, pero las personas mayores sufren efectos desproporcionados.
- Por sí misma, la edad no hace a las personas más vulnerables a los riesgos climáticos, pero los factores físicos, políticos, económicos y sociales que la acompañan pueden representar enormes desafíos para el disfrute de sus derechos humanos, como se puso de manifiesto durante la pandemia de COVID-19. Entre ellos se encuentran la exclusión, el olvido, la desatención y la falta de reconocimiento de la diversidad de necesidades, problemas, intereses y potencialidades de esta población.
- Las personas mayores se encuentran excluidas de las políticas y los programas diseñados para hacer frente a los efectos del cambio climático y de aquellos vinculados con la gestión de las emergencias climáticas. Esto puede dar lugar a la discriminación en el acceso a servicios y determinar un trato desigual o inadecuado, que se profundizan cuando se tiene en cuenta la intersección de la edad con otras características como el género, la situación socioeconómica y la condición de discapacidad, migratoria y étnico-racial, entre muchas otras.
- Los efectos del cambio climático en la salud física de las personas mayores son diversos y se agravan en los casos de comorbilidad. Se reconoce que la contaminación atmosférica es un factor de riesgo para el desarrollo de demencia y que el cambio climático tiene un efecto en el surgimiento de brotes de enfermedades infecciosas que pueden afectar a las personas mayores, como en el caso de la pandemia de COVID-19. Por otra parte, las emergencias relacionadas con el clima a menudo suponen interrupciones en el acceso a los servicios de salud y dificultades para su prestación.
- La salud mental de las personas mayores también resulta afectada por el cambio climático. Algunas personas de edad que sobreviven a un desastre presentan índices superiores del sentimiento de culpa propio de los supervivientes, especialmente cuando han perdido hijos o nietos. Se ha observado que después de una inundación las personas mayores presentan índices más elevados de estrés postraumático y depresión. Además, frente a los desastres, pueden experimentar un aumento de la percepción de soledad y aislamiento o desarrollar traumas mentales. Las emergencias empeoran las condiciones de salud preexistentes de algunas personas mayores y tienen efectos negativos en las facultades cognitivas y la memoria. Con frecuencia, las personas mayores requieren más tiempo para recuperarse de los efectos físicos de los desastres.
- Es necesario reconocer que las personas mayores son las que tienen más probabilidades de morir a causa de la exposición al calor o durante las olas de calor, en situaciones de frío intenso o en tormentas de invierno, huracanes y otros peligros naturales⁴.
- Las personas mayores muestran un compromiso particular con las tradiciones y las prácticas culturales y, en los pueblos indígenas, tienen una función de salvaguardia de las prácticas y los conocimientos culturales y tradicionales. Por ello, desempeñan un papel decisivo en la mitigación del cambio climático y la adaptación a sus efectos, pues sus conocimientos pueden incluir la comprensión de las pautas climáticas, los indicios que presagian un desastre, los métodos para reducir riesgos y sobrevivir a desastres, así como de técnicas agrícolas y ganaderas que generan menos perjuicios para el medio ambiente. Por otra parte, ante la amenaza que el cambio climático supone para sus prácticas culturales, modos de vida y alimentación, las personas mayores indígenas pueden experimentar un sentimiento particular de pérdida ante su desaparición.

Muchas personas mayores, especialmente en los pueblos indígenas, han acumulado años de conocimientos sobre la forma de practicar estilos de vida sostenibles que pueden compartir con la comunidad. Es por ello que

⁴ Por ejemplo, el 70% de las muertes ocasionadas por las inundaciones que se produjeron en La Plata (Argentina) en 2013 corresponde a personas mayores.

en los países se debería intensificar la labor para incluir a las personas mayores en el diseño y la implementación de políticas de gestión de desastres en todas las etapas (mitigación, recuperación, evaluaciones de riesgo, reconstrucción, reparación), especialmente en las áreas geográficas de alto riesgo. Los planes nacionales de gestión de catástrofes también deben incluir medidas para sensibilizar a la población sobre la vulnerabilidad de las personas mayores al maltrato e incluir servicios de apoyo psicosocial y prevención. Ante los retos vinculados con el cambio climático que enfrenta y enfrentará la región, resulta pertinente impulsar una organización comunitaria incluyente, de manera que las personas mayores asuman un papel protagónico en el desarrollo de estrategias para contrarrestar los efectos de este fenómeno.

Por otra parte, es necesario que los atlas de riesgos de desastres socioambientales y los sistemas nacionales y locales de protección civil de los Estados de la región contemplen las necesidades y las potencialidades de las personas mayores para proporcionar respuestas humanitarias incluyentes en caso de desastres, crisis y conflictos humanitarios, especialmente aquellas relacionadas con la prevención del abuso y el maltrato, que suelen aumentar en el contexto de los desastres.

En algunos países del Caribe se han dado pasos importantes en la inclusión de las personas mayores en los sistemas nacionales de preparación y respuesta en caso de desastres. Por ejemplo, en Anguila y Barbados se han establecido registros de personas mayores vulnerables (por ejemplo, las que viven solas o tienen mala salud), que probablemente enfrentarán mayores riesgos durante un desastre. En Barbados se ha desarrollado el Programa de Trabajo Nacional de Gestión Integral de Desastres de Barbados 2019-2023, que tiene el objetivo de integrar mejor la gestión de desastres en sectores clave y fortalecer la resiliencia de la comunidad ante los desastres. Asimismo, el Gobierno de las Bermudas ha puesto en marcha una Organización de Medidas de Emergencia interministerial que da prioridad a las necesidades de las personas mayores. Además, algunas organizaciones no gubernamentales (ONG), como la Cruz Roja de las Bermudas, han participado en la formación de personas mayores a las que enseñaron técnicas de gestión de desastres para ayudarse a sí mismas y a sus compañeros o familiares en caso de desastre (Royal Gazette, 2017, citado en Quashie y Jones, 2022). El Plan Nacional de Huracanes de las Islas Caimán también prioriza el refugio y el alojamiento alternativo de las personas mayores como parte de la preparación y respuesta a los desastres (Cayman Islands Government, 2019, citado en Quashie y Jones, 2022).

B. Los entornos sociales en el envejecimiento

En el Plan de Acción de Madrid se subraya la necesidad de adoptar políticas que favorezcan el desarrollo de las personas mayores a lo largo de la vida, incluida la creación de entornos sociales propicios y favorables para el envejecimiento. Entre otros aspectos de estos entornos sobresalen los arreglos residenciales, las redes de apoyo social, la participación en la comunidad y la imagen social de la vejez, así como la prevención y la gestión de situaciones de discriminación, violencia y maltrato (CEPAL, 2006). Los arreglos residenciales de las personas mayores resultan de particular importancia debido a que la posibilidad de contar con redes de apoyo en el hogar y la frecuencia y la intensidad de los vínculos intergeneracionales están relacionados con el estado de salud, la situación económica y el bienestar.

1. Conyugalidad y arreglos residenciales

Uno de los aspectos vinculados con los arreglos residenciales tiene que ver con la conyugalidad de las personas mayores. La evidencia muestra que las personas experimentan cambios en su situación conyugal en la vejez, ya sea debido al fallecimiento del cónyuge o la pareja, la separación o el divorcio. Si bien no todas las personas contraen matrimonio o viven en pareja, la mayor parte de la población se encuentra en esa situación en algún momento de su vida y, por lo general, el porcentaje de hombres y mujeres que permanecen solteros hasta una edad avanzada es bajo.

Mientras la separación o el divorcio suelen ser transiciones en el curso de la vida, la muerte del cónyuge o la pareja suele ocurrir de manera frecuente entre las personas mayores y tiene importantes repercusiones en las redes de apoyo social y los arreglos residenciales. Esto se debe a que la pareja puede representar el principal

apoyo en la vejez, seguida de la descendencia (CEPAL, 2011; Huenchuan, 2012; CEPAL, 2018a). El fenómeno de la viudez afecta en mayor medida a las mujeres mayores de todas las edades que viven en zonas urbanas y rurales, pero también principalmente a las personas de 80 años y más.

La pérdida del cónyuge o la pareja se produce de manera diferencial entre mujeres y hombres debido a la variación de la mortalidad por género, la brecha de edad en el matrimonio y las diferencias en la esperanza de vida de hombres y mujeres, que es más alta para ellas, por lo que tienen menos probabilidades de llegar a la vejez en pareja (Huenchuan, 2018, CEPAL, 2018a). Dado que hay más mujeres mayores viudas que hombres mayores en la misma situación, la etapa de la vejez femenina muchas veces se caracteriza por la viudez, la soledad y la transformación de los arreglos residenciales y las redes de apoyo social.

La separación o el divorcio con frecuencia suponen negociaciones, pérdidas y episodios de violencia. A la pérdida de contacto con la persona se suma también la privación de recursos materiales y económicos para enfrentar los retos del envejecimiento.

Por otra parte, el fenómeno de la soltería en la vejez es muy importante para la configuración de los arreglos residenciales y las redes de apoyo social. Si bien la soltería es poco frecuente en esta etapa de la vida, es más común entre las mujeres de las zonas urbanas (CEPAL, 2018a). En diferentes países de la región, el porcentaje de mujeres solteras de 60 a 79 años que viven en zonas urbanas varía entre el 8% y el 20%. Esto obedece a las distintas normas sociales y religiosas que imperan en los países y a algunos aspectos relacionados con las prácticas de la nupcialidad. Entre las mujeres octogenarias la soltería se reduce en términos relativos ante los mayores porcentajes de aquellas en situación de viudez. La soltería entre los hombres mayores es mucho menor en comparación con las mujeres de los mismos grupos de edad, en parte porque es más probable que ellos contraigan segundas y terceras nupcias.

Si bien la conyugalidad difiere entre los hombres y las mujeres heterosexuales, algo mucho más notorio sucede con las parejas de personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI), pues la condición de género e identidad sexogenérica influye en la probabilidad de tener pareja en la vejez y, por ende, en los arreglos residenciales.

Aunque vivir sin pareja a una edad avanzada no significa necesariamente estar solo, es importante tener en cuenta que las personas sin pareja tienen una mayor probabilidad de vivir en hogares unipersonales. Como advierte Huenchuan (2018), en los últimos años el porcentaje de personas mayores que viven en hogares unipersonales ha aumentado en todos los países. Si bien esto puede ser resultado de una mayor autonomía e independencia en la vejez, también puede deberse a una preferencia personal o a arreglos residenciales establecidos cuando los integrantes de la familia migran o tienen otras responsabilidades.

Sobre la base de los últimos censos realizados en los países de la región, la CEPAL señala que el número de hogares unipersonales de personas mayores está aumentando y que la mayoría de los países de América Latina y el Caribe se encuentra en una posición intermedia en la transición demográfica, a excepción de la Argentina y el Uruguay, donde el 21,2% y el 26,7% de la población mayor, respectivamente, vivía en este tipo de hogares (CEPAL, 2020c).

La evidencia muestra que las personas mayores establecen diferentes arreglos residenciales según sus características conyugales, sociodemográficas y territoriales. Por ejemplo, la convivencia de las personas mayores con niñas y niños ocurre en países donde el envejecimiento demográfico es todavía incipiente y la fecundidad es alta, especialmente en las zonas rurales. Dado que en estos entornos el acceso a los servicios públicos, el agua potable e Internet es menor y hay menos programas dirigidos a las personas mayores que en las zonas urbanas, los arreglos residenciales son la estrategia más importante para mantener una buena calidad de vida en la vejez y redes de apoyo (véase el recuadro V.1) que favorezcan el envejecimiento activo y saludable.

Otra característica de los arreglos residenciales es la existencia de dos tipos de hogares encabezados por personas mayores: nucleares, cuando viven con hijos o hijas solteros, y extendidos, cuando viven con su descendencia casada y con nietos y nietas. Ambos son arreglos importantes en los que pueden convivir varias generaciones (Guzmán y Huenchuan, 2005; Huenchuan, 2012).

Recuadro V.1**El apoyo social en la vejez y las organizaciones de la sociedad civil**

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha documentado ampliamente el papel de las redes de apoyo social para las personas mayores (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003; CEPAL, 2022). Se ha planteado que, si bien los arreglos residenciales constituyen una parte importante de las redes de apoyo social, existen estrategias comunitarias, externas a las familias y los hogares, que proveen apoyos en información, cuidado o en especie que contribuyen al bienestar de las personas mayores.

Las redes de apoyo social funcionan como mediadoras entre la población y las políticas de gobierno y el éxito de muchas acciones gubernamentales radica en el fortalecimiento de la alianza con las organizaciones comunitarias. Algunos estudios muestran que las organizaciones de personas mayores, profesionales, sindicatos y voluntarios realizan acciones solidarias y brindan apoyo informal en contextos locales a los que los gobiernos no llegan. En muchos casos, estas acciones son apoyos sociales eventuales, cuya frecuencia depende de la fuerza de la agrupación de que se trate (Angely Montes de Oca Zavala, 2021).

En los informes nacionales se destaca la contribución de las organizaciones de la sociedad civil de personas mayores que, a partir de su experiencia, han expuesto las necesidades y las demandas planteadas en diferentes países y subregiones de América Latina y el Caribe. Esto permite visualizar las múltiples situaciones de desigualdad, pero también las diferencias y las similitudes entre los diversos enfoques socioculturales y lingüísticos aplicados en la región. A través de estas organizaciones de la sociedad civil es posible visibilizar vejezes indígenas y afrodescendientes, vejezes desde una perspectiva de género, vejezes rurales y urbanas, céntricas y periféricas, identidades sexogenéricas diversas en la región, que no deben quedarse atrás (Montes de Oca Zavala y otros, 2021).

Las organizaciones de la sociedad civil nacionales y regionales conformadas por personas mayores pueden constituir redes de apoyo social que buscan construir espacios de participación, interacción, información, comunicación y representación de personas mayores no organizadas en América Latina y el Caribe. Quienes integran dichas organizaciones son testigos de los diferentes efectos de las políticas, los programas y las acciones gubernamentales (Courtis, 2017).

Las organizaciones de la sociedad civil de personas mayores promueven visiones diversas del envejecimiento y la vejez y conservan la memoria generacional de la evolución de los procesos de fortalecimiento de los derechos de las personas mayores en la región desde la adopción del Plan de Acción de Madrid. Si bien históricamente la actividad de las organizaciones de la sociedad civil se ha centrado en aspectos gerontológicos e intergeneracionales, en los últimos años ha trascendido los temas centrados en la salud de las personas mayores e incorporado la perspectiva de los derechos humanos. También a través de las organizaciones de la sociedad civil se ha contribuido a difundir información sobre las medidas de apoyo gubernamentales para atender las necesidades de las personas mayores.

Dado que en América Latina y el Caribe no existe un registro completo y actualizado de las organizaciones de la sociedad civil que se ocupan de las personas mayores, la vejez y el envejecimiento, se está elaborando uno en el marco de la plataforma del Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030). Existen asociaciones regionales sin fines de lucro, basadas en la solidaridad, que trabajan bajo el liderazgo de hombres y mujeres mayores y agrupan proyectos de la sociedad civil. El enfoque crítico de su participación y su incidencia han sido fundamentales para evidenciar algunos temas y dar a conocer las diferentes realidades de las personas mayores en la región.

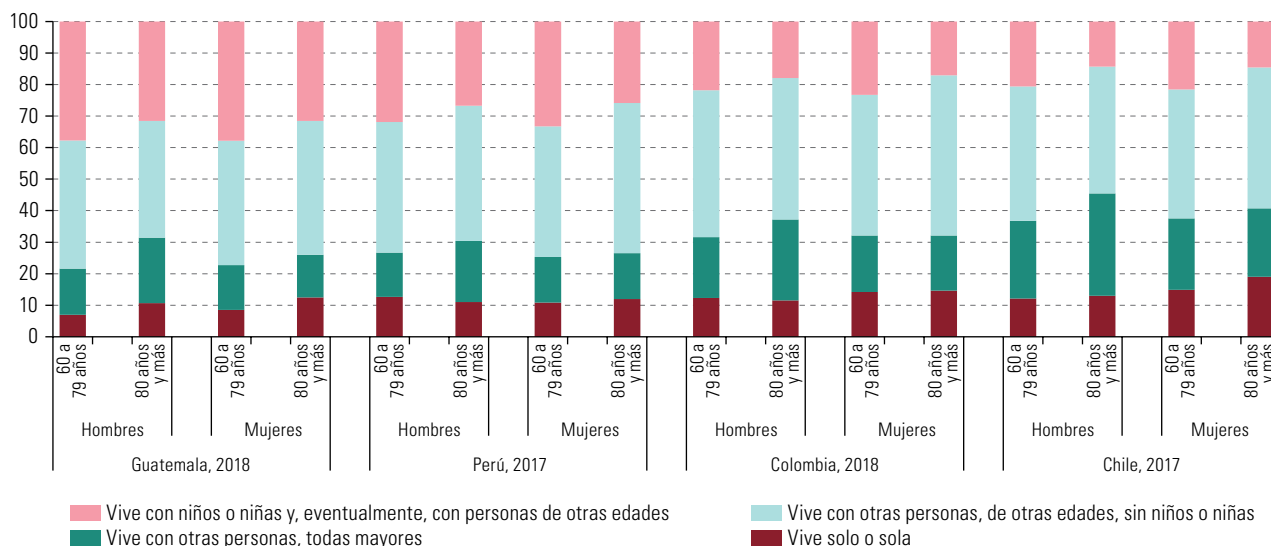
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de J. M. Guzmán, S. Huenchuan y V. Montes de Oca, "Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual", *Notas de Población*, vol. 30, N° 77 (LC/G.2213-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2003; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Los impactos sociodemográficos de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe* (LC/CRPD.4/3), Santiago, 2022; R. Angel y V. Montes de Oca Zavala, *When Strangers Become Family: The Role of Civil Society in Addressing the Needs of Aging Populations*, Routledge, 2021; V. Montes de Oca Zavala y otros, "Género, envejecimiento activo, organizaciones de la sociedad civil y otras agrupaciones en México", *Envejecimiento activo, calidad de vida y género: las miradas académica, institucional y social*, G. Fernández-Mayoralas y F. Rojo-Pérez (eds.), Valencia, Tirant Humanidades, 2021, y C. Courtis, "Las personas mayores y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: oportunidades y desafíos", *Boletín de Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe*, N° 14-15, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), noviembre de 2017.

En los países de América Latina y el Caribe con censos recientes, como Chile, Colombia, Guatemala y el Perú, los arreglos residenciales más frecuentes en las zonas urbanas son aquellos en los que la persona mayor vive con personas de otros grupos de edad sin niñas o niños (véase el gráfico V.3). En los países donde el envejecimiento demográfico es incipiente y las tasas de fecundidad siguen siendo altas, como Guatemala y el Perú, el segundo lugar corresponde a los arreglos residenciales en los que las personas mayores viven con niñas y niños y el tercero a aquellos en los que viven con otras personas mayores. En Colombia y Chile, donde el envejecimiento demográfico es más acentuado, el segundo lugar corresponde a los hogares en los que las personas mayores viven con otras personas mayores (sobre todo los hombres de 80 años y más que viven

en zonas urbanas) y el tercero a los hogares en los que viven niñas, niños y otras generaciones. Los hogares unipersonales son el cuarto arreglo residencial en orden de importancia. Si bien se observa una proporción relativamente mayor entre las mujeres octogenarias en Chile, este tipo de arreglo es significativo en todos los grupos de edad de ambos sexos.

Gráfico V.3

América Latina y el Caribe (4 países): distribución de la población mayor urbana, por grupo de edad, sexo y arreglo residencial
(En porcentajes)



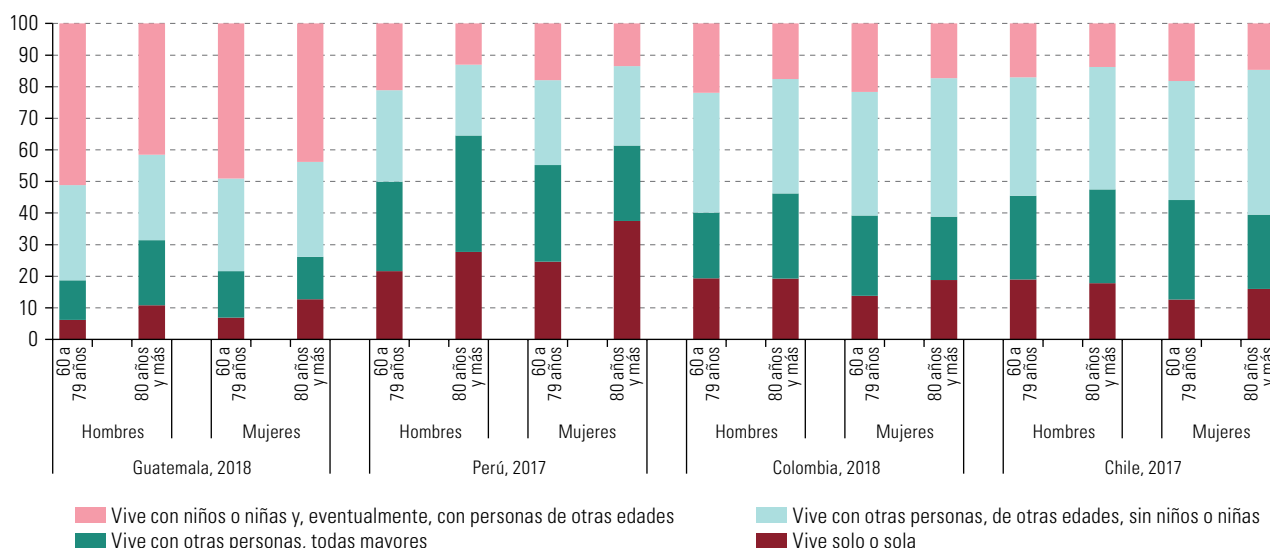
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de microdatos de los censos de población y vivienda de Guatemala (2018), Perú (2017), Colombia (2018) y Chile (2017) disponibles en el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL.

La distribución porcentual de los arreglos residenciales de las personas mayores cambia considerablemente en las zonas rurales de estos países (véase el gráfico V.4). En Guatemala, la existencia de hogares con personas mayores y niños y niñas cobra relevancia como consecuencia de la mayor fecundidad observada en las zonas rurales y la migración de la generación intermedia. El segundo arreglo residencial más importante es el de las personas mayores con personas de otras generaciones sin niños y niñas, seguido de los hogares formados exclusivamente por personas mayores. El último arreglo residencial corresponde a las personas mayores en hogares unipersonales. En el Perú rural, los arreglos más frecuentes son aquellos en que las personas mayores viven con otras personas mayores, seguidos de los hogares en que viven con otras personas, pero sin niñas o niños. En tercer lugar, se encuentran los hogares unipersonales. Cabe resaltar que un porcentaje muy importante de las mujeres octogenarias de las zonas rurales vive en hogares unipersonales. Este arreglo es el más alto entre los cuatro países para mujeres y hombres mayores de 80 años y más. El cuarto arreglo corresponde a los hogares con niños y niñas y eventualmente con otras generaciones. Por último, los arreglos residenciales de las personas mayores que viven en zonas rurales en Colombia y Chile tienen cierta semejanza. En ambos países los arreglos más frecuentes son aquellos en los que viven con personas de otras edades sin niñas o niños, seguidos de arreglos en que las personas mayores viven con sus contemporáneos. Les siguen en porcentajes similares los hogares unipersonales y los hogares formados con niños y niñas y personas de otros grupos de edad.

Los cambios demográficos y el mayor desarrollo económico y social han determinado algunas modificaciones en los arreglos residenciales. Una de ellas se refiere a la jefatura del hogar de las personas mayores (véase el gráfico V.5). A medida que la población envejece se observa un aumento sostenido de la jefatura femenina en todas las edades (Huenchuan, 2018), que puede ocurrir como consecuencia de la viudez, pero también de mejores condiciones para las mujeres, mayores derechos consolidados y un reconocimiento de sus aportes en el hogar (CEPAL, 2018a).

Gráfico V.4

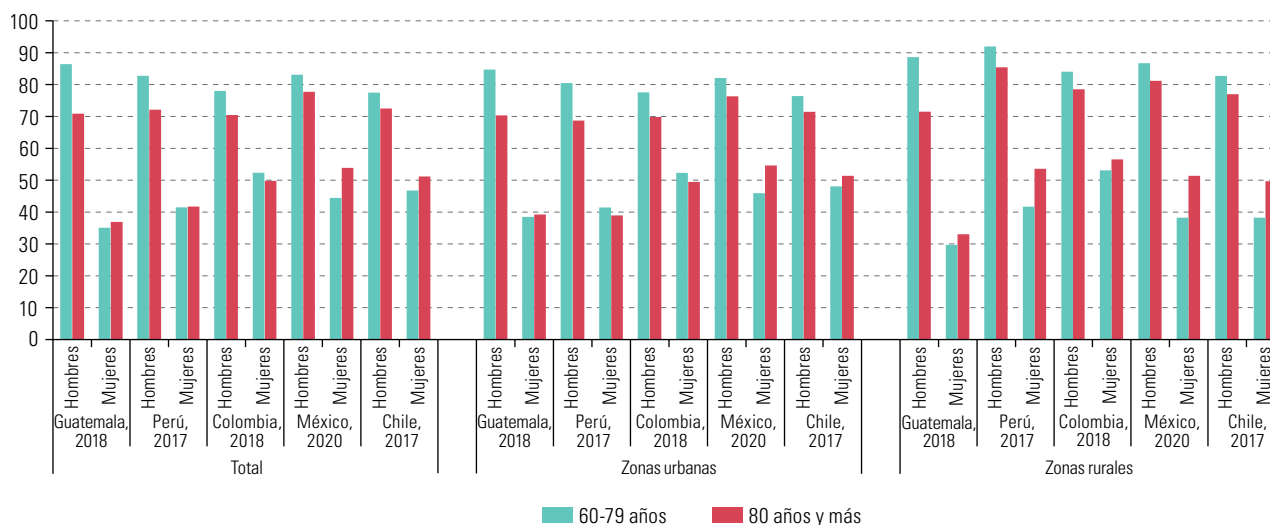
América Latina y el Caribe (4 países): distribución de la población mayor rural, por grupo de edad, sexo y arreglo residencial
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de microdatos de los censos de población y vivienda de Guatemala (2018), Perú (2017), Colombia (2018) y Chile (2017) disponibles en el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL.

Gráfico V.5

América Latina y el Caribe (5 países): personas mayores jefes de hogar, por grupo de edad, sexo y zona de residencia
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de microdatos de los censos de población y vivienda de Guatemala (2018), Perú (2017), Colombia (2018), México (2020) y Chile (2017) disponibles en el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL.

Las cifras relativas a la jefatura del hogar muestran diferencias por sexo muy pronunciadas en el ejercicio de este papel y contrastes importantes en las zonas rurales de los países examinados. En tres de los cinco países analizados en el gráfico V.5, casi la mitad de las mujeres mayores ejerce la jefatura del hogar. Se destaca el caso de Colombia, donde la cifra supera el 50%, tanto en las zonas urbanas como en las rurales. A nivel nacional, la proporción de mujeres octogenarias jefas de hogar también supera el 50% en México y el Perú. Por otra parte, el 80% de los hombres de 60 años y más se considera jefe del hogar, con cifras que superan el 90% entre los hombres de 60 a 79 años. En Guatemala, el país con mayor predominio rural en comparación con el resto de los países analizados, la jefatura femenina no alcanza el 30% entre las mujeres mayores que viven en el campo. Sin embargo, el porcentaje de mujeres mayores jefas de hogar es superior con respecto a las mujeres de otros grupos etarios, lo que muestra que tanto la vejez como los arreglos residenciales en esta etapa de la vida inciden en una mayor jefatura femenina (Huenchuan, 2018, CEPAL, 2018a; CEPAL, 2021c).

Un aspecto que se debe tomar en consideración es la dinámica de los arreglos residenciales de las personas mayores indígenas. En CEPAL y otros (2020) se menciona que la proporción de personas mayores indígenas que vive en hogares unipersonales o con otras personas mayores es menor con respecto al resto de la población, lo que permite inferir que los usos y costumbres de las poblaciones indígenas tienen una fuerza normativa que favorece arreglos residenciales con un mayor número de personas y generaciones. Sin embargo, los diversos contextos, sobre todo aquellos caracterizados por altos niveles de migración, determinan variaciones en los arreglos residenciales, que pueden afectar la salud, los ingresos y el bienestar de las personas mayores.

Para finalizar, los procesos de cambio demográfico, las características sociodemográficas de las personas mayores y las dinámicas propias de cada lugar de residencia, entre otros factores, propician arreglos residenciales en los que la convivencia con otras generaciones se vuelve una característica fundamental que da cuenta de las redes de apoyo en la vejez. Esto es particularmente importante en las zonas rurales de muchos países de la región. Cabe mencionar que en muchos de estos arreglos las personas mayores contribuyen con ingresos propios y trabajo remunerado y no remunerado a las tareas de cuidado y del hogar, colaborando así con el desarrollo social de sus países.

2. Cambios y adaptaciones en los hogares de las personas mayores durante la pandemia de COVID-19

La mortalidad por COVID-19 trajo consigo cambios que tienen un impacto directo en los arreglos residenciales y la dinámica de los hogares, particularmente entre las personas mayores, y suponen retos relacionados con la organización social del cuidado, el trabajo remunerado y no remunerado y los recursos materiales. De acuerdo con Montes de Oca Zavala y otros (2021a) “la reorganización de la dinámica de los hogares ante el fallecimiento de alguno de sus miembros podría traer consigo la intensificación de las actividades en las mujeres en tanto jefas de familia, redistribución del trabajo de cuidados, la modificación de las relaciones intergeneracionales, entre muchos otros cambios”.

En este sentido, el aumento de la proporción de niñas, niños y adolescentes que quedaron en condiciones de orfandad por la pérdida del padre, la madre, de ambos o de los abuelos y las abuelas que fungían como sus tutores o les proporcionaban cuidados genera una situación compleja que obliga a los países de la región a establecer medidas para garantizar el acceso al cuidado.

De acuerdo con Hillis y otros (2021), se estima que, entre marzo de 2020 y abril de 2021, 1.134.000 niños, niñas y adolescentes de todo el mundo quedaron en situación de orfandad. En el caso de América Latina y el Caribe, se presentan datos para la Argentina, el Brasil, Colombia, México y el Perú (véase el cuadro V.5). Es importante resaltar que, incluso cuando los padres han sobrevivido, la muerte de las abuelas y los abuelos constituye una importante pérdida generacional, que tiene repercusiones identitarias y en las tareas de cuidado. Además, las personas mayores tuvieron un papel fundamental en el cuidado durante la pandemia al facilitar la participación de padres y madres en el mercado de trabajo. Hillis y otros (2021) también mencionan que las niñas, los niños y las y los adolescentes huérfanos que estaban bajo la guardia y custodia de sus abuelos o abuelas tras la pérdida de sus padres podrían enfrentarse a un trauma secundario al perderlos también por el COVID-19.

Cuadro V.5

América Latina y el Caribe (5 países): número estimado de niñas, niños y adolescentes que perdieron a sus cuidadores por causas asociadas al COVID-19, 1 de marzo de 2020 a 30 de abril de 2021

País	Pérdida de padres			Pérdida de abuelos (responsables de la guardia y custodia)			Pérdida de la persona cuidadora primaria	Hogares que experimentaron pérdida de un abuelo o una abuela			Pérdida del cuidador primario y secundario
	Mujer	Hombre	Ambos	Mujer	Hombre	Ambos		Solo mujer	Solo hombre	Ambos	
Argentina	2 658	10 341	4	533	577	4	14 117	1 898	3 474	15	19 504
Brasil	25 608	87 529	13	8 567	8 577	69	130 363	22 639	36 714	183	189 899
Colombia	5 270	24 576	5	1 413	2 018	11	33 293	5 919	10 824	47	50 083
México	33 342	97 951	32	4 429	5 342	36	141 132	23 544	38 682	191	203 549
Perú	19 568	73 119	15	2 501	3 754	18	98 975	11 670	25 831	96	136 575

Fuente: Comisión Económica para América Latina (CEPAL), sobre la base de S. Hillis y otros, "Global minimum estimates of children affected by COVID-19-associated orphanhood and deaths of caregivers: a modelling study. Supplementary appendix", *The Lancet*, vol. 398, N° 10298, 2021.

En muchos países de la región, la legislación familiar ha determinado que la guardia y custodia de niñas, niños y adolescentes que han quedado en condiciones de orfandad recayera en las abuelas y los abuelos. Por lo tanto, las necesidades de sostén económico y cuidados requerirán la atención de los Gobiernos de la región para evitar efectos económicos, psicológicos, sociales y de salud negativos para las distintas generaciones.

Por otra parte, las mujeres mayores que han perdido a sus parejas a causa del COVID-19 también sufren importantes repercusiones, pues la viudez implica hacer frente a situaciones de vulnerabilidad económica y jurídica y dificultades de acceso a la protección social. Dado que las mujeres cuyas parejas trabajaban en el mercado laboral informal no tienen acceso a pensiones por viudez y presentan mayores riesgos de quedar desheredadas o ser despojadas de sus bienes, los gobiernos deberán prestar especial atención a este grupo específico (De Paz y otros, 2020). En algunos países de la región se ha registrado un aumento de las solicitudes de trámites para recibir pensiones y herencias por viudez. Debido a la digitalización de los servicios, muchas personas mayores tuvieron dificultades para realizar trámites durante los confinamientos y acceder a cuentas bancarias.

Ante esta situación, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres) señala que es muy importante no dejar de lado a las viudas en los planes de reconstrucción tras las pandemia de COVID-19 y garantizar que los gobiernos prioricen sus necesidades mediante la modificación de las leyes para proteger su derecho a la herencia, la propiedad y la protección social (Mlambo-Ngcuka, 2020).

La pandemia también planteó dificultades adicionales para las personas mayores en los hogares, como en el caso de las personas mayores LGBTI. De acuerdo con la ACNUDH, las experiencias de desigualdad que enfrentan las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales "se ven agravadas por la discapacidad, la edad, el origen étnico/racial, sexo, la pertenencia a un pueblo indígena o una minoría, la situación socioeconómica y/o la casta, estatus migratorio, situación de desplazamiento interno, el idioma, la religión o creencias, la opinión política, el origen nacional, la situación matrimonial y/o materna, la ubicación urbana/rural, el estado de salud y la propiedad de bienes" (Naciones Unidas, 2020). Las personas LGBTI están sobrerrepresentadas entre las personas sin hogar, que viven en la pobreza, tienen el sistema inmunológico comprometido (VIH/Sida) o desempeñan un trabajo informal, lo que sin duda tiene un impacto negativo en su acceso a los servicios de salud y educación y determina que sean objeto de estigma, discriminación y diferentes formas de violencia (Naciones Unidas/Consejo de Europa/CIDH, 2020).

Si bien no hay estudios específicos a nivel regional sobre la situación de las personas mayores que pertenecen a estos grupos en el contexto de la pandemia, los resultados de algunas investigaciones evidencian algunos aspectos críticos que pueden estar viviendo en este período. De acuerdo con la Declaración de expertos en Derechos Humanos en el marco del Día Internacional contra la Homofobia, Transfobia y Bifobia, "al quedarse en casa y colaborar, de esta manera, con la lucha contra la pandemia, los niños, niñas, adolescentes y personas mayores LGBT se ven obligados a soportar una exposición prolongada a miembros de la familia que pueden no aceptarlos, lo que aumenta las tasas de violencia doméstica y abuso físico y emocional, así como los daños a la salud mental" (Naciones Unidas/Consejo de Europa/CIDH, 2020, pág. 2). Los datos de una encuesta aplicada a personas transmasculinas en 14 países de la región en 2020 muestran un aumento de la violencia familiar que

se refleja en la falta de respeto de la identidad de género, la violencia rutinaria y, en algunos casos, la violencia correctiva en los hogares (especialmente durante los períodos de confinamiento obligatorio), que pusieron en mayor riesgo a las personas que no son económicamente autónomas (Radi y Losada Castilla, 2020).

C. El acceso a la justicia

El derecho de acceso a la justicia pertenece a la rama de los derechos civiles y políticos y se encuentra regulado tanto en el sistema universal como en el sistema interamericano de derechos humanos. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) establece con claridad la obligación de los Estados de respetar y garantizar este derecho, brindando la posibilidad de interponer recursos accesibles y eficaces (artículo 2.3) y cumpliendo con los principios de legalidad, igualdad ante los tribunales y las cortes de justicia, garantía de audiencia, presunción de inocencia, emisión de una sentencia y garantía de no recibir juicio ni condena por el mismo delito dos veces (artículo 14). A estos se suman los principios internacionales de efectividad, publicidad y transparencia, garantizando procedimientos claros, equitativos, oportunos e independientes y respetando el derecho a una defensa y el acceso a la revisión de una instancia superior.

A su vez, en el artículo 31 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores se establece la obligación de los Estados Parte de asegurar a las personas mayores el acceso efectivo a la justicia en igualdad de condiciones, considerando la realización de ajustes en todas las etapas de los procesos judiciales y administrativos, garantizando que sean oídas por una autoridad competente, independiente e imparcial regulada por la ley, dentro de un plazo razonable y con todas las garantías existentes. Se resaltan la exigencia de una actuación judicial con celeridad en casos de riesgo para la salud o la vida de las personas mayores, la creación de mecanismos alternativos de solución de controversias y la capacitación del personal relacionado con la administración de justicia sobre los derechos de las personas mayores.

Una de las barreras al acceso a la justicia por parte de las personas mayores a nivel regional es, en muchos casos, la falta de reconocimiento de su capacidad jurídica, es decir, de su facultad de ser titulares de derechos y obligaciones. El edadismo hace que se ponga en duda la capacidad de las personas mayores de tomar decisiones libremente, se las limite cuando expresan el deseo de realizar actos jurídicos, sean víctimas de imposiciones y se les niegue el derecho a realizar o no actos jurídicos de acuerdo con su voluntad. Entre los avances en esta materia cabe mencionar el caso del Brasil, que cuenta con la figura del curador para velar por el efectivo respeto de los derechos y las garantías legales para las personas mayores, promoviendo las medidas judiciales y extrajudiciales adecuadas. Asimismo, en el Uruguay, la Ley núm. 19580 de Violencia hacia las Mujeres basada en Género, de 2018, reconoce los derechos de las mujeres de todas las edades, las mujeres trans, las personas con diversas orientaciones sexuales, la condición socioeconómica, la pertenencia territorial, las creencias, el origen cultural y étnico-racial o la situación de discapacidad, sin distinción ni discriminación alguna, lo que tiene un impacto positivo en el acceso a la justicia de estos grupos.

Además de todo ello, se requiere el reconocimiento y la aplicación de la perspectiva de interseccionalidad y de género, como se ha hecho en la Argentina, Chile, Costa Rica y Panamá, donde se han registrado avances en el acceso a la justicia de las mujeres mayores. En estos países se ha comenzado a registrar de manera oficial el número de femicidios o femicidios⁵ de personas de 60 años y más, lo que significa dar pasos claros en el desarrollo y la protección del derecho de acceso a la justicia. Por último, con respecto a la armonización legislativa en la región, en el cuadro V.6 se señalan los avances de los países en la provisión y el desarrollo de mecanismos de reconocimiento y protección del derecho de acceso a la justicia de las personas mayores (véase también el recuadro V.2).

⁵ En América Latina, los términos “femicidio” o “feminicidio” han sido incorporados en las leyes penales de 17 países, sin que haya una diferencia sustantiva entre ellos. En efecto, “ambos términos describen a los asesinatos de mujeres por violencia de género, por lo que los dos dan cuenta, con sentido político, de un fenómeno social con características propias que lo diferencian del genérico “homicidio”; se trata de una categoría del acervo teórico feminista que surge ante la ausencia de la perspectiva de género en la consideración de determinadas conductas delictivas” (Deus y González, 2018). En los países del Caribe, debido a la ausencia de tipificación del delito, se privilegia utilizar la expresión “muertes violentas de mujeres por razón de género” (CEPAL, 2022e).

Cuadro V.6

América Latina y el Caribe (12 países): mecanismos de acceso a la justicia para personas mayores

	Asistencia jurídica	Defensoría de derechos humanos
Argentina	No	Sí
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Sí	Sí
Brasil	Sí	Sí
Chile	Sí	No
Colombia	...	Sí
Costa Rica	Sí	Sí
Cuba	En proceso	En proceso
Guatemala	Sí	Sí
México	Sí	No
Perú	Sí	No
República Dominicana	Sí	Sí
Uruguay	Sí	No

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002).

Recuadro V.2

El derecho de acceso a la justicia

En el Foro Internacional sobre los Derechos de las Personas Mayores, realizado en la Ciudad de México en 2012, se definió el derecho de acceso a la justicia como un derecho humano esencial e instrumental, con tres dimensiones: i) el acceso a la justicia por sí mismo, ii) la sentencia debidamente fundada y iii) la resolución cumplida y ejecutada. Asimismo, se reconoció que el envejecimiento dificulta el ejercicio de los derechos en los sistemas de administración de justicia, pues las personas mayores enfrentan barreras físicas, debido a sus dificultades de desplazamiento, y barreras de comunicación ante el lenguaje excesivamente técnico. La invisibilización y el maltrato de que son objeto también obstaculizan el pleno ejercicio de sus derechos. Por esto, se considera que las instituciones del Estado encargadas de la administración de justicia deben prepararse para el impacto del envejecimiento y cumplir con los postulados constitucionales, pues a través de estas se ejerce la defensa jurídica de todos los derechos de las personas (Huenchuan, 2012).

Los factores que atentan contra el derecho de acceso a la justicia de las personas mayores incluyen los formalismos, las violaciones al debido proceso, la dilación de los procesos, la deshumanización, la jurisdicción inaccesible y el costo de la justicia. Por ello se propuso un acceso multidimensional a la justicia considerando los siguientes elementos: servicios de apoyo y ayuda técnica, políticas públicas y acciones afirmativas, organización administrativa, espacios físicos, recursos humanos sensibilizados y capacitados, información y comunicación, y principalmente, trato y trámites preferentes, así como sentencias oportunas (Huenchuan, 2012).

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de S. Huenchuan (ed.), *Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2012.

D. Promoción del cambio cultural: avances en la prevención de la discriminación y la violencia contra las personas mayores

En el *Informe mundial sobre el edadismo* publicado por la OMS, la ACNUDH, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES) de las Naciones Unidas y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se señala que una de cada dos personas en el mundo tiene actitudes, sentimientos o prácticas edadistas en contra de las personas mayores (OPS, 2021).

La pandemia de COVID-19 ha representado un momento crítico para las personas mayores, no solo porque puso de manifiesto el enorme peso de las desigualdades sociales, sino porque además evidenció claramente que el edadismo constituye el principal obstáculo para el reconocimiento de la dignidad y los derechos de este grupo poblacional. En algunos casos, el edadismo comprometió la seguridad personal, la salud, la alimentación, la movilidad y la vida de muchas personas mayores. En particular, las medidas de confinamiento tuvieron efectos negativos en su funcionalidad física, mental y social, su salud física y mental y sus redes de apoyo social.

De acuerdo con la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, “a pesar de la creciente atención que se presta en las políticas al envejecimiento y a las personas de edad y del reconocimiento cada vez mayor de las personas de edad como titulares de derechos, las políticas y las prácticas siguen asentándose en percepciones negativas sumamente arraigadas, que dan lugar a importantes barreras al disfrute de los derechos humanos de las personas mayores en igualdad de condiciones. El edadismo se ha exacerbado durante la pandemia de COVID-19” (Naciones Unidas, 2021c, pág. 8).

En los informes nacionales se señalan algunas acciones para la eliminación de todas las formas de discriminación y maltrato de las personas mayores a partir de cinco aspectos: i) información estadística acerca de la discriminación y el maltrato a las personas mayores; ii) programas de asistencia jurídica para denunciar y castigar el maltrato de las personas mayores; iii) informes estadísticos sobre los feminicidios de personas de 60 años o más; iv) campañas para concientizar a la población sobre la discriminación de las personas mayores, y v) institucionalidad en materia de defensa de los derechos de las personas mayores. Este último tema se analiza en el capítulo II de este informe regional.

1. Información estadística acerca de la discriminación y el maltrato de las personas mayores

De acuerdo con la OMS (2022a), el maltrato de las personas mayores es un problema de salud pública muy relevante a nivel mundial. Según la revisión de 52 estudios llevados a cabo en 28 países de diversas regiones del mundo realizada en 2017, una de cada seis personas (15,7%) de 60 años o más fue objeto de alguna forma de maltrato. Sin embargo, no hay muchos datos cabales al respecto y la información sobre el problema en instituciones como los hospitales, las residencias de ancianos y otros centros de atención crónica es escasa (OMS, 2022b).

En América Latina y el Caribe, la recopilación de información sobre discriminación y maltrato continúa siendo un reto. Sin embargo, cada vez más países y organizaciones de la sociedad civil están incluyendo el tema de la discriminación y el maltrato en sus encuestas, lo que permite obtener un panorama más cercano a la realidad de la problemática (véase el cuadro V.7).

Cuadro V.7

América Latina (6 países): instrumentos para evaluar la discriminación y el maltrato de las personas mayores

País	Instrumento	Años	Datos proporcionados
Argentina	Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViAM)	2012	<ul style="list-style-type: none"> - Casi un 9% de las personas entrevistadas conoce a una persona mayor que ha sido golpeada o agredida por sus familiares. - Las personas entrevistadas consideran que los lugares donde se registra el peor trato son los bancos y las oficinas públicas (39%). - Alrededor de 1 de cada 5 entrevistados de 60 años y más señala situaciones de maltrato en consultorios médicos, en la familia o en su entorno cercano. - En cada uno de estos entornos, la proporción de mujeres que manifiestan percibir situaciones de maltrato es siempre mayor que la de sus pares varones. - El 22% de las personas de 60 a 74 años piensa que la familia o las personas cercanas hacen uso de objetos de valor sin su permiso. Esta proporción se reduce al 15% entre las personas de 75 años y más.
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Encuesta de Hogares realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE)	2019	<ul style="list-style-type: none"> - El 15% de las personas encuestadas declara haber sufrido discriminación.
Chile	Programa Buen Trato al Adulto Mayor	2020	- De los 5.064 casos y las 707 consultas registradas, 1.718 se relacionan con maltrato o discriminación por edad.
		2021	- De los 4.462 casos y consultas registrados, 1.399 se han clasificado como maltrato o discriminación por edad.

País	Instrumento	Años	Datos proporcionados
México	Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS)	2017	<ul style="list-style-type: none"> - El 25,9% de las mujeres y el 29,9% de los hombres de 18 años y más declararon haber sido discriminados por la edad. - El 57% de las personas mayores declaró que en el país se respetan poco o nada sus derechos. - El 10,2% de la población de 18 años y más justifica total o parcialmente la negación del empleo a una persona mayor. - El 16,1% de las personas mayores declaró haber sido discriminado en el último año en al menos un ámbito social (calle o transporte público, trabajo o escuela y familia). - El 24,8% de las personas mayores declaró al menos un incidente de negación de derechos en los últimos cinco años. - El 61,1% de las personas mayores declaró haber experimentado al menos una situación de discriminación en los últimos cinco años.
Panamá	Sistema de Estadísticas del Ministerio Público	Entre 2020 y 2021	<ul style="list-style-type: none"> - Se registran las denuncias de violencia y por primera vez se cuenta con datos de las personas mayores, que se actualizan mensualmente y se ponen a disposición de la ciudadanía en la plataforma de dicha institución. Si bien se ha contabilizado un total de 429 denuncias, la desagregación de los datos por sexo, edad, procedencia, condición de discapacidad y etnia sigue siendo un desafío.
Uruguay	Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones (SENPVBGG)	2020	<ul style="list-style-type: none"> - El porcentaje de mujeres de 65 años o más que denuncian situaciones de violencia basada en género por parte de la familia alcanza el 9,8% y equivale aproximadamente a 30.000 mujeres. - Entre las mujeres de 65 años o más que vivieron situaciones de violencia basada en género en su familia se registra una mayor prevalencia de la violencia psicológica, con un 8,5%.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002).

Como señala la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, “los datos sobre la igualdad son cruciales para vigilar las tendencias en la aplicación efectiva de las leyes contra la discriminación y para determinar las necesidades de acción en el futuro” por lo que “los Estados tienen la obligación de recopilar y analizar datos e información desglosados para detectar y hacer visibles las desigualdades y las pautas de discriminación, incluidos los aspectos estructurales de la discriminación, y para analizar la eficacia de las medidas que promueven la igualdad” (Naciones Unidas, 2021c, pág. 20).

2. Programas de asistencia jurídica para denunciar y castigar el maltrato de las personas mayores

En muchos países se han creado instituciones o fortalecido las existentes con la finalidad de proporcionar protección y asistencia jurídica específica a las personas mayores. Los informes nacionales revelan importantes experiencias en esta materia.

Las instituciones de asistencia jurídica para denunciar y sancionar el maltrato, la violencia y la discriminación contra las personas mayores han mostrado su efectividad al proporcionar información para el diseño de programas y acciones de promoción de los derechos humanos, atención a la violencia y asesoría jurídica. Por ejemplo, en el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, de acuerdo con el registro de denuncias de personas mayores, el incumplimiento del derecho más denunciado entre 2017 y 2021 (3.046 denuncias) se refiere al derecho a una vejez digna y al trato preferente. Los agentes más denunciados o vulneradores son los siguientes: personas particulares (2.427 denuncias), gobiernos autónomos municipales (1.209 denuncias), organizaciones indígenas originarias campesinas (548 denuncias) el Órgano Judicial (548) y el Órgano Electoral Plurinacional (517 denuncias), entre otras entidades. Según datos de octubre de 2019 de la Defensoría del Pueblo, 130 de los 339 municipios a nivel nacional cuentan con oficinas para la atención de las personas mayores.

En el Uruguay, el Servicio de Consulta e Intervención para Personas Mayores en Situación de Vulnerabilidad atiende en su gran mayoría a mujeres de 65 a 79 años (casi el 50%) y de 80 años o más (48,1%). Entre los tipos de abuso o maltrato más experimentados por las personas atendidas por el programa se encuentran el maltrato psicológico, el abuso patrimonial, el maltrato físico y la negligencia. En la República Dominicana, el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE) informa de un total de 2.483 casos de discriminación, abuso y maltrato de personas mayores entre el 1 de enero de 2017 y el 11 de noviembre de 2021. En Costa Rica, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) ha establecido un proceso de coordinación con el Sistema de Emergencias, el Ministerio de Seguridad Pública, la Dirección General de la Policía de Tránsito del Ministerio de

Obras Públicas y Transportes y el Consejo de Transporte Público. Este sistema permitió atender 582 denuncias de personas mayores durante el primer semestre de 2020. El 44,7% de las denuncias corresponde a hombres y el 55,3% restante a mujeres.

3. Campañas para concientizar a la población sobre la discriminación de las personas mayores

La ACNUDH ha instado a los Estados a desarrollar mecanismos para luchar contra el edadismo y otras formas de discriminación que afectan a todos los grupos etarios, impiden el acceso a servicios básicos, obstaculizan la participación en la toma de decisiones y constituyen una violación de los derechos humanos (Naciones Unidas, 2021d).

En forma análoga, uno de los objetivos del Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030) consiste en “cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar con respecto a la edad y el envejecimiento” (OMS, 2020, pág. 9), pues se reconocen los múltiples efectos negativos de los prejuicios y estereotipos sobre la vejez, así como la intersección de esta forma de discriminación con otras categorías, que agrava las condiciones de vulnerabilidad. El enfoque de la interseccionalidad supone precisamente tomar en cuenta la discriminación múltiple a partir de otras categorías de desigualdad como la edad, el género, la condición étnico-racial, la discapacidad y la condición migratoria, entre otras. Por ello, una de las acciones propuestas en el marco del Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030) consiste en una campaña mundial para luchar contra la discriminación por edad, dirigida a aumentar el conocimiento y la comprensión del público del envejecimiento saludable, las funciones y el capital social de las personas mayores y las consecuencias del edadismo (OMS, 2020).

En América Latina y el Caribe se han realizado campañas impulsadas por organizaciones de la sociedad civil, como en el caso de la campaña Adultos Mayores Demandan Acción (ADA) promovida por HelpAge International, que se implementa desde hace más de 10 años y tiene el propósito de lograr que las voces de las personas mayores sean escuchadas.

En los países de la región también se han realizado importantes estrategias y campañas dirigidas a promover los derechos humanos, visibilizar la importancia de erradicar la discriminación, procurar el reconocimiento y la valoración de las personas mayores y promover imágenes del envejecimiento y de la vejez libres de prejuicios y estereotipos (véase el cuadro V.8). En algunos casos, las campañas se han centrado en combatir la discriminación y la estigmatización de las personas mayores durante la pandemia de COVID-19.

Cuadro V.8

América Latina y el Caribe (11 países): campañas para promover una cultura de inclusión y no discriminación de las personas mayores

	Medidas de reconocimiento y valoración	Medios de comunicación incluyentes	No discriminación por COVID-19
Argentina	X	X	X
Bolivia (Estado Plurinacional de)	X	-	-
Brasil	-	X	X
Chile	X	X	-
Colombia	X	X	-
Cuba	X	-	X
Guatemala	X	-	-
México	X	-	-
Panamá	X	-	-
Perú	-	X	-
República Dominicana	X	-	-

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002).

4. Femicidio o femicidio en la vejez

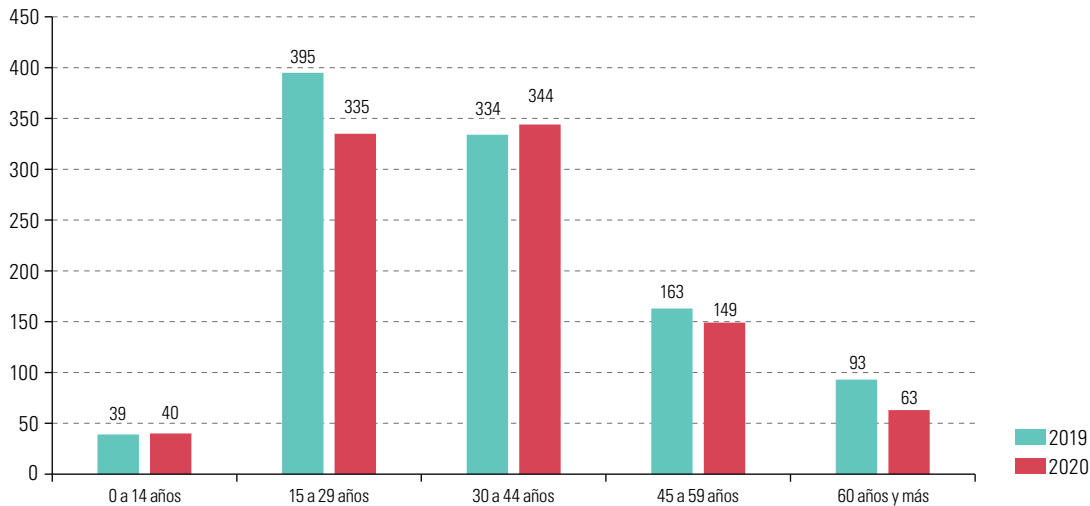
Aunque en América Latina y el Caribe existen más de 380 cuerpos normativos que incluyen leyes sobre violencia doméstica o intrafamiliar, normas de protección integral frente a la violencia contra las mujeres por razón de género, normas sobre delitos sexuales y en materia de acoso laboral, leyes específicas sobre el acoso callejero y sobre la difusión de imágenes íntimas por medios electrónicos, así como contra el acoso y la violencia política contra las mujeres, el delito de femicidio o femicidio solo se encuentra tipificado en 17 países de la región (CEPAL, 2020a).

Para dimensionar la problemática de la violencia contra las mujeres por razones de género y analizar las causas y las consecuencias que de manera específica enfrentan las mujeres mayores y sus familias, es fundamental avanzar en la institucionalización de la producción de estadísticas y análisis de los registros administrativos en esta materia, ya que esta acción permitiría, entre otras cosas, mejorar la información y la evidencia disponible, tanto sobre la violencia y el maltrato, como sobre los feminidios.

En 2020, al menos 4.091 mujeres fueron víctimas de femicidio en 26 países (17 de América Latina y 9 del Caribe) (CEPAL, 2021d). El Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe señala que, de acuerdo con la información proporcionada por 18 países y territorios de la región, la violencia feminicida también afecta a las mujeres mayores, las mujeres transexuales y transgénero mayores, pues entre 2019 y 2020 se denunciaron 156 casos de femicidio de mujeres de 60 años o más (véase el gráfico V.6) (CEPAL, 2021c).

Gráfico V.6

América Latina y el Caribe (18 países y territorios)^a: feminidios por grupo de edad de las víctimas, 2019-2020
(En números)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe [en línea] <https://oig.cepal.org/es>.
^a Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Belice, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, Trinidad y Tabago y Uruguay.

En los informes nacionales se reconoce la necesidad de impulsar mejoras en los sistemas de registros nacionales que permitan recuperar datos sobre femicidio por grupos de edad, para así adoptar medidas adecuadas a fin de erradicar este fenómeno (véase el recuadro V.3). Algunos países señalan avances en este sentido, incluida la Argentina, donde se elaboran estadísticas detalladas de los casos que permiten establecer que los mayores riesgos se registran en el hogar, pues el 40% de los responsables eran parejas o ex parejas de las víctimas, el 19% eran sus hijos, el 15% eran otro tipo de familiares y en el 16% de los casos se trató de otro tipo de vínculo. Solo en el 3% eran personas desconocidas para las víctimas, mientras que en el 7% restante no hay datos sobre sus vínculos. En el Brasil, la Defensoría Nacional de Derechos Humanos ha desarrollado un panel interactivo en el que se pueden obtener datos más precisos sobre las denuncias de violaciones de derechos humanos y de violencia contra las mujeres presentadas por los canales de registro institucionales⁶. En Chile, el Servicio Nacional

⁶ Véase [en línea] <https://www.gov.br/mdh/pt-br/ondh/paineldedadosdaondh>.

del Adulto Mayor (SENAMA) y el Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género (SernamEG) han firmado un convenio sobre la prevención de la violencia en adultos mayores que facilita el acceso de la población mayor a los programas de ambas instituciones. En Costa Rica, los datos estadísticos sobre feminicidios se registran mediante el Observatorio de Violencia de Género contra las Mujeres y Acceso a la Justicia del Poder Judicial y se dispone de datos desagregados por edad. En el caso de Panamá, el Sistema de Estadísticas del Ministerio Público ha incluido recientemente datos de las personas mayores, que se actualizan mensualmente. Sin embargo, se reconoce que la desagregación de los datos por sexo, edad, procedencia, condición de discapacidad y etnia sigue siendo un desafío. Garantizar la buena calidad de la información permitirá definir y adoptar medidas más precisas para determinar los factores de riesgo y atender y detener otras formas de violencia que preceden al feminicidio en la vejez (véase el cuadro V.9).

Recuadro V.3

El feminicidio en la vejez requiere acciones inmediatas

El feminicidio o femicidio es la forma más extrema de violencia contra las mujeres. La evidencia indica que las características y circunstancias del feminicidio de las mujeres mayores presentan diferencias con respecto a los de las mujeres más jóvenes. Si bien las parejas continúan siendo los autores más comunes, algunos datos señalan que la viudez y el hecho de no tener hijos, hijas, nietos o nietas aumentan el riesgo de las mujeres mayores de ser víctimas de violencia, tortura y asesinato.

El acceso de las mujeres mayores a la justicia también presenta grandes limitaciones que tienen que ver con el sexismo, la misoginia y el edadismo. Según el *Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad*, Claudia Mahler, en muchas ocasiones se pone en duda la credibilidad de las mujeres mayores porque se considera que tienen un deterioro cognitivo o problemas de memoria y esto determina que, cuando denuncian violencia o maltrato, se les soliciten pruebas y testigos adicionales durante el proceso, dificultando así sus posibilidades de obtener justicia. En el mismo informe se señala que "se dictan condenas más leves contra femicidios de mujeres de edad, y algunos casos son caratulados como "asesinatos piadosos" por los medios de comunicación, la policía y los abogados defensores. Si bien esto pone de manifiesto el relato del autor acerca de que el asesinato fue cometido para aliviar el sufrimiento, también puede ocultar la realidad vivida por la mujer, incluido el posible maltrato duradero" (Naciones Unidas, 2021, pág. 18). A nivel regional, solo en la legislación del Brasil, Colombia, Costa Rica y el Perú se considera el agravante de la edad (mayor de 60-65 años) (Deus y González, 2018).

Por otra parte, la tipificación del transfeminicidio es todavía incipiente en la región. De acuerdo con la Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Trans (RedLacTrans), dado que a menudo se niega la identidad de género de las mujeres trans asesinadas o no se las registra como tales, se carece de información que permita conocer la realidad de los transfeminicidios (Lancioni, 2019) y mucho menos la realidad de los transfeminicidios en la vejez.

Según el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2018), los principales desafíos para la región ante la violencia extrema contra las mujeres son:

- Comprender que todas las formas de violencia que afectan a las mujeres están determinadas, más allá de su condición sexual y de género, por diferencias económicas, etarias, raciales, culturales, de religión, y de otros tipos. Esto permitiría avanzar en la formulación de políticas públicas para su erradicación que tengan en cuenta la diversidad de las mujeres y las múltiples formas en que se expresa la violencia contra ellas.
- Generar acuerdos interinstitucionales que permitan fortalecer el análisis del feminicidio a nivel regional y nacional.
- Trabajar en la sensibilización y el desarrollo de capacidades de los funcionarios públicos, especialmente los operadores de justicia, para mejorar los registros de feminicidios y dar respuestas acordes con el enfoque de derechos humanos y una cultura de igualdad.
- Generar políticas públicas de reparación dirigidas a las hijas y los hijos de las mujeres víctimas de feminicidio, que prevean asignaciones monetarias que permitan cubrir los gastos cotidianos de las y los menores de edad.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad*, Claudia Mahler (A/HRC/48/53), 2021; A. Deus y D. González, *Análisis de legislación sobre femicidio/feminicidio en América Latina y el Caribe e insumos para una ley modelo*, Ciudad del Saber, Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), 2018; L. Lancioni, *Basta de genocidio trans: informe regional 2018*, Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Trans (RedLacTrans), 2019, y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), "CEPAL: Al menos 2.795 mujeres fueron víctimas de feminicidio en 23 países de América Latina y el Caribe en 2017", 15 de noviembre de 2018 [en línea] <https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-al-menos-2795-mujeres-fueron-victimas-femicidio-23-paises-america-latina-caribe>.

Cuadro V.9

América Latina y el Caribe (7 países): feminicidios de personas de 60 años y más señalados en los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002)

(En números)

País	Período	Número de casos	Tipificación
Argentina	2017-2019	94	Víctimas de femicidio, tanto directo (86) como vinculado (8)
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2017-2021	37 (5 en 2021)	-
Brasil	2020-2021 (enero a septiembre)	144	-
Chile	2019	3	Femicidios consumados
Costa Rica	2018-2021	6	Mujeres asesinadas en delitos tipificados como feminicidios
Panamá	2017-2021	8 casos (5 de mujeres de 60 a 64 años; 1 de mujeres de 65 a 69 años; 1 de mujeres de 70 a 74 años y 2 de mujeres de 80 años y más)	-
Paraguay	2018-2020	11	-

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002).

Bibliografía

- Adler, V. y F. Vera (eds.) (2018), *Vivienda ¿Qué viene? De pensar la unidad a construir la ciudad*, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Angel, R. y V. Montes de Oca Zavala (2021), *When Strangers Become Family: The Role of Civil Society in Addressing the Needs of Aging Populations*, Nueva York, Routledge.
- Bustamante, M. (2021), "Un reclamo de dignidad: la vejez en situación de movilidad humana", *Boletín de Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe*, N° 19, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre.
- Calvo, R. y otros (2021), "Desarrollo de indicadores de pobreza energética en América Latina y el Caribe", *serie Recursos Naturales y Desarrollo*, N° 207 (LC/TS.2021/104), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2022a), *Los impactos sociodemográficos de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe* (LC/CRPD.4/3), Santiago.
- ____ (2022b), "Los servicios básicos de agua potable y electricidad como sectores clave para la recuperación transformadora en América Latina y el Caribe", *Recursos Naturales en América Latina y el Caribe*, N° 4, Santiago, septiembre.
- ____ (2022c), "Medidas de protección social para enfrentar el COVID-19", *Desarrollo Social y COVID-19 en América Latina y el Caribe* [en línea] <https://dds.cepal.org/observatorio/socialcovid19/listamedidas.php>.
- ____ (2022d), "CEPAL insta a implementar políticas habilitantes que permitan el efectivo cumplimiento de los ODS", 14 de julio [en línea] <https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-insta-implementar-politicas-habilitantes-que-permitan-efectivo-cumplimiento-ods>.
- ____ (2022e), "Poner fin a la violencia contra las mujeres y niñas y al femicidio o feminicidio: reto clave para la construcción de una sociedad del cuidado" [online] <https://oig.cepal.org/es/documentos/poner-fin-la-violencia-mujeres-ninas-al-femicidio-o-feminicidio-reto-clave-la>.
- ____ (2021a), "Las ciudades y la vivienda brindan una oportunidad para transformar el modelo de desarrollo de América Latina y el Caribe hacia uno más inclusivo, igualitario y sostenible", 17 de mayo [en línea] <https://www.cepal.org/es/noticias/ciudades-la-vivienda-brindan-oportunidad-transformar-modelo-desarrollo-america-latina>.
- ____ (2021b), *Desastres y desigualdad en una crisis prolongada: hacia sistemas de protección social universales, integrales, resilientes y sostenibles en América Latina y el Caribe* (LC/CDS.4/3), Santiago.
- ____ (2021c), *La pandemia en la sombra: femicidios o feminicidios ocurridos en 2020 en América Latina y el Caribe*, Santiago.
- ____ (2021d), "CEPAL: Al menos 4.091 mujeres fueron víctimas de feminicidio en 2020 en América Latina y el Caribe, pese a la mayor visibilidad y condena social", 24 de noviembre [en línea] <https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-al-menos-4091-mujeres-fueron-victimas-feminicidio-2020-america-latina-caribe-pese>.
- ____ (2020a), "Alicia Bárcena: Llamamos a un compromiso reforzado para erradicar la 'pandemia en la sombra' de la violencia contra las mujeres y las niñas en la región", 24 de noviembre [en línea] <https://www.cepal.org/es/comunicados/alicia-barcena-llamamos-un-compromiso-reforzado-erradicar-la-pandemia-la-sombra-la>.

- ___ (2020b), "América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19: efectos económicos y sociales"; *Informe Especial COVID-19*, N° 1, Santiago, abril.
- ___ (2020c), "Vulnerabilidades sociodemográficas de las personas mayores frente al COVID-19"; *Boletín Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores*, N° 18, diciembre [en línea] <https://www.cepal.org/es/enfoques/vulnerabilidades-sociodemograficas-personas-mayores-frente-al-covid-19>.
- ___ (2019), "ODS 11: Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles en América Latina y el Caribe" [en línea] https://www.cepal.org/sites/default/files/static/files/ods11_c1900717_press.pdf.
- ___ (2018a), *Panorama Social de América Latina, 2017* (LC/PUB.2018/1-P), Santiago.
- ___ (2018b), "CEPAL: Al menos 2.795 mujeres fueron víctimas de femicidio en 23 países de América Latina y el Caribe en 2017"; 15 de noviembre [en línea] <https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-al-menos-2795-mujeres-fueron-victimas-femicidio-23-paises-america-latina-caribe>.
- ___ (2011), *Declaración de Brasilia: Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos* (LC/G.2359/Rev.1), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- ___ (2006), *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez* (LC/W.113), Santiago.
- CEPAL y otros (Comisión Económica para América Latina y el Caribe y otros) (2020), "El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva"; *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2020/171), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Contreras, R. (2020), "Análisis de las tarifas del sector eléctrico: los efectos del COVID-19 y la integración energética en los casos de la Argentina, Chile, el Ecuador, México y el Uruguay"; *serie Recursos Naturales y Desarrollo*, N° 199 (LC/TS.2020/146), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Courtis, C. (2017), "Las personas mayores y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: oportunidades y desafíos"; *Boletín de Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe*, N° 14-15, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), noviembre.
- De Paz, C. y otros (2020), *Gender Dimensions of the COVID-19 Pandemic*, Washington, D.C., Banco Mundial, 16 de abril.
- Deus, A. y D. González (2018), *Análisis de legislación sobre femicidio/femicidio en América Latina y el Caribe e insumos para una ley modelo*, Panamá, Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres).
- Guzmán, J. M. y S. Huenchuan (2005), "Políticas hacia las familias con personas mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada"; *serie Seminarios y Conferencias*, N° 46 (LC/L.2373-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Guzmán, J. M., S. Huenchuan y V. Montes de Oca (2003), "Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual"; *Notas de Población*, vol. 30, N° 77 (LC/G.2213-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Hillis, S. y otros (2021), "Global minimum estimates of children affected by COVID-19-associated orphanhood and deaths of caregivers: a modelling study"; *The Lancet*, vol. 398, N° 10298.
- Huenchuan, S. (ed.) (2018), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*, Libros de la CEPAL, N° 154 (LC/PUB.2018/24-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- ___ (2012), *Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- McCabe, L. y otros (2022), *Personas mayores, tecnologías y conexión social. Experiencias de investigación en México durante la pandemia*, Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en prensa.
- Mlambo-Ngcuka, P. (2020), "Inclusión de las viudas en el trabajo necesario para una mejor reconstrucción tras el COVID-19"; Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), 23 de junio [en línea] <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/6/statement-ed-phumzile-including-widows-in-covid-19-recovery>.
- Montes de Oca Zavala, V. y otros (2021a), "Sociodemografía de la desigualdad por COVID-19 en México"; *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 83, septiembre.
- ___ (2021b), "Género, envejecimiento activo, organizaciones de la sociedad civil y otras agrupaciones en México"; *Envejecimiento activo, calidad de vida y género: las miradas académica, institucional y social*, G. Fernández-Mayoralas y F. Rojo-Pérez (eds.), Valencia, Tirant Humanidades.
- Naciones Unidas (2021a), "Climate and weather related disasters surge five-fold over 50 years, but early warnings save lives - WMO report"; 1 de septiembre [en línea] <https://news.un.org/en/story/2021/09/1098662>.
- ___ (2021b), *Estudio analítico sobre la promoción y protección de los derechos de las personas de edad en el contexto del cambio climático* (A/HRC/47/46).
- ___ (2021c), *Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad*, Claudia Mahler (A/HRC/48/53).

- ____ (2021d), “Discriminar a los ancianos no solo afecta a las personas, también perjudica las economías”, 18 de marzo [en línea] <https://news.un.org/es/story/2021/03/1489682#:~:text=Las%20personas%20de%20edad%20sufren,de%20ese%20grupo%20de%20poblaci%C3%B3n>.
- ____ (2020), “COVID-19: El sufrimiento y la resiliencia de las personas LGBT deben ser visibles e informar de las acciones de los Estados”, 14 de mayo [en línea] <https://www.ohchr.org/es/2020/05/covid-19-suffering-and-resilience-lgbt-persons-must-be-visible-and-inform-actions-states>.
- ____ (2015), *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* (A/RES/70/1), Nueva York.
- ____ (2003), *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, Nueva York.
- ____ (1966), “Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos” (A/RES/2200(XXI)) [en línea] <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/007/35/IMG/NR000735.pdf?OpenElement>.
- Naciones Unidas/Consejo de Europa/CIDH (Comisión Interamericana de Derechos Humanos) (2020), *COVID-19: El sufrimiento y la resiliencia de las personas LGBT deben ser visibles e informar de las acciones de los Estados*, Ginebra/Washington, D.C./Estrasburgo [en línea] <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/110A.pdf>.
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2015), “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores” [en línea] http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2022a), “Envejecimiento y salud”, 1 de octubre [en línea] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
- ____ (2022b), “Maltrato de las personas mayores”, 13 de junio [en línea] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>.
- ____ (2020), *Decade of Healthy Ageing 2020-2030* [en línea] https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_25.
- ____ (2018), *La Red Mundial de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores: revisar el último decenio y mirar con optimismo hacia el siguiente* (WHO/FWC/ALC/18.4), Ginebra.
- ____ (2015), *Medición del grado de adaptación de las ciudades a las personas mayores: guía para el uso de los indicadores básicos*, Ginebra.
- ONU-Hábitat (Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos) (2020), *La Nueva Agenda Urbana Ilustrada*, Nairobi.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2021), *Informe mundial sobre el edadismo*, Washington, D.C.
- Quashie, N. y F. Jones (2022), “The Ageing Caribbean: 20 Years of the Madrid Plan of Action” Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2022 [en línea] https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/mipaa20_subregional_review_rev2.pdf.
- Radi, B. y C. Losada Castilla (2020), “Transmasculinidades y COVID-19 en América Latina y el Caribe”, *Coronapapers: nuestra comunidad LGBTI en tiempos de pandemia*, Buenos Aires, ILGALAC.
- Robles, C. y C. Rossel (2021), “Herramientas de protección social para enfrentar los efectos de la pandemia de COVID-19 en la experiencia de América Latina”, *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2021/135), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Sunkel, G. y H. Ullmann (2019), “Las personas mayores de América Latina en la era digital: superación de la brecha digital”, *Revista CEPAL*, N° 127 (LC/PUB.2019/6-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Valdés, L. (2021), “¿Es la infraestructura digital existente una limitación para la recuperación?”, *Boletín FAL*, N° 390, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Yañez-Pagans, P. y otros (2019), *Sistemas de transporte urbano en América Latina y el Caribe: lecciones y retos*, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Ziccardi, A. y A. González (coords.) (2015), *Habitabilidad y política de vivienda en México*, Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).



CAPÍTULO

VI

El derecho de las personas mayores al cuidado

Introducción

- A. El cuidado y la perspectiva de derechos humanos
- B. Las necesidades y el trabajo de cuidados en la región
- C. Avances sobre los cuidados a partir del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento
- D. Avances y desafíos en sistemas nacionales de cuidados en la región

Bibliografía

Introducción

Desde la aprobación hace 20 años del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002), el tema de los cuidados —que es transversal a todas las orientaciones prioritarias del Plan— ha sido uno de los que mayor atención ha recibido en los países de la región, tanto en lo conceptual como en el ámbito de las políticas. A la luz de los efectos devastadores de la pandemia de COVID-19, “los Gobiernos de la región coinciden en que es urgente implementar un cambio en el estilo de desarrollo y los Estados de bienestar para avanzar hacia una sociedad del cuidado en la que se reconozca la interdependencia entre las personas, así como entre los procesos productivos y la sociedad: una sociedad del cuidado que ubica la sostenibilidad de la vida y del planeta en el centro del desarrollo” (CEPAL, 2022a, pág. 12).

Aunque no todas las personas mayores requieren cuidados, el aumento de la población de 60 años y más y, específicamente, el acelerado aumento en la proporción de personas de 80 años y más, representa un reto en materia de cuidados, pues la demanda de servicios de apoyo, acompañamiento y cuidados especializados se está incrementando y lo seguirá haciendo¹. Para enfrentar esta creciente demanda, hay que adaptar los servicios “a las necesidades de las personas mayores, quienes requieren un manejo mucho más eficaz, que no solo mejore su supervivencia, sino que maximice su capacidad funcional y reduzca los años de dependencia de otros” (OPS, 2019). Esto supondrá importantes desafíos en materia de políticas públicas ya que, en la actualidad, la mayor parte de los servicios de cuidado se delegan al ámbito familiar, sobre todo a las mujeres. Por otro lado, en el ámbito del mercado de trabajo se requerirá mayor personal capacitado en materia de cuidados especializados para las personas mayores. Para ello, los Estados necesitarán diseñar incentivos y emitir normas para ampliar la oferta de cuidados dirigidos a esta población.

Según la CEPAL (2022a), el cuidado comprende todas las actividades que aseguran la reproducción humana y el sostenimiento de la vida en un entorno adecuado. Ello incluye el resguardo de la dignidad de las personas y la integridad de sus cuerpos, la educación y formación, el apoyo psicológico y emocional, así como el sostenimiento de los vínculos sociales. Implica también el mantenimiento de los espacios y bienes domésticos, así como el cuidado del planeta. Tiene una dimensión material, al ser un trabajo que entraña costos, y requiere una disposición psicológica vinculada a la construcción o sostenimiento de un vínculo afectivo (Batthyány, 2015; CEPAL, 2022a).

Según la CEPAL (2021a), la igualdad de género es una prioridad y un imperativo impostergable para alcanzar una recuperación transformadora frente a la crisis del cuidado. La Agenda Regional de Género ha permitido la construcción de un marco robusto de acuerdos para garantizar el respeto de los derechos humanos de las mujeres, la superación de la división sexual del trabajo y la injusta organización social del trabajo de cuidados (CEPAL, 2021a). A partir del compromiso de los países de América Latina y el Caribe, se ha procurado que el cuidado sea un tema central para la vida y para el desarrollo de la región (Batthyány, 2015). Por ello, se ha propuesto como meta transitar hacia una sociedad del cuidado “en la que se cuide a las personas, a quienes cuidan y también se considere el intercuidado, el autocuidado y el cuidado del planeta” (CEPAL, 2022f).

Para lograr una sociedad del cuidado, hay que reconocer, en primer lugar, que las necesidades de cuidados son universales y se mantienen durante todo el curso de la vida —desde la gestación hasta el fallecimiento—. No obstante, la posibilidad de resolverlas está mediada por la intersección de desigualdades asociadas al género, la edad, el estrato socioeconómico, la pertenencia étnica y racial, el territorio y las condiciones de salud, discapacidad y migración, entre otras. En segundo lugar, el trabajo de cuidados debe redistribuirse de manera equitativa entre hombres y mujeres, de tal forma que las mujeres no vean afectada su autonomía económica. Por esa razón se hace necesaria la creación de políticas integrales de cuidado con un enfoque que tenga en cuenta las cuestiones de derechos, género, interculturalidad, interseccionalidad y territorio (Pautassi, 2018; Rico y Segovia, 2017; CEPAL, 2022e). En particular, “la sociedad del cuidado apunta a la corresponsabilidad social tanto entre hombres y mujeres como entre el Estado, los mercados, las comunidades y las familias. Las políticas de cuidado y asegurar el derecho al cuidado requieren una profunda reorganización social y política de los cuidados, con la participación activa del Estado, la comunidad y las instituciones públicas y privadas en la provisión de servicios, que permita superar las desigualdades socioeconómicas y los nudos estructurales de la desigualdad de género” (CEPAL, 2022a, pág. 29).

¹ La OPS (2019) estima que el número de personas de 60 años o más en las Américas que requieren cuidados a largo plazo se triplicará en las próximas tres décadas, de alrededor de 8 millones a 30 millones en 2050.

Los sistemas integrales de cuidado tienen un impacto positivo en la vida de las mujeres ya que establecen condiciones indispensables para su autonomía y son parte de las políticas para avanzar hacia la igualdad de género. Además, contribuyen a disminuir la carga de trabajo de cuidado no remunerado, evitar la precarización y favorecer la inserción laboral. También pueden incidir en el crecimiento económico mediante el aumento de la oferta de servicios, el impulso del empleo decente y la promoción de la inversión en infraestructura social. Además, la población en general resulta beneficiada, pues un sistema integral de cuidados le permite mejorar sus trayectorias educativas, laborales y de salud (ONU-Mujeres/CEPAL, 2020).

El diseño e implementación de políticas y sistemas integrales de cuidado requiere un proceso de fortalecimiento del papel, los recursos y la capacidad del Estado para construir un marco institucional y lograr una articulación intersectorial. Ese proceso debe contar con una amplia participación de los actores y actrices que conforman el denominado diamante del cuidado: Estado, mercado, comunidad (sobre todo las organizaciones de mujeres y personas mayores) y familias. También es necesario desarrollar estrategias de comunicación con miras a un cambio cultural que transforme los roles tradicionales de género y la división sexual del trabajo, y que fomente la corresponsabilidad en el cuidado, así como el cambio normativo que reconozca el cuidado como un derecho y garantice el financiamiento, el seguimiento y la evaluación de las actividades correspondientes.

A. El cuidado y la perspectiva de derechos humanos

De acuerdo con la CEPAL (2022a, págs. 24-25), el cuidado debe entenderse como “el derecho a cuidar, ser cuidado y al autocuidado, es parte de los derechos humanos ya reconocidos en los pactos y tratados internacionales, de los que goza toda persona humana, independientemente de su situación de vulnerabilidad o dependencia. [...] El derecho al cuidado implica garantizar el derecho de cada persona en las tres dimensiones del concepto (cuidar, ser cuidado y autocuidarse), reconocer el valor del trabajo y garantizar los derechos de las personas que proveen cuidado, más allá de la asignación estereotipada del cuidado como una responsabilidad de las mujeres, y avanzar en la corresponsabilidad institucional entre sus proveedores.”

El cuidado es un derecho que se encuentra regulado en diferentes instrumentos internacionales vinculantes y no vinculantes, que surgen de las luchas sociales por garantizar la protección de los derechos humanos de las mujeres, las personas con discapacidad, las niñas, niños y adolescentes y las personas mayores. Estos instrumentos se pueden categorizar en: i) los relacionados con la protección de los derechos de las personas cuidadoras, como el Convenio sobre los Trabajadores con Responsabilidades Familiares, 1981 (núm. 156) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que reconoce la necesidad de proteger a las trabajadoras y los trabajadores, con énfasis en las mujeres, que tienen responsabilidades familiares²; ii) los enfocados en la progresividad del derecho a la protección social contenidos en tratados, convenios y convenciones pertinentes, que brindan un marco jurídico internacional para proteger, respetar y garantizar los derechos humanos, y que se expresan en los consensos regionales como el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013), que sugiere incluir el cuidado en los sistemas de protección social, mediante prestaciones, servicios sociosanitarios y beneficios económicos que maximicen la autonomía y garanticen los derechos, la dignidad y el bienestar de las familias y, en particular, de las personas mayores, o los compromisos asumidos por los Estados miembros de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe que conforman la Agenda Regional de Género, y iii) los relacionados con grupos prioritarios que pueden encontrarse en situación de dependencia, como la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), que establece, por primera vez en un acuerdo vinculante, el derecho de las personas mayores a recibir cuidados, específicamente a largo plazo³.

² Otros convenios relevantes de la OIT en esta materia son el Convenio sobre Igualdad de Remuneración, 1951 (núm. 100), Convenio sobre la Seguridad Social (Norma Mínima), 1952 (núm. 102), Convenio sobre la Discriminación (Empleo y Ocupación), 1958 (núm. 111), Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales, 1989 (núm. 169), Convenio sobre la Protección de la Maternidad, 2000 (núm. 183), Convenio sobre las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos, 2011 (núm. 189) y Convenio sobre la Violencia y el Acoso, 2019 (núm. 190).

³ En su artículo 12 se señala de manera específica el derecho a contar con un sistema integral de cuidados, el diseño de medidas y servicios de apoyo a las personas cuidadoras, el respeto a la plena libertad de las personas mayores para tomar decisiones y la regulación de los Estados de las instituciones de cuidado de largo plazo. Además, se incluye la necesidad de establecer medidas para quienes requieren cuidados paliativos.

La comprensión del cuidado como un derecho implica “concebir a todas las personas destinatarias de las políticas como sujetos de derechos activos y no como personas pasivas beneficiarias de una política” (ONU-Mujeres/CEPAL, 2022, pág. 26). Para lograrlo, es necesario incorporar en la legislación, políticas y programas en materia de cuidado los principios jurídicos de: i) universalidad, que implica que todas las personas tengan acceso al cuidado con la misma calidad; ii) corresponsabilidad, tanto social, al favorecer la participación equitativa de todos los actores del cuidado, como de género, para superar la injusta división sexual del trabajo; iii) promoción de la autonomía, tanto a nivel individual, promoviendo la toma de decisiones de las personas sobre sus trayectorias de vida, como una autonomía que permita el desarrollo de capacidades individuales y colectivas para que las personas continúen desempeñando su papel como agentes de cambio y transformación social; iv) solidaridad en el financiamiento, tanto desde un punto de vista socioeconómico como intergeneracional (ONU-Mujeres/CEPAL, 2022), y v) interdependencia, que implica que el derecho al cuidado no puede dissociarse del cumplimiento de los derechos humanos.

Por último, cabe destacar que en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se reconocen explícitamente los cuidados, en la meta 5.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, donde se establece: “Reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social, y promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país” (Naciones Unidas, 2015).

1. Acercamiento conceptual a los cuidados

El cuidado es una herramienta analítica que ha alcanzado un papel central en la discusión de los derechos humanos y las políticas de protección y de bienestar social, debido a que permite la comprensión, discusión y análisis de las desigualdades económicas y sociales, que afectan especialmente a las mujeres, así como las injusticias en el acceso real y efectivo al trabajo decente, a la salud, a la protección social y al medio ambiente.

Por otra parte, la CEPAL (2022a) resalta que, en la evolución de la discusión teórica sobre el cuidado, se ha logrado consolidar ideas que permiten comprender la multidimensionalidad y complejidad del concepto⁴. Cada forma de organización social de los cuidados apunta “a concepciones diferentes acerca de lo que es y debe ser la persona humana, lo que es y debe ser una vida humana valiosa” (Anderson, 2020, pág. 75). Por lo tanto, el cuidado es un proceso dinámico, heterogéneo e históricamente situado que se experimenta a lo largo del curso de la vida de las personas y de los colectivos y que les permite vivir con bienestar, hacer uso de las capacidades humanas y habilidades con las que cuentan y disfrutar de la naturaleza (Vivaldo-Martínez y Martínez, 2022).

La economía feminista ha mostrado que, en las sociedades capitalistas, la provisión de bienestar, incluidos los cuidados (véase el recuadro VI.1), es parte del sector de la reproducción social que en gran medida ha quedado relegado al ámbito de los hogares, y dentro de estos especialmente a las mujeres, debido a la injusta división sexual de trabajo persistente (Carrasco, Borderías y Torns, 2011; Pérez Orozco, 2019). Desde esta perspectiva, el trabajo de cuidados es una actividad central para la reproducción de la fuerza laboral y de la vida en general. Sin embargo, carece de reconocimiento social y económico y ha sido delegado en las mujeres como un mandato social y obligación moral, sin remuneración, lo que representa un subsidio a la producción y la acumulación del capital (CEPAL, 2010; Fraser, 2016). Además, la asignación social del trabajo de cuidados a las mujeres conlleva un elevado costo para sus vidas, ya que limita su inserción en el mercado laboral, obstaculiza su autonomía económica y personal, limita su desarrollo personal y su autocuidado, y contribuye a la feminización de la pobreza. El trabajo de cuidado implica actitudes, sentimientos y prácticas que entrañan un costo físico, emocional y económico, tanto para quien lo realiza como para quien lo recibe. Al utilizar el concepto de trabajo se evidencia que el cuidado es un elemento fundamental para el desarrollo y el bienestar, y para la sostenibilidad de la vida.

⁴ Destacan las ideas de Durán Heras (2000), quien señala que el cuidado apunta a garantizar el bienestar y el desarrollo y no únicamente la sobrevivencia; así como las de Tronto y Fisher (1990, citadas en Tronto, 2006, pág. 5) que, al definir este concepto, enfatizan que el cuidado mantiene, continúa y “repara” el mundo, que la construcción de redes para el sostenimiento de la vida es necesaria, y que los cuidados incluyen nuestros cuerpos, nuestro ser y nuestro medio ambiente, de modo que podamos vivir en el mundo lo mejor posible.

Recuadro VI.1**El trabajo de cuidado y las personas cuidadoras**

Los estereotipos tradicionales sobre la división sexual del trabajo y las normas formales e informales con que opera el mercado laboral están en la base de la desigual inserción de hombres y mujeres en el mercado laboral y en el trabajo de cuidados (CEPAL, 2022). A continuación, se examina cómo inciden las reglas del mercado en la estructuración económica de cuidados no remunerada dentro de los hogares y remunerada en dos ámbitos: los hogares y la salud.

Trabajo de cuidado no remunerado. Históricamente, el trabajo de cuidados no remunerado realizado en el seno de los hogares ha sido delegado en las mujeres como una obligación moral. Se calcula que las mujeres de la región destinan en promedio entre 22 y 42 horas semanales al trabajo de cuidados no remunerado, mientras que los varones solo dedican una tercera parte de este tiempo (CEPAL, 2022). En la base de esta desigual distribución del trabajo de cuidados no remunerado en los hogares se encuentra la institucionalidad y la normatividad con que opera el mercado laboral, partiendo de un conjunto de presupuestos que incluyen: la separación natural del ámbito de la producción y de la reproducción social; la idea de que se puede disponer de la totalidad del tiempo de los trabajadores sin considerar sus necesidades de autocuidado o sus responsabilidades de cuidado, muchas veces sin respetar las jornadas laborales establecidas por ley, y que la familia patriarcal es la responsable central de la reproducción social y, dentro de ella, las mujeres son las cuidadoras por naturaleza (CEPAL, 2022).

Además, en la región, el mercado laboral es altamente excluyente, lo que ha dado lugar a una alta prevalencia de trabajo informal y precario. Este requiere jornadas de trabajo más largas para conseguir la subsistencia del núcleo familiar, por lo que se dispone de menos tiempo para dedicar al trabajo de cuidados. Por otra parte, las restricciones del acceso a la protección social, la salud o a servicios de cuidados en el mercado, hace que la carga de cuidados de estos hogares sea más elevada.

Con respecto a la normatividad, las licencias de maternidad tienen el propósito de garantizar los derechos laborales de las mujeres y 17 países de la región han establecido el derecho a una licencia posnatal para los hombres o licencia de paternidad remunerada. Sin embargo, el período que establecen es muy corto, ya que va de 2 a 14 días. Las licencias parentales que se extienden a madres o padres después de la licencia de maternidad solo se encuentran vigentes en cuatro países de la región (Chile, Cuba, Colombia y Uruguay). Estos derechos solo se garantizan a trabajadores formales y, además, no contemplan permisos para el cuidado por motivos de enfermedad o para personas dependientes mayores de edad; además, las licencias parentales suelen tener una tasa de utilización muy baja debido a resistencias culturales (CEPAL, 2022).

Trabajo de cuidados remunerado. Los diferentes ámbitos de trabajo de cuidado remunerado se encuentran altamente feminizados y requieren habilidades y conocimientos que no siempre se valoran, ni económica ni socialmente. Al respecto, se calcula que "las mujeres representan el 72,6%, el 69,6% y el 90,7% de la población ocupada en los sectores de la salud, la educación y el trabajo doméstico remunerado, respectivamente" (CEPAL, 2022, pág. 112). En consecuencia, una forma de cerrar las brechas de género en el mercado laboral es impulsar mejores condiciones laborales en estos sectores, además de reconocerlos como sectores centrales para dinamizar la economía.

Trabajo de cuidados remunerado en el hogar. El trabajo de cuidados remunerado que se desempeña en el seno de los hogares recae casi en su totalidad en las mujeres y continúa siendo devaluado económica y socialmente. Se calcula que el 9,8% de las mujeres ocupadas en la región se desempeñan como trabajadoras domésticas remuneradas. Entre ellas persiste una alta proporción de mujeres pobres, indígenas, afrodescendientes y migrantes (CEPAL, 2022). Este tipo de empleo suele ser informal, con los salarios más bajos en la escala salarial. Se calcula que el 76% de estas trabajadoras no cuentan con cobertura previsional. Por lo tanto, es necesaria la intervención estatal para mejorar la legislación en la materia y supervisar su cumplimiento.

Al respecto, el Convenio sobre las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos, 2011 (núm. 189) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), firmado por 18 países de la región, ha impulsado la elaboración de legislación a nivel estatal para la protección de los derechos de las trabajadoras del sector. Entre esos derechos se incluyen: tener un contrato de trabajo escrito que especifique las condiciones laborales, el acceso a la protección social, una jornada laboral igual a la estipulada para otros trabajos en general y el derecho a un salario mínimo digno.

Trabajo de cuidados en la salud. En la región, una parte importante de los cuidados relacionados con la salud es asumida por los propios hogares, ya sea mediante los servicios privados que pueden pagar los hogares de mayores ingresos o a través de arreglos familiares y comunitarios no remunerados, principalmente a cargo de mujeres, a los que recurren los hogares con menores ingresos. Se calcula que el trabajo de cuidados en salud que realizan las mujeres en el mundo equivale al 5% del PIB. Sin embargo, la mitad de estas labores se realizan sin remuneración ni reconocimiento (CEPAL, 2022).

En los cuidados remunerados relacionados con la salud, el sector se encuentra feminizado, ya que las mujeres representan el 72,6% de las personas trabajadoras en este ámbito. Sin embargo, persiste una brecha salarial del 39,2% con respecto a los hombres (CEPAL, 2022). Además, los hombres suelen ocupar los puestos de dirección y de mayor profesionalización, mientras que las mujeres se concentran en los grupos de profesionalización media o baja y aún persisten trabajadoras que laboran a domicilio, de manera informal y precaria.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de CEPAL, *La sociedad del cuidado: horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género* (LC/CRM.15/3), Santiago, 2022; y Organización Internacional del Trabajo (OIT), "Convenio sobre las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos, 2011 (núm. 189)", 2011 [en línea] https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C189.

2. Avances legislativos en materia de cuidado

Las políticas de cuidado abarcan las acciones públicas referidas a la organización social y económica del trabajo destinado a garantizar el bienestar físico y emocional cotidiano de las personas que tienen algún nivel de dependencia. Existen grandes desafíos legislativos para lograr reducir las brechas que impiden avanzar hacia una organización social del cuidado en la región de manera equitativa: falta de legislación sobre igualdad salarial; presencia de leyes, reglamentos y normas que restringen la libertad de elección de empleo de las mujeres y promueven la segregación ocupacional; falta de legislación sobre el reconocimiento y necesidad de redistribución del trabajo doméstico y de cuidados no remunerados, y falta de regulación y protección del trabajo doméstico y de legislación para prevenir la discriminación por sexo en las coberturas de pensiones (ONU-Mujeres/SEGIB, 2020).

El derecho al cuidado se ha incorporado en las constituciones de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Ecuador, la República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de), en las que se reconoce tanto el trabajo doméstico como el de cuidados. Asimismo, en años recientes se han realizado importantes avances legislativos en la región en materia de cuidados. Por ejemplo, el Uruguay cuenta, desde 2015, con una ley que permitió la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (Güezmes García y Vaeza, 2022; Scuro, Alemany y R. Coello Cremades, 2022).

De acuerdo con los datos incluidos en los informes nacionales, los Gobiernos de la región han avanzado en la promulgación de leyes y decretos que dan sustento jurídico a la creación de sistemas integrales de cuidados; legislan en torno a la igualdad sustantiva entre hombres y mujeres; garantizan o amplían los derechos de las personas dedicadas al trabajo doméstico y de cuidados; buscan explícitamente una modificación en la organización social de los cuidados; regulan el fortalecimiento de fuentes de información estadística sobre cuidados, así como el uso del tiempo, y reconocen y protegen a las personas trabajadoras domésticas y de cuidados (véase el cuadro VI.1).

B. Las necesidades y el trabajo de cuidados en la región

En los estudios sobre cuidados se distinguen dos líneas principales de investigación sociodemográfica: una aborda la dependencia demográfica y otra, los cuidados no remunerados y el uso del tiempo que las personas dedican a esta actividad.

En el conjunto de América Latina y el Caribe, la tasa de dependencia demográfica, que se refiere a la relación entre el número de niños (0 a 14 años) y personas mayores (65 años y más) con el de personas en edad de trabajar (15 a 64 años), comenzó a descender en 1967 y seguirá haciéndolo hasta 2029. En 2020, había en la región 48,5 dependientes por cada 100 personas en edades económicamente activas. Esta tasa de dependencia —un indicador de la demanda potencial de cuidados— aún se explica principalmente por el tamaño del grupo de niños y niñas menores de 14 años. Aunque este grupo ha disminuido como consecuencia del descenso en el número de hijos por mujer en edad reproductiva, aún tiene valores altos respecto a la población de personas mayores (CEPAL, 2022b). No obstante, en 2020, en países como Chile, Cuba y el Uruguay, con una fase de transición demográfica avanzada, la relación de dependencia infantil y aquella de personas mayores presentan niveles relativamente cercanos, lo que implica una alta demanda de cuidados vinculado al envejecimiento (véase el gráfico VI.1).

Cuadro VI.1

América Latina y el Caribe (13 países): avances legislativos en materia de cuidados de las personas mayores y regulación del trabajo de cuidados, 2017-2022

País	Legislación	Año	Descripción
Argentina	Resolución núm. 309/2020	2020	Crea la Comisión Redactora de un Anteproyecto de Ley para un Sistema Integral de Cuidados con Perspectiva de Género.
	Decisión Administrativa núm. 1745/2020	2020	Crea la Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado en el ámbito del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, con el fin de diseñar una estrategia integral para la promoción de una organización social del cuidado más justa y con igualdad de género.
	Ley núm. 27555, Régimen Legal del Contrato de Teletrabajo	2020	Regula en el artículo 6 que las personas que trabajen en esta modalidad y que acrediten tener a su cargo, de manera única o compartida, el cuidado de personas menores de trece (13) años, personas con discapacidad o personas mayores que requieran asistencia específica, tendrán derecho a horarios compatibles con las tareas de cuidado a su cargo o a interrumpir la jornada.
	Ley núm. 27532	2019	Incluye en el Sistema Estadístico Nacional la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo. Define en su artículo 2º letra a), el concepto de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado.
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Decreto Supremo núm. 4589	2021	Regula el trabajo asalariado del hogar, referido a la afiliación de las trabajadoras o trabajadores asalariados del hogar ante la Caja Nacional de Salud.
	Ley núm. 977	2017	Establece la obligación de las instituciones públicas y privadas de insertar laboralmente a personas con discapacidad, así como a la madre o el padre, cónyuge, tutora o tutor que se encuentre a cargo de una o más personas con discapacidad menores de 18 años o con discapacidad grave y muy grave.
Brasil	Ley núm. 13982	2020	Establece parámetros adicionales para caracterizar la situación de vulnerabilidad social y establece medidas excepcionales de protección social en caso de personas en estado de dependencia durante el período de afectación por el coronavirus.
	Enmienda Constitucional núm. 103	2019	Establece un régimen especial en la seguridad social de las trabajadoras y los trabajadores que se dediquen exclusivamente al trabajo doméstico dentro de sus hogares, siempre que sean miembros de familias de bajos ingresos, garantizándoles el acceso a prestaciones iguales a un salario mínimo.
	Decreto Legislativo núm. 172	2017	Aprueba los textos del Convenio sobre las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos, 2011 (núm. 189) y la Recomendación sobre Convenio sobre las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos, 2011 (núm. 201), de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).
Chile	Ley núm. 21380	2021	Incorpora a los cuidadores y cuidadoras de personas como titulares del derecho a ser atendidos preferente y oportunamente por cualquier prestador de acciones de salud.
	Ley núm. 21375	2021	Consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves a una adecuada atención de salud.
	Resolución del 8 de marzo de 2021	2021	El Servicio Electoral de Chile (SERVEL) establece que las candidatas y candidatos podrán reembolsar como gasto de campaña lo que deban destinar a pagar por el cuidado de sus hijos, personas dependientes y adultos mayores a su cargo, mientras realizan labores de campaña.
	Ley núm. 21269	2020	Incorpora a los trabajadores de casa particular al seguro de desempleo de la Ley núm. 19728, con financiamiento de un 3,0% de las remuneraciones con cargo del empleador, sin distinguir la duración del contrato.
Colombia	Ley núm. 1788	2016	Garantiza el acceso en condiciones de universalidad al derecho prestacional de pago de prima de servicios para los trabajadores y trabajadoras domésticos.
Costa Rica	Decreto núm. 42878-MP-MDHIS	2021	Hace oficial y declara de interés público la Política Nacional de Cuidados 2021-2031 y su Plan de Acción 2021-2023, para la implementación progresiva de un sistema de promoción de la autonomía, apoyo a los cuidados y atención a la población en situación de dependencia.
Cuba	Ley núm. 156/2022 Código de las Familias	2021	Estipula regular los derechos de las personas a la igualdad plena entre mujeres y hombres, a la distribución equitativa del tiempo destinado al trabajo doméstico y de cuidado entre todos los miembros de la familia, sin sobrecargas para ninguno de ellos. Reconoce la valoración económica del trabajo doméstico y de cuidado. Reconoce el valor de las contribuciones indirectas, incluidas las de carácter no financiero, en la adquisición de los bienes acumulados durante el matrimonio, por lo que el trabajo doméstico y de cuidado es computable como contribución a las cargas. En su artículo 8 el Código hace un explícito reconocimiento de la importancia de abuelas y abuelos en el trabajo de cuidado. El artículo 210 establece que ambos cónyuges tienen la corresponsabilidad en el deber de cuidar la familia que han creado y contribuir con la satisfacción de sus necesidades afectivas y espirituales. Por otra parte, el cónyuge que se ha dedicado al trabajo doméstico y de cuidado tiene derecho a una compensación económica que resarza la desventajosa situación patrimonial en que queda tras el divorcio por no haber realizado actividad remunerada o lucrativa durante el matrimonio (art. 276). El artículo 418 establece los derechos de la persona cuidadora familiar, entre ellos, a desempeñarse de forma tal que permita su proyecto de vida personal, familiar y social.
	Decreto Ley núm. 56/21 "De la maternidad de la trabajadora y la responsabilidad de las familias"	2021	Establece regulaciones relativas a la maternidad y otorga una prestación monetaria a la madre o al padre con hijos enfermos o a la abuela o abuelo a quien se encargue su cuidado; concede el derecho a disfrutar de la prestación social a los abuelos, al cuidado de un menor, cuya madre sea estudiante.
Honduras	Decreto Ejecutivo núm. PCM-005-2021	2021	Aprueba la Política Nacional de Envejecimiento y del Adulto Mayor 2021-2050, que establece la concurrencia y responsabilidad compartida de los sectores públicos y sociales, el Estado, la familia y la propia población de personas mayores, para el desarrollo de la política para el envejecimiento. Además, propone fomentar el cuidado de las personas mayores en el entorno familiar, como institución natural encargada de la atención integral de todos sus miembros.
México	Acuerdo por el que se modifican los lineamientos para la operación del Programa de Apoyo Financiero a Microempresas Familiares	2020	Incorpora a las trabajadoras del hogar como beneficiarias de la modalidad Apoyo Solidario a la Palabra, que forma parte del Programa de Apoyo Financiero para Microempresas Familiares y que otorga un apoyo financiero por 25.000 pesos.
	Ley Federal del Trabajo	2019	Incluye reformas de la regulación del trabajo doméstico, consagra una definición legal de trabajadores del hogar en la que se incluye a quienes realizan tareas de cuidados. Regula las obligaciones del empleador, entre las que se añade la de inscribir a la parte trabajadora en el Instituto Mexicano del Seguro Social y pagar las cuotas correspondientes conforme a las normas aplicables en la materia.
Panamá	Decreto Ejecutivo núm. 424	2019	Fija el salario mínimo mensual del trabajo doméstico para los distritos del país.

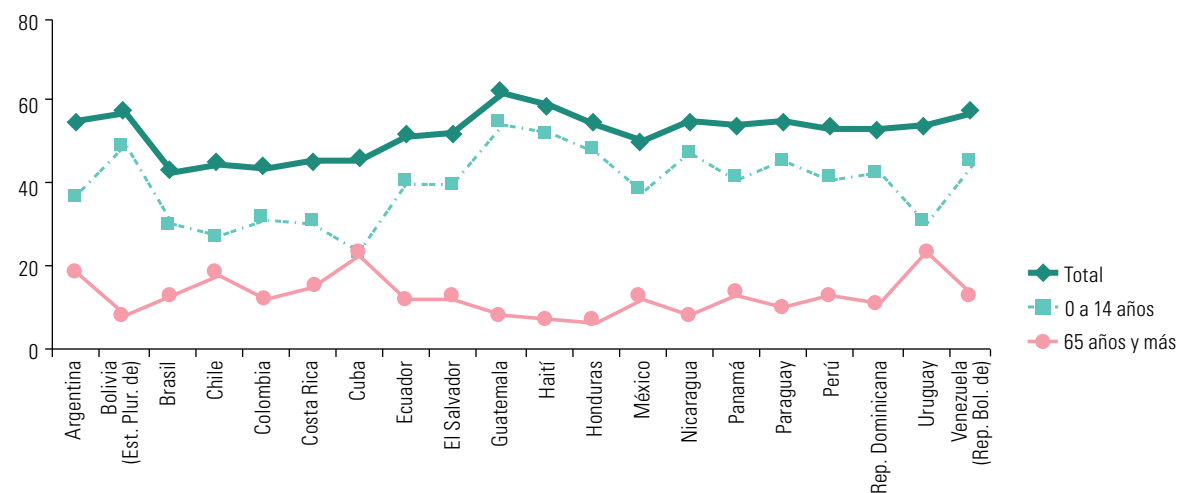
País	Legislación	Año	Descripción
Perú	Resolución Ministerial núm. 170-2021-MIMP	2021	Aprueba el documento técnico “Marco Conceptual sobre Cuidados” donde se definen los principales elementos para la toma de decisiones en la implementación de un sistema nacional de cuidados con enfoque de género, derechos humanos, interculturalidad, interseccionalidad, intergeneracionalidad, de curso de vida, de discapacidad y gerontológico para las personas que requieren cuidados y sus cuidadores, considerando la superación de la actual división sexual del trabajo, en un contexto en el que Estado, mercado, comunidad y familia contribuyan activamente, con una lógica de corresponsabilidad.
	Decreto Supremo núm. 007-2021-MIMP	2021	Aprueba la Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo al 2030, que busca implementar el modelo de cuidado integral de salud de la población con discapacidad por curso de vida, al asegurar el acceso y cobertura de servicios integrales de salud para las personas con discapacidad.
	Decreto Supremo núm. 006-2021-MIMP	2021	Aprueba la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030, que busca garantizar el derecho al cuidado y buen trato para una convivencia sin discriminación de las personas adultas mayores.
	Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley núm. 31.047	2021	Regula el trabajo del hogar remunerado en el marco de lo dispuesto por la Ley de las Trabajadoras y Trabajadores del Hogar (Ley núm. 31047). También crea el Registro del Trabajo del Hogar.
	Decreto Supremo núm. 008-2019-MIMP	2019	Aprueba la Política Nacional de Igualdad de Género que establece como meta hacia el año 2030 la implementación del Sistema Nacional de Cuidado con enfoque de género para personas en situación de dependencia.
	Decreto Legislativo núm. 1408	2018	Fortalece las obligaciones del Estado hacia las familias. En el artículo 8 promueve las responsabilidades familiares compartidas entre los integrantes de las familias, en términos de igualdad de género y el respeto a los derechos humanos. Promueve el cuidado, especialmente dirigido a las niñas, niños, adolescentes, gestantes, personas adultas mayores, con enfermedades crónicas y/o terminales y personas con discapacidad en situación de dependencia. En coordinación con el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y los tres niveles de gobierno, impulsa normas, estrategias, servicios (cuidado diurno, vespertino, comunitario, lactarios u otros) y acciones dirigidas a conciliar la vida familiar y el trabajo (artículo 10).
Uruguay	Ley núm. 19.978	2021	Ley de Teletrabajo. Reconoce el teletrabajo como una modalidad necesaria para la generación de empleo y en particular para el acceso a puestos de trabajo de personas con responsabilidades familiares, personas con discapacidad o de quien ellos dependan o a cuyo cuidado estén.
	Resolución núm. 134/021	2021	Resolución que crea un régimen especial de subsidio por desempleo, que comprenderá a los trabajadores del servicio doméstico incluidos en el ámbito subjetivo del Decreto Ley núm. 15180.
Venezuela (República Bolivariana de)	Ley del Sistema de Cuidados para la Vida	2021	Reconoce los cuidados para la vida como actividades indispensables para el desarrollo humano, que crean valor agregado, generan calidad de vida y bienestar social. Busca la implementación de políticas, planes, programas y medidas que garanticen atención y acompañamiento integral a las personas cuidadoras y a las personas sujetas de cuidados, para que alcancen mayores niveles de autonomía, bienestar e integración social.
	Ley Orgánica para la Atención y Desarrollo Integral de las Personas Adultos Mayores	2021	Esta Ley tiene por objeto garantizar el respeto a la dignidad humana de las personas adultas mayores y el pleno ejercicio de sus derechos y garantías, así como el cumplimiento de sus deberes y responsabilidades. Señala que el Estado promoverá la formación de cuidadoras y cuidadores de personas mayores para la atención domiciliaria, mediante programas educativos donde participen las familias y las comunidades. Además, se busca propiciar la conformación de redes de cuidadoras y cuidadores con participación de profesionales especializados en esta área, en conjunto con el personal del centro de salud cercano a la residencia de dichas personas.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, “Leyes de cuidado”, 2022 [en línea] <https://oig.cepal.org/es/leyes/leyes-de-cuidado>.

Gráfico VI.1

América Latina (20 países): relación de dependencia demográfica por grupos de edad, 2020

(En porcentajes)

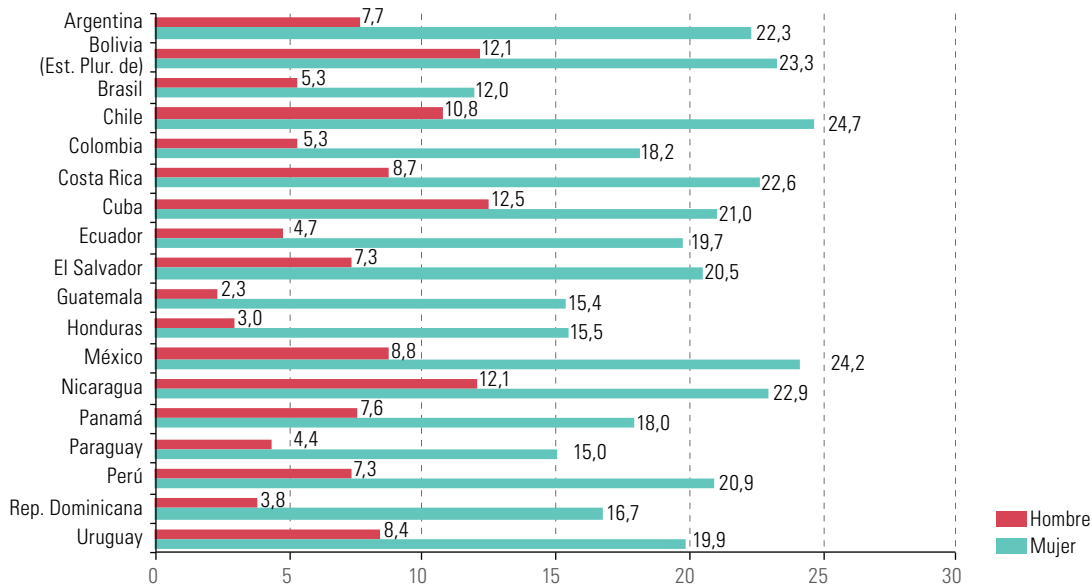


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre la base de CEPALSTAT [base de datos en línea] <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat> [fecha de consulta: 20 de septiembre de 2022].

El tiempo dedicado al trabajo no remunerado doméstico y de cuidado (indicador 5.4.1 de seguimiento de los ODS⁵) puede desagregarse por sexo, lo que permite comparar el tiempo que las mujeres y los hombres dedican en promedio a realizar servicios domésticos para el consumo de los hogares, en cuyo caso se observan grandes disparidades de género. Chile (2015), México (2019) y Bolivia (Estado Plurinacional de) (2001) son los países donde las mujeres dedican un mayor porcentaje de su tiempo (alrededor del 25%) a la realización de quehaceres domésticos y cuidados no remunerados. En cuanto a la brecha que existe entre hombres y mujeres, en Bolivia (Estado Plurinacional de) y Chile, el porcentaje de tiempo invertido por parte de las mujeres fue aproximadamente el doble con respecto al de los hombres; en el caso de la Argentina, El Salvador y México, casi el triple; en Colombia y el Ecuador, el cuádruple; hasta llegar a cinco veces mayor en Honduras y siete veces mayor en Guatemala (véase el gráfico VI.2).

Gráfico VI.2

América Latina (18 países): proporción de tiempo promedio^a dedicado a quehaceres domésticos y de cuidados no remunerados, según sexo, último año disponible^b
(En porcentajes del total de tiempo semanal)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de CEPALSTAT [base de datos en línea] <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat> [fecha de consulta: 20 de septiembre de 2022].

^a Tiempo promedio = (tiempo dedicado al trabajo doméstico no remunerado para el hogar u otros hogares + tiempo dedicado al trabajo de cuidados para el hogar u otros hogares) / tiempo total semanal dedicado al trabajo remunerado y no remunerado, incluido el trabajo doméstico y de cuidado, de la población de 15 años y más.

^b Argentina (2021), Bolivia (Estado Plurinacional de) (2001), Brasil, (2019), Chile (2015), Colombia (2021), Costa Rica (2017), Cuba (2016), Ecuador (2012), El Salvador (2017), Guatemala (2019), Honduras (2009), México (2019), Nicaragua (1998), Panamá (2011), Paraguay (2016), Perú (2010), República Dominicana (2021) y Uruguay (2013).

C. Avances sobre los cuidados a partir del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento

En la Declaración Política de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento se indica que el Plan de Acción Internacional de Madrid reafirma los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad aprobados por la Asamblea General en 1991, entre los que se encuentran los cuidados. Este principio pone de relieve diferentes aristas que se deben tener en cuenta para que las personas mayores puedan disfrutar de los cuidados que proveen las familias, comunidades e instituciones públicas: los cuidados deben permitir a las personas mayores mantener o recuperar el bienestar físico, mental y emocional; asegurarles mayores niveles de autonomía, protección y rehabilitación, y proporcionarles estímulos sociales y mentales en entornos seguros y respetuosos de sus derechos humanos, libertades fundamentales y dignidad (Naciones Unidas, 1991).

⁵ En el indicador 5.4.1 (proporción de tiempo dedicado al trabajo doméstico y asistencial no remunerado, desglosada por sexo, edad y ubicación) se consideran las actividades relacionadas con los servicios domésticos no remunerados y los servicios de cuidado no remunerado que realizan los hogares para el consumo de su hogar u otros hogares. El trabajo doméstico y de cuidado incluye, entre otras actividades, las de preparación de alimentos, lavado de vajilla, limpieza y mantenimiento de la vivienda, lavado y planchado de ropa, jardinería, cuidado de mascotas, compras para el hogar, instalación, mantenimiento y reparación de bienes personales y de uso doméstico, así como cuidado de niños y niñas, enfermos y personas mayores o personas con discapacidad.

En la introducción del Plan se menciona el cuidado como uno de los temas centrales vinculados con sus metas, objetivos y contenidos. Se pone de relieve su transversalidad al relacionarlo con la protección social, la salud y el apoyo social (Naciones Unidas, 2002). Dentro del Plan, el cuidado aparece de manera central en sus tres orientaciones prioritarias.

En la orientación prioritaria I, las personas de edad y el desarrollo, se plantea de manera explícita la necesidad de reconocer los importantes aportes que realizan las personas mayores, sobre todo las mujeres. Estos aportes no se miden en términos económicos, pero contribuyen a la preparación de la fuerza laboral futura y benefician a personas de todas las edades, como sucede con los cuidados que estas personas proporcionan a los miembros de la familia, con énfasis en el cuidado de los nietos y nietas y de la comunidad. También se destaca la importancia que tiene la prestación de servicios que realizan las personas mayores en situación de desastre o emergencia humanitaria, no solo para el cuidado de las personas, sino también del entorno físico.

En la orientación prioritaria II, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, se centra la atención en el cuidado de la salud física y mental y para la rehabilitación. Un aspecto muy relevante es que se propone el fortalecimiento de medidas y acciones para lograr que las familias y las comunidades tengan las condiciones necesarias para proporcionar cuidados y protección a las personas a medida que envejecen. Entre las estrategias propuestas se encuentra la formación de profesionales de la salud que puedan fomentar prácticas saludables de cuidado y autocuidado, de las propias personas mayores y de la comunidad, así como la capacitación de las personas que prestan servicios de cuidado de manera no profesional. Además, se promueve el desarrollo y fortalecimiento de infraestructura y servicios de cuidado que se adapten a las necesidades de salud de las personas mayores. Esta orientación prioritaria reconoce necesidades específicas de formación y apoyo para las personas que cuidan y que requieren cuidados. Se hace referencia a la enfermedad de VIH, las personas con enfermedades terminales o crónicas, demencias, enfermedades mentales y discapacidades.

La orientación prioritaria III, creación de un entorno propicio y favorable, también incluye el cuidado. Se destaca la importancia de fortalecer las capacidades de las comunidades y las familias que proporcionan apoyo no estructurado a personas mayores que viven solas o que necesitan cuidados. La finalidad es promover el envejecimiento en los lugares de origen, pero también redistribuir equitativamente las responsabilidades de los cuidados entre hombres y mujeres. Se resalta el importante papel del Estado en la implementación de medidas de protección social que permitan lograr una mejor conciliación de la vida laboral y familiar, y que reconozcan y protejan a las mujeres mayores que realizan trabajo de cuidados, tanto desde el punto de vista económico como en materia de salud y asistencia psicológica.

El Plan fue pionero en el sentido de que hacía hincapié en aspectos del cuidado que se han retomado en las últimas dos décadas. Tal es el caso de la perspectiva de curso de vida, en que se reconoce que el cuidado ocurre y es necesario en todas y cada una de las etapas de la vida y que las personas requieren cuidados no por el hecho de vivir en una condición de dependencia, sino por ser interdependientes, lo que es una característica humana.

También se pusieron en evidencia las diferentes formas de desigualdad que se interseccionan durante el envejecimiento y que determinan las posibilidades de acceso a servicios de cuidado —que, por ejemplo, varían según los territorios y son menores en las áreas rurales—, así como las posibilidades de decidir con libertad si las personas quieren o no realizar trabajo de cuidados. En el Plan se han resaltado de manera enfática las condiciones en que viven las personas mayores que tienen la responsabilidad del cuidado de niñas, niños y adolescentes, y de personas con enfermedades crónicas, enfermedades mentales o VIH. También se pone de relieve la importancia de visibilizar las aportaciones que el trabajo de cuidados no remunerado representa en términos económicos.

Además, el Plan ha visibilizado la diversidad de formas de cuidado que requieren las personas mayores de acuerdo al grado de dependencia y necesidades y la urgencia de fortalecer los servicios de cuidado institucionales. En el ámbito de las comunidades se promueve la participación de las organizaciones de la sociedad civil, pero también de la propia comunidad.

1. Políticas y programas en materia de cuidados

Al dar seguimiento al Plan de Acción Internacional de Madrid, los países de la región han adoptado compromisos que fundamentan sus recientes modificaciones e innovaciones legislativas, así como sus políticas, programas y acciones en materia de cuidado. Un ejemplo de ello es el Compromiso de Buenos Aires (2022), aprobado en el

marco de la XV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, en el cual los países acordaron adoptar marcos normativos, políticas, programas y sistemas integrales de cuidado desde las perspectivas de género, interseccionalidad, interculturalidad y derechos humanos.

En este período de evaluación del Plan, los informes nacionales informan de avances en: i) el diseño de políticas y programas de carácter nacional sobre cuidado; ii) esfuerzos encaminados a lograr un cambio cultural que favorezca el reconocimiento, la revalorización y redistribución del trabajo de cuidados; iii) acciones dirigidas a la modificación de la actual e injusta organización social del cuidado, y iv) el establecimiento de mecanismos que permitan recabar datos estadísticos, recopilar y difundir información que de fundamento a la toma de decisiones sobre el cuidado, tanto a nivel de gobierno como de las familias y las personas que cuidan o requieren cuidados.

a) Políticas nacionales para la protección del derecho al cuidado

En el Brasil, se encuentra en proceso de elaboración una política nacional de apoyo a cuidadores y cuidadoras familiares de personas en situación de dependencia. Esta tarea se ha encomendado a un grupo de trabajo que formulará una propuesta de apoyo mediante prestaciones económicas, de seguridad social y laborales, además de medidas relacionadas con el tiempo de descanso.

En Colombia, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, el Gobierno estableció el objetivo de desarrollar una política pública de cuidados de carácter interinstitucional y centrada tanto en las personas que requieren cuidados como en las que realizan trabajo de cuidado remunerado y no remunerado. Como parte de este proceso se realizó un estudio de diagnóstico denominado “Tiempo de cuidados: las cifras de la desigualdad” y se conformó, en 2021, una comisión para el diseño de la política, que se debería articular con las establecidas en los gobiernos locales, entre las que destaca el Sistema Distrital de Cuidado de Bogotá (Bango y Piñeiro, 2022).

Desde 2013 el Gobierno de Chile está implementando el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC), que tiene como misión acompañar, promover y apoyar a las personas dependientes y a su red de apoyo. Integra acciones en el ámbito del hogar, la comunidad o las instituciones públicas o privadas que proveen servicios de cuidados, teniendo en cuenta las características y necesidades específicas de las personas dependientes, sus cuidadores y sus hogares. Entre su población objetivo se encuentran personas mayores con dependencia leve, moderada o severa y sus cuidadores, con miras a prevenir la progresión de la dependencia y promover la autonomía y corresponsabilidad en el cuidado de las personas, así como mitigar la carga de trabajo de las personas cuidadoras y su red de apoyo.

En Costa Rica se ha aprobado mediante decreto la Política Nacional de Cuidados 2021-2031 que tiene la finalidad de implementar progresivamente un sistema de atención a las personas en situación de dependencia, sobre todo las personas mayores, con discapacidad y con enfermedades crónicas que requieren apoyo para la realización de actividades diarias. Se busca ampliar la cobertura de prestaciones ya existentes e incorporar nuevas modalidades de servicio como los de teleasistencia y cuidado domiciliario, mejorar las residencias de larga estadía y fortalecer la Red Nacional de Cuido de niñas, niños y personas mayores (MDHIS, 2020).

En el Ecuador, el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021: Toda una Vida, señala como una de sus políticas “fortalecer el sistema de inclusión y equidad social, protección integral, protección especial, atención integral y el sistema de cuidados durante el ciclo de vida de las personas, con énfasis en los grupos de atención prioritaria, considerando los contextos territoriales y la diversidad sociocultural” y “garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural” (SENPLADES, 2017, pág. 58). En el marco de este Plan se ha apoyado el fortalecimiento de la política de cuidados del Ministerio de Inclusión Económica y Social.

En 2016, en El Salvador comenzó la construcción de una ruta estratégica tendiente al desarrollo de una política nacional de corresponsabilidad de los cuidados. La propuesta consistió en buscar una reorganización de los cuidados con miras a “visibilizar, reorganizar y valorizar los cuidados de la vida, concentrados tradicionalmente en las familias y, al interior de estas, en las mujeres. Esta reorganización implica involucrar por una parte a los hombres, tanto en el cuidado de terceras personas, como en su autocuidado, y, por otra parte, a instituciones distintas a la familia, principalmente al Estado y al mercado laboral, incluyendo a sus respectivos actores como empresas y organizaciones laborales” (MJSP, 2018, pág. 36). De acuerdo con Bango y Piñeiro (2022), esta política se encuentra actualmente en proceso de validación.

En Guatemala, en 2020, se creó la Coalición Nacional para el Empoderamiento Económico de las Mujeres (CNEEM) con el objetivo de elaborar un diagnóstico sobre la situación de las mujeres, teniendo en cuenta los ejes de generación de oportunidades económicas, educación para el trabajo y creación de un sistema de atención integral. De este último se desprendió una propuesta de política nacional de cuidado que se encuentra en proceso de elaboración (ONU-Mujeres, 2022).

En México, destaca el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (PROIGUALDAD) 2020-2024, que tiene como objetivo prioritario “generar las condiciones para reconocer, reducir y redistribuir los trabajos domésticos y de cuidados de las personas entre las familias, el Estado, la comunidad y el sector privado” (INMUJERES, 2020). Este programa sustenta y fortalece la iniciativa para impulsar la creación de un sistema nacional de cuidados cuya legislación se encuentra en el Senado de la República.

En el Paraguay se está elaborando una política de cuidados para el Ministerio de la Mujer a partir del trabajo de un grupo interinstitucional que busca avanzar en la creación de un sistema nacional de cuidados (GIPC, 2015).

En el Uruguay, como parte de la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, en 2021 se publicó el Plan Nacional de Cuidados 2021-2025 que tenía como objetivo “sostener y profundizar el desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Cuidados según la ley n.º 19.924 del año 2020, en base a lo que expresa la ley n.º 19.353 del año 2015, en la cual se estableció la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados” (SNCD, 2021). Este documento busca mejorar los servicios y programas sobre cuidado y realizar acciones que pongan en el centro a la persona y sus derechos humanos, con la finalidad de favorecer la autonomía. Busca ampliar el acceso a cuidados de calidad para los distintos niveles de dependencia, en domicilio, institucionales y a distancia, en un marco de corresponsabilidad y equidad, con el fin de avanzar en el Registro Nacional de Cuidados.

b) Programas dirigidos a favorecer el cambio cultural sobre los cuidados

En la Argentina, la campaña nacional “Cuidar en igualdad”⁶ tiene el objetivo de recuperar conceptualizaciones, saberes, conocimientos y dinámicas organizativas preexistentes en torno a los cuidados, promover una mayor conciencia y corresponsabilidad colectiva sobre el derecho a cuidar y a recibir cuidados, y detectar necesidades y prioridades que nutran la formulación de políticas públicas. La campaña tiene cobertura nacional y un abordaje integral, federal y con enfoque de derechos, género y diversidad. Además, se construyó la plataforma Calculadora del Cuidado (2021), que busca generar conciencia en torno al esfuerzo en tiempo y dinero que supone el tiempo destinado al cuidado no remunerado, en particular para las mujeres y las personas que representan diversidades⁷.

En el Perú se ha implementado la Red de Soporte para el Adulto Mayor con Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa (Amachay) con el objetivo de contribuir a mejorar las políticas de cuidado en el país y a generar un cambio social, en el que la prevención y la protección son elementos esenciales. Es una intervención intersectorial e intergubernamental, que permite avanzar hacia políticas de cuidados más integrales (EUROSociAL, 2021).

c) Programas enfocados en la modificación de la organización social del cuidado

De la campaña “Cuidar en igualdad” que lleva a cabo el Gobierno de la Argentina se desprende una estrategia comunitaria denominada Parlamentos Territoriales de Cuidado que convoca a integrantes de organizaciones sociales, políticas y feministas, instituciones privadas y públicas, académicas y referentes culturales, entre otros, para favorecer el intercambio de experiencias y estrategias locales sobre los cuidados y la organización social del cuidado, recoger necesidades y demandas locales y proponer y priorizar acciones⁸.

En el Estado Plurinacional de Bolivia, la Plataforma Nacional de Corresponsabilidad Social y Pública del Cuidado (2019) busca promover la cooperación con organizaciones con el fin de conectar agendas y fortalecer acciones conjuntas con organizaciones de mujeres e instituciones con iniciativas y disponibilidad de trabajo colaborativo en el marco de la economía del cuidado. También promueve las iniciativas colectivas que contribuyan a consolidar propuestas en el ámbito del cuidado y realizar acciones de transformación para lograr una nueva organización

⁶ Véase Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (s.f.).

⁷ Véase [en línea] <https://www.argentina.gob.ar/economia/igualdadygenero/calculadora-del-cuidado>.

⁸ Véase [en línea] <https://www.argentina.gob.ar/generos/cuidados/camp-nac-cuidar-en-igualdad>.

social del cuidado, visibilizar y evidenciar la injusta división sexual del trabajo patriarcal e impulsar la participación responsable de hombres, mujeres, personas que representan la diversidad sexual y pueblos indígenas, originarios y campesinos para lograr la corresponsabilidad social y pública del cuidado⁹.

En la República Dominicana, se implementa el programa piloto “Comunidades de cuidado”, que tiene el objetivo de garantizar los derechos de las personas que demandan cuidado y de las que cuidan. Se impulsa así la corresponsabilidad social y, al mismo tiempo, se pone en marcha la economía del cuidado, es decir, se aprovecha el potencial del cuidado como vector clave para la inversión social, la creación de nuevos empleos, la inserción laboral de las mujeres y la reactivación económica. Mediante las Comunidades de Cuidado se pondrá a prueba la implementación de un modelo participativo e intersectorial que trabaje con las distintas entidades públicas y privadas que están vinculadas a los cuidados en cada territorio. Se construirán de forma colectiva planes locales de cuidado con soluciones que den una mejor respuesta a las necesidades de cuidado de la población, aprovechando los activos con los que cuenta cada localidad. En las Comunidades de Cuidado se fortalecerán y ampliarán los servicios públicos para que las personas puedan cuidar y ser cuidadas dignamente, mediante una mayor corresponsabilidad por parte del Estado (MEPyD, 2021).

d) Políticas y programas para robustecer las fuentes de información estadística y de georreferenciación de servicios de cuidado

En la última década, los avances de los programas computacionales y la perspectiva territorial georreferenciada vinculada a la demografía han enriquecido los estudios sobre los servicios de cuidado, las condiciones de las viviendas de los hogares, así como las distancias que se recorren para desarrollar tareas de cuidado.

Para tener un mejor panorama de los cuidados en los países, es sumamente importante fomentar las encuestas sobre el envejecimiento, el uso del tiempo y los cuidados, así como mejorar los registros administrativos de servicios de cuidados de corto, mediano y largo plazo.

Un ejemplo de la articulación entre la generación de información y la planificación lo muestra la Argentina, que elaboró el Mapa Federal del Cuidado¹⁰ (2021), una plataforma tecnológica innovadora que busca desarrollar cinco capacidades estratégicas del Estado: i) la coordinación dentro del Estado; ii) la capacidad de generar información y articularla; iii) la planificación y evaluación de políticas públicas; iv) la dimensión de la ética, integridad y transparencia en la construcción de políticas públicas, y v) la articulación con otros actores sociales sin perder de vista la mirada estratégica del Estado, para evitar los procesos de captura de la decisión pública. Por su parte, Chile en 2022 ha implementado un registro nacional de personas cuidadoras como un módulo complementario del Registro Social de Hogares y busca avanzar en la identificación de todas las personas que dedican su tiempo a cuidar a otros y no son remuneradas. Las personas registradas tendrán una credencial que las identifique como cuidadoras y podrán acceder a atención preferente para la realización de algunos trámites.

2. Acciones en materia de cuidados a largo plazo, paliativos y de capacitación de personas cuidadoras

En este período de evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid, se destaca la referencia a dos tipos de cuidado vinculados a la dependencia física y mental, así como a los procesos de finitud de la vida. Por un lado, los cuidados a largo plazo adquieren una mayor visibilidad, antes de la pandemia de COVID-19 y durante esta. Por otro, el papel del cuidado paliativo retoma centralidad para dignificar la vida y la muerte ante la enfermedad terminal. Para llevar a cabo estas dos formas de cuidado especializado, es fundamental respaldar los derechos de las personas cuidadoras, fomentar su capacitación y actualización en gerontología, geriatría y tanatología, así como especializar al personal médico en cuidados paliativos farmacológicos y no farmacológicos.

a) Los cuidados a largo plazo

En el Plan de Acción Internacional de Madrid se menciona la importancia de mejorar la atención a largo plazo de las personas mayores, sobre todo de quienes viven con discapacidad, con enfermedades mentales o terminales.

⁹ Véase [en línea] <https://www.ciudadaniabolivia.org/es/node/915>.

¹⁰ Véase [en línea] <https://mapafederaldelcuidado.mingeneros.gob.ar/>.

Este tema se retomó en la “Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana”. En dicha Estrategia se instó a los Estados a que mejoren y respalden el bienestar de las personas en edad avanzada y a quienes cuidan de ellas, mediante una provisión adecuada y equitativa de servicios y de asistencia (OMS, 2016).

En América Latina y el Caribe, la prestación del cuidado a largo plazo ha ocurrido históricamente en el seno del hogar, aunque de forma desproporcionada por las mujeres. Dado que el cuidado a largo plazo presenta características diferentes al cuidado en general debido a su intensidad, especificidad de acciones y actividades, requerimientos de acompañamiento por parte de personal especializado y recursos económicos necesarios para proveerlo con dignidad, el acceso a este tipo de cuidado se encuentra limitado y entraña altos costos físicos, económicos y de desgaste emocional para quienes lo requieren y para quienes lo proveen.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cuidado a largo plazo de la manera siguiente:

“Los cuidados a largo plazo son parte integral de los sistemas sanitarios y sociales. Incluyen las actividades realizadas en beneficio de las personas que requieren cuidados por cuidadores informales (familiares, amigos y vecinos), cuidadores formales, como los profesionales y auxiliares (trabajadores sanitarios, sociales y de otro tipo), y cuidadores tradicionales y voluntarios. [...] El objetivo de los cuidados a largo plazo es lograr que una persona que no sea totalmente capaz de cuidar de sí misma a largo plazo pueda mantener la mejor calidad de vida posible, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana” (OMS, 2000).

Las personas que requieren cuidados a largo plazo son quienes no pueden “realizar actividades necesarias para la vida diaria sin la ayuda de otros por un periodo prolongado de tiempo” (OMS, 2015, citado en Cafagna y otros, 2019, pág. 5). Esto puede referirse a personas que tengan enfermedades crónicas (contagiosas o no contagiosas); alguna discapacidad; VIH/Sida; sensorialidad limitada, enfermedades mentales (incluida la depresión y la demencia) o inhabilitación por algún daño accidental; así como a las víctimas de desastres naturales o de otro tipo y las personas dependientes de ciertas sustancias (OMS, 2000).

La dependencia funcional de las personas mayores se relaciona con discapacidades, enfermedades no transmisibles y cualquier dependencia funcional, física y mental que deteriore la calidad de vida. En 2018, la dependencia funcional afectaba “al 12% de las personas de 60 años o más de nuestra región, y a casi el 27% de los que tienen 80 años o más” (Aranco y otros, 2018, citado en Cafagna y otros, 2019, pág. 5). Se ha estimado que en 2050 las personas mayores con dependencia funcional superarán el 3% del total de la población y entre el 14% y el 17 % de las personas mayores de 60 años (Cafagna y otros, 2019).

En América Latina y el Caribe, como efecto de la feminización del envejecimiento, las mujeres presentan mayores probabilidades de requerir cuidados a largo plazo que los hombres durante la vejez. Sin embargo, en comparación con los hombres, las mujeres encuentran mayores obstáculos para acceder a dichos cuidados, debido a que un segmento de ellas dedicó parte importante de su vida a prestar cuidados a sus familiares sin prestaciones ni remuneración alguna, o a que poseen ingresos y pensiones menores que los de los hombres. A su vez, los procesos de envejecimiento vinculados a distintas formas de desigualdad asociadas, además del género, al estrato social, raza, etnia, identidad sexogenérica, entre otras características, aumentan la prevalencia de dependencia funcional en la población y condicionan su acceso a cuidados a largo plazo y la calidad de estos (Holman y Walker, 2021).

En consecuencia, las políticas de cuidados a largo plazo deben tener en cuenta que los grupos sociales que enfrentan discriminaciones múltiples tienden a presentar mayores necesidades de cuidados a largo plazo y enfrentan mayores obstáculos para su acceso. En el caso de las personas mayores es necesario que las políticas de cuidados les ofrezcan una amplia gama de servicios que respondan adecuadamente a las necesidades específicas y garanticen el derecho al cuidado en condiciones de igualdad y no discriminación (CEPAL, 2009; OEA, 2015). Si bien es cierto que las necesidades de cuidados de larga duración no son exclusivas de las personas mayores o de las personas con enfermedades no transmisibles, las condiciones demográficas y epidemiológicas en la región han puesto de manifiesto la necesidad de establecer políticas dirigidas a este sector.

La construcción de sistemas y políticas de cuidado a largo plazo en la región es aún limitada en la mayoría de los países. Esto se debe fundamentalmente a: i) la variabilidad de las aproximaciones al concepto de dependencia; ii) la falta de recursos económicos para brindar asistencia sanitaria a quienes requieren cuidado a largo plazo; iii) la carencia de datos confiables y actualizados respecto a la población con necesidades de cuidado a largo

plazo, la infraestructura existente y requerida, sobre el personal calificado para hacer frente a este reto y sobre las personas cuidadoras familiares o no profesionales; iv) la construcción social del cuidado a largo plazo, que mantiene en muchos países una perspectiva “familista”; y v) la carencia de una perspectiva de derecho al cuidado.

Los informes nacionales han permitido conocer avances legislativos, pero también en la creación de infraestructura, que contribuyen a identificar, al mismo tiempo, los desafíos pendientes en materia de cuidados a largo plazo.

La Argentina informa de innovaciones en materia de cuidados a largo plazo, como los aportes del Mapa Federal de Cuidados, que permite ubicar la disponibilidad de instituciones de cuidado a largo plazo, sus amplios programas de capacitación y certificación para trabajadores y trabajadoras formales y no formales del cuidado, sus programas de atención domiciliaria y la implementación del Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios. El Reglamento para las Residencias de Larga Estadía para Personas Mayores (resolución 612/2015 de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social) constituye un modelo de regulación que se encuentra alineado con la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

En Chile, se informa de cinco acciones: i) la elaboración de Estándares de Calidad para Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (2016); ii) la implementación de protocolos para residencias de larga estadía financiados desde el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) (2017 a la fecha); iii) la elaboración de la “Guía ciudadana sobre derechos en establecimientos de larga estadía para adultos mayores: soy residente, tengo derechos” (2017); iv) el fortalecimiento del proceso de autorregulación (2019), que permite a las instituciones de cuidado a largo plazo hacer un monitoreo voluntario con base en sus propias instalaciones personas y recursos, con la finalidad de incorporar futuras mejoras, y v) el diagnóstico de establecimientos de larga estadía, en función del estándar de calidad de atención usuaria (2020).

Desde 2021 el Estado Plurinacional de Bolivia cuenta con un registro actualizado de instituciones de cuidado a largo plazo. En 2019 se aprobó el Protocolo de Intervención en Centros de Acogida de Larga Estadía para Personas Mayores y, en 2021, los estándares básicos para la atención a personas adultas mayores de centros de acogida de larga estadía. Por su parte, el Brasil también cuenta con un registro nacional de este tipo y, entre 2019 y 2020, invirtió un total de 4.366.891,89 reales en equiparlos para personas mayores. Colombia ha establecido un seguimiento a la prestación de los servicios de las instituciones de cuidado a largo plazo a cargo de las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales, en especial para salvaguardar los derechos de las personas usuarias a través del Ministerio Público representado por las Personerías Municipales, Procuradurías y Defensoría del Pueblo. De este modo se verifican las condiciones de las personas mayores beneficiarias de estos centros de atención. En el caso de Cuba, destaca el programa anual de mejora de infraestructura pública que permite la reparación y mantenimiento de dichas instituciones. México, el Paraguay y el Perú también señalan la actualización de los registros de instituciones de cuidado a largo plazo, así como estrategias de seguimiento de su funcionamiento. El Uruguay incorporó en este período a su legislación vigente las ordenanzas 483 de 2017 y 1032 de 2019 relacionadas con el consentimiento informado, el uso de la ficha de usuario y la definición de las carreras que habilitan al profesional del área social a ejercer ese cargo dentro ese tipo de institución, así como las condiciones en que se admite a una persona menor de 65 años.

De acuerdo con Quashie y Jones (2022), los países del Caribe informan de una oferta reducida de instituciones de cuidado a largo plazo, que además se enfrentan a limitaciones en cuanto a recursos humanos e infraestructura que les permitan prestar servicios de calidad. Aunque no todos los países cuentan con registros de esas instituciones, destaca el caso de las Bermudas, que las registra a través del Departamento de Servicios para el Envejecimiento y la Discapacidad y supervisa puntualmente el cumplimiento de la normatividad. Ante la baja oferta de cuidados institucionales, muchos Gobiernos caribeños han invertido en el desarrollo (o la mejora) de programas de atención domiciliaria que proporcionan cuidados de enfermería y asistencia a las personas mayores dependientes y entrega de comidas preparadas a las personas mayores en su domicilio. La Junta Nacional de Asistencia de Barbados lanzó recientemente el Programa de Acompañantes para el Cuidado de Personas Mayores, como complemento del Programa de Ayuda a Domicilio. El nuevo programa apoya a las personas mayores en actividades como cocinar, limpiar, lavar o bañarse, y se centra en el bienestar emocional y psicosocial, atendiendo la soledad y el aislamiento entre las personas mayores (Quashie y Jones, 2022).

Los informes nacionales reflejan que persisten importantes áreas de oportunidad en materia de cuidados a largo plazo, sobre todo en lo relativo a la consolidación de registros nacionales de instituciones de cuidado a largo plazo públicas, privadas y administradas por organizaciones de la sociedad civil. La Argentina, el Brasil y Chile informan

de interesantes estrategias relacionadas con el registro y el seguimiento de dichas instituciones. Sin duda, para la región, la carencia de registros nacionales actualizados impide la realización de un diagnóstico de la infraestructura, la calidad de los servicios y las capacidades de respuesta frente a emergencias como el COVID-19. Como se señala en Villalobos (2019), la asistencia sanitaria de larga duración es un tema importante para todos los países de la región, independientemente del grado de envejecimiento poblacional. Por ello, es importante avanzar en el próximo quinquenio en la preparación de los sistemas de salud y de seguridad social para atender estas crecientes necesidades.

b) Los cuidados paliativos

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, n.d.) señala que los cuidados paliativos son un componente central de los servicios de salud integrales para las enfermedades no transmisibles y que tienen el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan enfermedades graves mediante la prevención y alivio del sufrimiento. Además, están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud y requieren servicios de salud integrados, centrados en la persona, porque deben prestar especial atención a sus necesidades y preferencias (OPS, 2021).

En el *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020* (Pastrana y otros, 2021) se señala que en los últimos años se han registrado importantes avances en el desarrollo de cuidados paliativos en la región (véase el cuadro VI.2). En la actualidad se observa un crecimiento en el número de equipos de cuidados paliativos totales, con 2,6 equipos por cada millón de habitantes. Esta cifra continúa siendo insuficiente, además de que el 44,8% de dichos equipos y servicios funcionan en el ámbito hospitalario exclusivamente, el 30,3% son equipos mixtos y el 24,6% son exclusivos del primer nivel de atención. Además, ocho países de la región reconocen los cuidados paliativos como especialidad médica: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Paraguay y Venezuela (República Bolivariana de). Cinco países cuentan con una ley específica sobre la temática: Colombia (2010), Costa Rica (1998), Chile (2005), México (2009) y Perú (2018), y diez países cuentan con un programa nacional de cuidados paliativos (Pastrana y otros, 2021).

Cuadro VI.2

América Latina y el Caribe (17 países): provisión de cuidados paliativos en los ámbitos intra- y extrahospitalarios, julio 2017 a enero de 2018

	Equipos intrahospitalarios		Equipos extrahospitalarios	
	Total	Tasa por millón de habitantes	Total	Tasa por millón de habitantes
Argentina	443	9,91	60	1,34
Bolivia (Estado Plurinacional de)	11	0,98	12	1,07
Brasil	182	0,86	130	0,62
Chile	174	9,56	232	12,75
Colombia	59	1,19	39	0,79
Costa Rica	21	4,24	72	14,54
Ecuador	44	2,61	36	2,13
El Salvador	22	3,43	4	0,26
Guatemala	8	0,46	6	0,35
Honduras	3	0,32	6	0,64
México	91	0,70	79	0,60
Panamá	19	4,56	45	10,81
Paraguay	3	0,43	21	3,04
Perú	15	0,46	8	0,25
República Dominicana	6	0,55	10	0,92
Uruguay	65	18,73	76	21,90
Venezuela (República Bolivariana de)	7	0,22	27	0,83
América Latina y el Caribe	1 173	1,92	863	1,43

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, sobre la base de T. Pastrana y otros, *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020*, 2ª edición, Houston, IAHPC Press, 2021.

Nota: La categoría de equipos intrahospitalarios incluye unidades de cuidados paliativos ubicadas en hospitales de segundo y tercer nivel, con camas y personal exclusivo para este servicio; equipos y unidades móviles que operan en hospitales de segundo y tercer nivel, sin camas asignadas en un espacio físico determinado, y equipos mixtos que se pueden desplazar fuera del hospital para consulta domiciliaria o consultorios comunitarios. La categoría de equipos extrahospitalarios incluye equipos de atención domiciliaria que apoyan a pacientes, familiares y personas cuidadoras y tiene un sistema de referencia a hospitales de segundo y tercer nivel; la consulta de cuidados paliativos en centros comunitarios y consultorios que tiene un sistema de referencia a hospitales de segundo y tercer nivel y puede derivar pacientes a cuidados domiciliarios y, finalmente, instituciones independientes dedicadas a la atención de mediana y larga estancia y cuidados hasta el fallecimiento y tiene referencia con hospitales de segundo y tercer nivel.

A partir de la información recabada en los informes nacionales, destacan los avances en materia de cuidados paliativos en la Argentina. A través de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), se creó en 2019 el Programa Nacional de Formación de Cuidadores Domiciliarios en Cuidados Paliativos para Personas Mayores, con el objetivo de atender las necesidades asistenciales de las personas mayores que atraviesen una enfermedad que no responde a tratamiento curativo, en etapa avanzada, progresiva y terminal. A nivel legislativo, la Argentina ha establecido la obligación de las llamadas obras sociales nacionales y sindicales, así como las empresas de medicina prepagada para financiar las prestaciones de cuidados paliativos.

En el Brasil, el Ministerio de Salud, por conducto de la Comisión Interinstitucional Tripartita del Sistema Único de Salud (SUS), aprobó la resolución núm. 41 de 31 de octubre de 2018, que proporciona directrices para la organización de los cuidados paliativos, conceptualiza tales cuidados, sus objetivos y principios rectores y la necesidad de que se ofrezcan en cualquier punto de la red asistencial, sobre todo en la atención primaria, la atención domiciliaria, la atención ambulatoria, la atención de urgencia y emergencia y la atención hospitalaria. En Colombia, en 2018 se reglamentó la Ley núm. 1733 de 2014 que regula los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida. Esta Ley contempla los derechos al cuidado paliativo, a la información, a la segunda opinión, a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada, o a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo y los derechos de los familiares. Costa Rica, en noviembre de 2017, presentó el Plan Nacional de Cuidados Paliativos y Control del Dolor 2017-2021, que establece las líneas de acción de los servicios de cuidados paliativos con arreglo a los principios de universalidad, oportunidad, solidaridad y equidad. En Chile, en marzo de 2022 entró en vigor la Ley núm. 21375 de acceso a los cuidados paliativos no oncológicos, que incluyen atención domiciliaria y acompañamiento al final de la vida con equipos interdisciplinarios (OPS, 2021).

Destacan en este rubro los avances de Cuba que, desde la creación de su Programa Nacional de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos al Paciente Oncológico en 1992, aporta a la región importantes experiencias, como la puesta en marcha de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, de investigación y capacitación sobre el manejo de opioides y la vinculación de los cuidados paliativos con la atención primaria en el ámbito municipal, acercando este servicio a la comunidad mediante visitas domiciliarias y consultas. En Cuba se ha creado un nuevo servicio dirigido a personas con cáncer avanzado y a las personas cuidadoras, con el objetivo de preservar el bienestar subjetivo y mejorar la calidad de vida de ambos, mediante atención personalizada, interdisciplinaria, integral y continua, considerando los aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales.

Por su parte, México informa de la consolidación de sus programas de cuidados paliativos tanto en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En 2021, el ISSSTE aprobó el Programa Institucional de Atención Paliativa 2019-2024 (PALIATIVISSSTE), que actualmente se encuentra en fase de implementación en los tres niveles de atención y cuenta con 23 representaciones en todo el país.

Panamá señala la implementación del programa Estamos Contigo, con un fondo para desarrollar un plan piloto de atención a las personas mayores con enfermedades que las mantienen postradas o que no puedan valerse por sí solas. De este modo pueden recibir atención domiciliaria, medicamentos, movilización y cuidados paliativos, previa evaluación socioeconómica. Por su parte el Perú, mediante la Ley núm. 30846, creó en 2018 el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas.

El Plan Integral de Atención a la Salud en el Uruguay cuenta con un servicio para proporcionar cuidados paliativos como prestación obligatoria desde el año 2008. En este período, el Área Programática de Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud Pública realizó, en 2016, la Encuesta Nacional de Cuidados Paliativos. De acuerdo con los datos aportados por los prestadores, la cobertura era del 43%, cifra que implica el cumplimiento de la meta establecida en los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (de alcanzar una cobertura mayor al 40%). Todos los departamentos del país tienen algún tipo de asistencia paliativa. Un total de 55 prestadores señalan que proporcionan asistencia paliativa en diferentes modalidades. De estos, 41 lo hacen de manera específica a través de Unidades de Cuidados Paliativos, 13 son centros de salud públicos (ubicados en cinco departamentos: Montevideo, San José, Durazno, Río Negro y Salto), 27 privados y 1 público-privado (en San José).

En el Caribe, hay un gran déficit en la disponibilidad de sistemas de cuidados paliativos y una ausencia de planificación para desarrollar dichos sistemas, sumada a un déficit de personal sanitario formado para proporcionar cuidados paliativos. También existe una escasez crítica de servicios de apoyo capacitados fuera de los sistemas hospitalarios para los cuidados paliativos continuos (por ejemplo, voluntarios de la comunidad, trabajadores sociales y consejeros) (Quashie y Jones, 2022). Solo dos países (Antigua y Barbuda y Dominica) indicaron que los cuidados paliativos están disponibles en general en el sistema de salud pública y en la atención domiciliaria comunitaria. Por su parte, tres países, Bahamas, San Vicente y las Granadinas, y Trinidad y Tabago, indicaron que los cuidados paliativos estaban disponibles en general en los sistemas de atención domiciliaria de la comunidad.

c) Capacitación de personas cuidadoras en los ámbitos doméstico y comunitario

El Plan de Acción Internacional de Madrid establece que, para reducir los efectos acumulados de los factores de riesgo de sufrir enfermedades y, por consiguiente, la posible dependencia en la vejez, es necesario asegurar condiciones que permitan a las familias y a las comunidades proporcionar cuidados y protección a las personas a medida que envejecen. El Plan también resalta la importancia de que los Estados provean información y capacitación dirigida a las personas cuidadoras, tanto del sector formal como del no formal. En este sentido, en la región, los informes nacionales mencionan importantes esfuerzos a partir de estrategias de formación, actualización y capacitación de diversos actores, en muchos casos llevadas a cabo en conjunto con organismos internacionales, el sector de la salud y universidades en materia de certificación de competencias para el cuidado. En estos programas destaca el importante impulso que se ha dado a la capacitación de familiares y personas de la comunidad (véase el cuadro VI.3).

Cuadro VI.3

América Latina (7 países): programas de capacitación de personas cuidadoras formales y no formales

País	Nombre	Objetivo
Argentina	Programa Nacional de Formación de Cuidadores Domiciliarios en Cuidados Paliativos para Personas Mayores, de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM)	Promueve la autonomía, la calidad del cuidado y el bienestar integral de las personas mayores con algún grado de dependencia mediante la formación de trabajadoras y trabajadores calificados en la atención domiciliaria. Ha formado a más de 50.000 cuidadores domiciliarios.
	Programa Nacional de Formación en Cuidados de Personas Mayores	Brinda conocimiento gerontológico comunitario e institucional, desde una perspectiva interdisciplinaria, y abarca diferentes temáticas.
Brasil	Programa ISupport-BR para su uso en el contexto brasileño	Se trata de una plataforma digital interactiva desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para apoyar y proporcionar educación sanitaria a los cuidadores familiares de personas con demencia en el Brasil.
	Guía práctica para los cuidadores	Disponible en los sitios web oficiales del Ministerio de Salud.
Chile	Plan formativo del Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE), Curso de Servicios de Cuidados Básicos Integrales para Personas Mayores	Oferta cursos para personas mayores de 16 años que se encuentren dentro del 60% de la población más vulnerable, con el objetivo de formarlas para brindar servicios de cuidados básicos integrales a personas mayores de acuerdo con las necesidades de la persona, las indicaciones del profesional de la salud y los aspectos normativos vigentes.
	Solicitud al Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE) para incluir en las capacitaciones a personas que realizan labores de cuidado con Personas Mayores	Ofrece capacitaciones a personas que realizan labores de cuidado con personas mayores, específicamente a cuidadoras del programa de cuidados domiciliarios, para poder mejorar los servicios brindados. En 2018, se impartió capacitación a 50 cuidadoras y cuidadores. En 2020 se postularon 5 cursos para capacitar a 75 personas, que aún no se han podido ejecutar debido a la pandemia. Los cursos fueron: atención y cuidados sociosanitarios para el adulto mayor; servicio de asistencia domiciliaria y cuidados primarios básicos a personas con dependencias, en especial adultos mayores, y servicios de cuidados básicos integrales para personas mayores.
	Manual <i>Yo me cuido y te cuido</i>	Esta publicación tiene el objetivo de contribuir a una mejor calidad de vida del cuidador informal y de la persona mayor con dependencia, mediante la impartición de conocimientos, el desarrollo de habilidades y actitudes que favorezcan el autocuidado del cuidador y el cuidado de las personas mayores con dependencia.
	Curso virtual nivel inicial para cuidadoras/es de personas mayores de establecimientos de larga estadía	El objetivo del curso es que los cuidadores y cuidadoras formales a lo largo del país puedan adquirir nuevas competencias y herramientas que les permitan apoyar su autocuidado y brindar un mejor cuidado a la persona mayor, según sus necesidades y capacidades. El curso fue implementado en abril 2021 por la Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile, patrocinado por el Ministerio de Salud y el Campus Virtual de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en colaboración con el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA).

País	Nombre	Objetivo
Chile	Ciclo de cursos Webinar SENAMA y Universidad SEK	Busca fortalecer conocimientos y habilidades en los cuidadores y cuidadoras informales y formales que prestan atención directa a personas mayores con dependencia en instituciones públicas y privadas, o que realizan estas labores en casas particulares, a técnicos y profesionales de la red SENAMA y otros profesionales del campo de la Gerontología Social.
	Ciclo de capacitaciones en la plataforma de Hospital Digital	En junio de 2020 se realizaron capacitaciones en línea a través de la plataforma de Hospital Digital del Ministerio de Salud, con el fin de promover el autocuidado en cuidadores formales e informales. Las sesiones estuvieron a cargo de profesionales del Ministerio de Salud y del SENAMA y se contó con un equipo en línea para responder consultas de los asistentes.
	Capacitación sobre autocuidado en la plataforma Siempre Aprendiendo del proyecto NODO	Ofrece a la comunidad cuatro cursos de aprendizaje electrónico que ayudan a conocer y resolver las principales problemáticas, preocupaciones y dudas que existen en relación con el cuidado de las personas mayores. Los cursos son gratuitos y se requiere de un dispositivo móvil o computadora con conexión a Internet.
	Plataforma Me Cuido Te Cuido del proyecto NODO	Tiene el objetivo de incrementar los niveles de inclusión y protección social de las personas mayores, mediante el fortalecimiento de las redes comunitarias y la mejora en el acceso a diversos programas, servicios y beneficios sociales, tanto del ámbito público como privado.
Costa Rica	Capacitación	Ofrece capacitación a quienes se dedican al cuidado de personas en situación de dependencia. El Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología, el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social y los servicios de trabajo social de diferentes hospitales desarrollan actividades educativas para personas cuidadoras. En 2018, 62 áreas de salud brindaron capacitaciones de este tipo para un total de 1.185 personas cuidadoras.
Cuba	Escuelas de Cuidadores	La resolución núm. 355, de fecha 6 de diciembre de 2018, del Ministerio de Salud Pública, establece el procedimiento por el que el personal de salud encargado ejecutará acciones de control que permitan evaluar la calidad de los cuidados que se brindan a personas enfermas, con discapacidad o mayores en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
Guatemala	Capacitación de personas cuidadoras	Sobre la base de principios gerontológicos y geriátricos, esta capacitación se elabora con el aval del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con el objetivo de que las personas reconozcan los principales cambios en el envejecimiento y de promover el autocuidado. Se hace énfasis en que el cuidador reconozca el grado de dependencia de la persona mayor.
México	Curso: Cuidado Básico de la Persona Adulta Mayor en Domicilio con base en el estándar de competencia EC0669	El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) imparte de manera presencial esta actividad educativa, dirigida principalmente a la población interesada en el tema.
	Curso Cambia, Todo Cambia: Envejecimiento, una Etapa más de Cambios	Este curso forma parte de un trayecto formativo compuesto por nueve cursos (cuatro de ellos en 2021 y otros cuatro en 2022). Quienes lo aprueban se hacen acreedores de constancias de participación. Ya se han llevado a cabo dos ediciones con 31 personas aprobadas.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002).

3. La emergencia de los cuidados en el contexto pandémico

La pandemia ha visibilizado la importancia de los cuidados para la sostenibilidad de la vida, así como su relevancia para las economías de América Latina y el Caribe. Sin embargo, también ha puesto en evidencia la matriz de la desigualdad social que caracteriza a la región, que hace que no todos los ciudadanos puedan disfrutar plenamente el derecho al cuidado y entraña una injusta distribución del trabajo de cuidados. La injusta organización social de los cuidados en la región ha desencadenado una excesiva carga para las mujeres en este ámbito, sobre todo en los hogares de menores ingresos (CEPAL, 2020 y 2022a).

Para las personas mayores, los desafíos han sido amplios debido a las múltiples funciones que desempeñan en la sociedad. En el *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Older Persons* se señala que las cuidadoras y los cuidadores, el voluntariado, los líderes comunitarios y el personal sanitario de 60 años y más han experimentado una gran sobrecarga. Además, las personas mayores que se dedican a la realización de trabajo remunerado o no remunerado son en su mayoría mujeres que a su vez tienen que protegerse también de la enfermedad (Naciones Unidas, 2020). Por otro lado, las personas mayores que requieren cuidados se han enfrentado a las limitaciones en la oferta y disponibilidad de servicios de cuidado y a la disminución de las redes de apoyo familiares derivada de los confinamientos, así como de la enfermedad y la muerte de cuidadores.

Según el Plan de Acción Internacional de Madrid, en situaciones de emergencia, las personas mayores son especialmente vulnerables y por ello es necesario elaborar estrategias que garanticen su acceso a la alimentación, resguardo y protección especial en caso de que tengan que asumir un papel principal en la prestación de cuidados. Además, es necesario reducir al mínimo los riesgos de las mujeres de edad de sufrir cualquier forma de maltrato o violencia ante las emergencias.

Durante la pandemia, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (ONU-Mujeres/CEPAL, 2020) difundieron recomendaciones respecto de la implementación de políticas de cuidado entre las que destacan: i) asegurar que los servicios de cuidados sean considerados prioritarios, garantizando a quienes se emplean en ellos que puedan hacer su trabajo de manera segura durante el período de confinamiento; ii) expandir la protección de las personas que desempeñan tareas de cuidado, tanto de forma remunerada como no remunerada; iii) promover medidas para facilitar que los trabajadores y trabajadoras con responsabilidades de cuidado puedan compatibilizarlas con el trabajo remunerado; iv) fomentar una mejor distribución de las responsabilidades de cuidado entre hombres y mujeres, y v) priorizar el acceso a los alimentos y servicios básicos para aliviar el trabajo doméstico y la carga de cuidados no remunerados (véase el cuadro VI.4).

Cuadro VI.4

América Latina y el Caribe (14 países): iniciativas gubernamentales sobre cuidados frente al COVID-19 relacionadas con personas mayores

	Apertura de instituciones de servicios de cuidado	Licencias	Permisos especiales de desplazamiento para personas cuidadoras	Campañas sobre responsabilidad de los cuidados	Derechos de las trabajadoras domésticas remuneradas	Transferencias monetarias por cuidados
Argentina	X	X	X	X	X	X
Barbados					X	
Bolivia (Estado Plurinacional de)					X	
Chile				X		
Colombia			X			
Costa Rica					X	
Cuba	X					
Ecuador				X	X	X
El Salvador			X	X		
México	X			X		
Perú			X	X	X	
República Dominicana				X		X
Trinidad y Tabago		X				X
Uruguay						X

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de CEPAL/Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), "Compromiso de Santiago: un instrumento regional para dar respuesta a la crisis del COVID-19 con igualdad de género", febrero de 2021 [en línea] <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46658>; y CEPAL, "Medidas y acciones a nivel nacional", Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe, 2022 [en línea] <https://www.cepal.org/es/subtemas/covid-19>.

De acuerdo con el Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe, 14 países de la región adoptaron un total de 41 medidas relacionadas con la economía del cuidado durante la pandemia. De estas, 23 beneficiaban directa o indirectamente a las personas mayores que prestan o requieren cuidados y fueron implementadas por: Argentina (9), Bolivia (Estado Plurinacional de) (2), Colombia (2), Costa Rica (1), Cuba (1), Ecuador (2), El Salvador (1), México (2), Paraguay (1), Perú (1) y República Dominicana (1) (CEPAL, 2022g).

Destacan los países que diseñaron campañas para promover el reconocimiento del cuidado como un derecho y la importancia de la equidad en la distribución del trabajo de cuidados (Argentina, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, México, Paraguay, Perú y República Dominicana); el fortalecimiento de licencias y permisos de teletrabajo para el cuidado de personas dependientes (Argentina y Bolivia (Estado Plurinacional de)); las transferencias económicas para personas que cuidan niñas y niños, incluidas las personas mayores y quienes son trabajadores de salud del sistema público, privado y de la seguridad social (Argentina y Ecuador); la regulación del trabajo doméstico (Bolivia (Estado Plurinacional de)); la excepción de medidas de restricción a la movilidad para personas cuidadoras (Argentina, Colombia, El Salvador) y las medidas de orientación para evitar contagios (Colombia).

En la Argentina, el gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires puso en marcha el Plan integral de cuidado para las personas adultas mayores de 70 años, cuya línea telefónica ofrece ayuda y orientaciones a personas mayores de 70 años. A través de #MayoresCuidados se cuenta con personas voluntarias para brindar

asistencia telefónica, hacer compras en farmacias y comercios de proximidad, pagar servicios, pasear mascotas y usar aplicaciones digitales durante el aislamiento preventivo y obligatorio. Además, en coordinación con empresas que hacen envíos a domicilio y con supermercados, se habilita un centro de atención telefónica para atender pedidos de compras por teléfono. De esta manera, se ofrece un canal más accesible, simple y exclusivo para las personas de 70 años y más (CEPAL, 2022g). En México se promovieron redes de apoyo para que las mujeres mayores monitoreen su bienestar emocional y su salud en el contexto de la Jornada Nacional de Sana Distancia. Asimismo, se dispuso un directorio de locatarias de productos básicos y con servicio a domicilio que proveen insumos indispensables para personas mayores en un contexto de aislamiento social (CEPAL, 2022g).

D. Avances y desafíos en sistemas nacionales de cuidados en la región

De acuerdo con ONU-Mujeres y la CEPAL, los sistemas nacionales de cuidados son uno de los pilares de los regímenes de bienestar y se pueden conceptualizar como “el conjunto de políticas encaminadas a concretar una nueva organización social de los cuidados con la finalidad de cuidar, asistir y apoyar a las personas que lo requieren, así como reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados, que hoy realizan mayoritariamente las mujeres [...]. Dichas políticas han de implementarse en base a la articulación interinstitucional desde un enfoque centrado en las personas, donde el Estado sea el garante del acceso al derecho al cuidado, sobre la base de un modelo de corresponsabilidad social —con la sociedad civil, el sector privado y las familias— y de género. La implementación del Sistema implica una gestión intersectorial para el desarrollo gradual de sus componentes —servicios, regulaciones, formación, gestión de la información y el conocimiento, y comunicación para la promoción del cambio cultural— que atienda a la diversidad cultural y territorial” (ONU-Mujeres/CEPAL, 2022, pág. 23).

Los sistemas nacionales de cuidados son una respuesta social ante las desigualdades en la distribución del trabajo doméstico y de cuidados, la escasa infraestructura de cuidados, el déficit de personal con formación y capacitación para la prestación de servicios de cuidado de acuerdo con las diversas necesidades, y las lagunas legislativas y programáticas para garantizar este derecho de manera universal y con la calidad adecuada. Estas problemáticas se han denominado “crisis de los cuidados”, fenómeno que tiene una importante dimensión demográfica, pues cada vez hay más personas que requieren cuidados y menos personas con disponibilidad de hacerlo (ONU-Mujeres/CEPAL, 2022; CEPAL, 2022a). Estos sistemas buscan además ser una respuesta a las limitaciones y restricciones para el acceso al cuidado que ocasiona la intersección de diferentes formas de desigualdad. Por ello, se ha señalado que: “las políticas de cuidados deben responder a las demandas crecientes de las personas en su diversidad y de los países de la región en términos demográficos y epidemiológicos desde un enfoque intercultural. Por tanto, el abordaje de los cuidados debe ser multidimensional si se busca eliminar la división sexual del trabajo y transitar hacia una sociedad del cuidado” (CEPAL, 2021a, pág. 6).

En ONU-Mujeres/CEPAL (2020) se señala que los sistemas de cuidado deben construirse a partir de cinco componentes: i) los servicios; ii) las regulaciones que se establecen; iii) la formación de las personas que cuidan de manera formal y no formal; iv) las acciones de gestión de la información y generación de conocimiento público sobre los cuidados, y v) las acciones de comunicación para la promoción del derecho al cuidado y del cambio cultural.

La inclusión del cuidado en la agenda pública y su materialización en políticas públicas es cada vez más evidente en la región, a partir del posicionamiento del tema a nivel internacional y del reconocimiento de la relevancia del cuidado para el desarrollo de los países. En los últimos años, se han registrado importantes avances a nivel legislativo, de políticas y de información, que han permitido en muchos países sentar las bases para la creación de sistemas públicos de cuidados (véase el cuadro VI.5).

De acuerdo con la CEPAL (2021a), la implementación de sistemas nacionales de cuidados tendrá un impacto positivo en: i) la consolidación de los sistemas de protección social; ii) la reducción de las desigualdades entre hombres y mujeres y la superación de la pobreza; iii) la recuperación socioeconómica en tiempos de pandemia al permitir la incorporación o reincorporación de las personas, sobre todo de las mujeres al trabajo remunerado, y iv) los retornos económicos y sociales, pues contribuye al bienestar, regula y controla la calidad de los servicios públicos y privados de cuidado, favorece la creación de empleo de calidad y facilita la participación de las personas en la fuerza de trabajo.

Cuadro VI.5

América Latina y el Caribe (13 países): avances en la creación de sistemas nacionales de cuidados

País	Formalizado	En proceso	Año	
Argentina		X	2020	Propuesta de creación del Sistema Integral de Cuidados con Perspectiva de Género.
Brasil		X	2020	Creación de un órgano colegiado temporal, consultivo, de estudio, articulación y trabajo, que será el encargado de la creación de la Política Nacional del Cuidado, los proyectos de ley y la sistematización de información para lograrlo.
Chile	X		2022	Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC).
Colombia		X	2022	El Decreto núm. 1228 crea la Comisión Intersectorial de la Política Nacional de Cuidado.
Costa Rica	X		2020	Política Nacional de Cuidados 2021-2031 para la implementación progresiva de un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia.
Cuba	X		2018	Sistema Público de Cuidado.
Ecuador		X	2021	Proyecto de Ley Orgánica del Sistema Nacional Integrado de Cuidados.
México		X	2020	Proyecto de decreto por el que se expide la Ley General del Sistema Nacional de Cuidados.
Panamá		X	2019	Mesa de Política Pública para la Definición del Sistema Integral de Cuidados.
Paraguay		X	2021	Proyecto de ley que crea el Sistema Nacional de Cuidados (SINACUP).
Perú		X	2022	Proyecto de ley núm. 2735 de reconocimiento del derecho al cuidado y de creación del Sistema Nacional de Cuidados.
Uruguay	X		2015	Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC).
Venezuela (República Bolivariana de)		X	2021	Ley de Sistema de Cuidados para la Vida.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002).

Avanzar hacia una sociedad del cuidado requiere, de acuerdo a la CEPAL, un cambio de paradigma que ponga la vida en el centro, que permita de la distribución equitativa del poder, de los recursos, del tiempo de trabajo. Para ello, es necesario establecer pactos fiscales, sociales, culturales y ambientales que promuevan sociedades más justas, sostenibles e igualitarias, con Estados presentes y orientados al fortalecimiento de la protección social (CEPAL, 2022a).

Bibliografía

- Anderson, J. (2020), "Cuidados multiculturales"; *Miradas latinoamericanas a los cuidados*, K. Batthyány (coord.), Buenos Aires/Ciudad de México, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)/Siglo XXI.
- Aranco, N. y otros (2018), "Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe"; *Resumen de Políticas*, N° IDB-PB-273, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Bango, J. y V. Piñeiro (2022), "Políticas de cuidados en América Latina y el Caribe: avances y desafíos en su implementación"; *Aprendizajes en Cohesión Social*, N° 107, Madrid, EUROsociAL.
- Batthyány, K. (2015), "Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales"; *serie Asuntos de Género* N° 124 (LC/L.3958), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Cafagna, G. y otros (2019), *Envejecer con cuidado: atención a la dependencia en América Latina y el Caribe*, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Carrasco, C., C. Borderías y T. Torns (2011), "Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales"; *El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas*, Carrasco, C., C. Borderías y T. Torns (eds.), Madrid, Catarata.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2022a), *La sociedad del cuidado: horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género* (LC/CRM.15/3), Santiago.
- ____ (2022b), *Observatorio Demográfico, 2022* (LC/PUB.2022/13-P), Santiago.
- ____ (2022c), "Leyes de cuidado"; Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe [en línea] <https://oig.cepal.org/es/leyes/leyes-de-cuidado>.
- ____ (2022d), CEPALSTAT [base de datos en línea] <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat>.
- ____ (2022e), "Se necesitan pactos fiscales, sociales, culturales y ambientales para afrontar la creciente demanda de cuidados y revertir las desigualdades de género, recomienda la CEPAL"; *Nota Informativa*, 20 de septiembre [en línea] <https://www.cepal.org/es/notas/se-necesitan-pactos-fiscales-sociales-culturales-ambientales-afrontar-la-creciente-demanda>.

- ____ (2022f), “Es necesario transitar hacia una sociedad del cuidado en la que se cuide a las personas y al planeta, coincidieron especialistas”, *Nota Informativa*, 2 de marzo [en línea] <https://www.cepal.org/es/notas/es-necesario-transitar-sociedad-cuidado-la-que-se-cuide-personas-al-planeta-coincidieron>.
- ____ (2022g), “Medidas y acciones a nivel nacional”, Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe [en línea] <https://www.cepal.org/es/subtemas/covid-19>.
- ____ (2021a), *Hacia la sociedad del cuidado: los aportes de la Agenda Regional de Género en el marco del desarrollo sostenible* (LC/MDM.61/3), Santiago.
- ____ (2021b), *Informe de la 60ª Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe* (LC/MDM.60/3), Santiago.
- ____ (2020), “La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe”, *Informes COVID-19*, Santiago, abril.
- ____ (2013), *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo* (LC/L.3697), Santiago.
- ____ (2010), *¿Qué Estado para qué igualdad?* (LC/G.2450/Rev.1), Santiago.
- ____ (2009), “Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?”, *Documentos de Proyectos* (LC/W.263), Santiago.
- CEPAL/ONU-Mujeres (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres) (2021), “Compromiso de Santiago: un instrumento regional para dar respuesta a la crisis del COVID-19 con igualdad de género”, febrero [en línea] <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46658>.
- Durán Heras, M. A. (2000), *La contribución del trabajo no remunerado a la economía española: alternativas metodológicas*, Madrid, Instituto de la Mujer.
- EUROSOCIAL (2021), “Fortalecimiento de la Red de Soporte para Adultos Mayores de Alto Riesgo y Personas con Discapacidad Severa (Red AMACHAY)” [en línea] https://eurosocial.eu/fichas_descargables/fortalecimiento-de-la-red-de-soporte-para-adultos-mayores-de-alto-riesgo-y-personas-con-discapacidad-severa-red-amachay/.
- Fraser, N. (2016), “El capital y los cuidados”, *New Left Review*, vol. 100, septiembre-octubre.
- GIPC (Grupo Impulsor de Políticas de Cuidado) (2015), *Documento Marco para el diseño de la Política Nacional de Cuidados en el Paraguay* <http://www.mujer.gov.py/index.php/politica-nacional-de-cuidados>.
- Gúezmes García, A. y M. N. Vaeza (coords.) (2022), “Avances en materia de normativa del cuidado en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad del cuidado con igualdad de género”, *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2022/175), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres).
- Holman, D. y A. Walker (2021), “Understanding unequal ageing: towards a synthesis of intersectionality and life course analyses”, *European Journal of Ageing*, vol. 18, N° 2, junio.
- INMUJERES (Instituto Nacional de las Mujeres) (2020), *PROIGUALDAD 2020-2024: Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres* [en línea] <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/programa-nacional-para-la-igualdad-entre-mujeres-y-hombres>.
- MDHIS (Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social) (2020), *Política Nacional de Cuidados 2021-2031: hacia la implementación progresiva de un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia*, San José.
- MEPyD (Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo) (2021), *Comunidades de cuidado: construyendo una Política Nacional de Cuidados con los actores del territorio. Resumen ejecutivo*, Santo Domingo.
- MJSP (Ministerio de Justicia y Seguridad Pública) (2018), *Política Institucional de Equidad e Igualdad para las mujeres y hombres en el Ramo de Justicia y Seguridad Pública, El Salvador, 2018-2027*, San Salvador.
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (s.f.), “Campaña nacional Cuidar en Igualdad: necesidad, derecho, trabajo” [en línea] <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/campananacionalcuidarenigualdad.pdf>.
- Naciones Unidas (2020), *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Older Persons*, mayo [en línea] <https://unsdg.un.org/es/resources/resumen-de-politicas-el-impacto-de-la-covid-19-en-las-personas-mayores>.
- ____ (2015), *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* (A/RES/70/1), Nueva York.
- ____ (2002), “Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002”, *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento* (A/CONF.197/9), Nueva York.
- ____ (1991), “Ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y actividades conexas” (resolución 46/91 de la Asamblea General).
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2015), “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores” [en línea] https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2011), “Convenio sobre las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos, 2011 (núm. 189)” [en línea] https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C189.
- ____ (1981), “Convenio sobre los Trabajadores con Responsabilidades Familiares, 1981 (núm. 156)” [en línea] https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C156.

- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2016), "Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana", 69ª Asamblea Mundial de la Salud [en línea] <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253189>.
- ___ (2002), *Ethical Choices in Long-Term Care: What Does Justice Require?*, Ginebra.
- ___ (2000), "Home-based long-term care: report of a WHO Study Group", *WHO Technical Report Series*, N° 898, Ginebra.
- ___ (2015), *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, Ginebra.
- ONU-Mujeres (Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres) (2022), "Coalición Nacional para el Empoderamiento Económico de las Mujeres", Naciones Unidas [en línea] <https://sdgs.un.org/partnerships/coalicion-nacional-para-el-empoderamiento-economico-de-las-mujeres>.
- ONU-Mujeres/CEPAL (Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres/ Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2022), *Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe: elementos para su implementación* (LC/TS.2022/26), Santiago.
- ___ (2020), *Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19: hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación*, Santiago, agosto.
- ONU-Mujeres/SEGIB (Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres/ Secretaría General Iberoamericana) (2020), *Avances y retos legislativos en materia de autonomía y empoderamiento económico de las mujeres en Iberoamérica* [en línea] <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2021/03/avances-y-retos-legislativos-en-materia-de-autonomia-y-empoderamiento-economico#view>.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2021), "Chile: Nueva ley consagra como derecho universal el acceso a cuidados paliativos", *Noticias*, 2 de diciembre [en línea] <https://www.paho.org/es/noticias/2-12-2021-chile-nueva-ley-consagra-como-derecho-universal-acceso-cuidados-paliativos>.
- ___ (2019), "El número de adultos mayores con necesidades de cuidado a largo plazo se triplicará para 2050 en las Américas, advirtió la OPS", 1 de octubre [en línea] https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15474:number-of-older-adults-with-long-term-care-needs-will-triple-by-2050-paho-warns&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0.
- ___ (n.d.), "Cuidados paliativos en América Latina - ECHO" [en línea] <https://www.paho.org/es/cuidados-paliativos-america-latina-echo>.
- Pastrana, T. y otros (2021), *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020*, 2ª edición, Houston, IAHPC Press.
- Pautassi, L. (2018), "El cuidado como derecho: un camino virtuoso, un desafío inmediato", *Revista de la Facultad de Derecho de México*, vol. 68, N° 272, septiembre-diciembre.
- Pérez Orozco, A. (2019), *Subversión feminista de la economía: aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*, 4ª edición, Madrid, Traficantes de Sueños.
- Quashie, N. y F. Jones (2022), "The Ageing Caribbean: 20 Years of the Madrid Plan of Action", Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/mipaa20_subregional_review_rev2.pdf.
- Rico, M. N. y O. Segovia (eds.) (2017), *¿Quién cuida en la ciudad?: aportes para políticas urbanas de igualdad*, Libros de la CEPAL, N° 150 (LC/PUB.2017/23-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Scuro, L., C. Alemany y R. Coello Cremades (coords.) (2022), *El financiamiento de los sistemas y políticas de cuidados en América Latina y el Caribe: aportes para una recuperación sostenible con igualdad de género* (LC/TS.2022/134), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres).
- SENPLADES (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo) (2017), *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021: Toda una Vida* [en línea] <https://www.gob.ec/regulaciones/plan-nacional-desarrollo-2017-2021-toda-vida>.
- SNCD (Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad) (2021), *Plan Nacional de Cuidados 2021-2025*, Ministerio de Desarrollo Social.
- Tronto, J. (2006), "Vicious circles of privatized caring", *Socializing Care: Feminist Ethics and Public Issues*, M. Hamington y D. C. Miller (eds.), Lanham, Rowman & Littlefield Publishers.
- Villalobos, P. (2019), "Long-term care in Chile: the faces of dependency", *Harvard Review of Latin America*, vol. XVIII, N° 2, diciembre.
- Vivaldo-Martínez, M. y M. Martínez (2022), "Las formas invisibles del cuidado comunitario y sus aportes a la reorganización social del cuidado", *La década COVID en México: género, violencia, tareas de cuidado y respuestas sociales a la crisis*, T. Martínez, V. Montes de Oca y S. Lorenzano, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en prensa.



| Conclusiones y recomendaciones

A 20 años de la celebración de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento y de la aprobación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002), en América Latina y el Caribe se observan avances en materia de políticas públicas orientadas a la realización de los derechos de las personas mayores. Las agendas públicas de los países se han centrado cada vez más en el envejecimiento y las múltiples formas de envejecer, y se ha fortalecido la institucionalidad para la atención de las personas mayores. La perspectiva de derechos humanos, de género, interculturalidad y, recientemente, de interseccionalidad están siendo adoptadas con mayor compromiso en las políticas públicas. A partir de las orientaciones prioritarias del Plan de Acción se han incorporado nuevos debates y miradas para alcanzar una sociedad para todas las edades. El trabajo conjunto entre organismos internacionales y Gobiernos de la región ha permitido lograr acuerdos para la protección de los derechos humanos de las personas mayores: las declaraciones e instrumentos internacionales constituyen una hoja ruta para los Gobiernos de la región que están comprometidos con un mayor conocimiento de la situación de las personas mayores¹. No obstante, aún quedan muchos desafíos por delante para la plena realización de los derechos humanos de este grupo de población.

La Quinta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe es una oportunidad para analizar y evaluar los principales avances y retos en materia de envejecimiento en el quinquenio 2017-2022². Esta evaluación ocurre en un período muy complejo para la región, caracterizado por la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), un escaso crecimiento, elevadas tasas de inflación, aumento de la pobreza y persistencia de las desigualdades.

Los avances en el cumplimiento de los objetivos y medidas planteados por el Plan de Acción que se han logrado en los países de la región en el último quinquenio son muchos, aunque la pandemia develó una serie de viejos y nuevos desafíos que la región habrá de enfrentar en las próximas décadas. Como resultado de este proceso de evaluación, se formula a continuación una serie de conclusiones y recomendaciones tanto de carácter transversal como a nivel más específico, relacionadas con las orientaciones prioritarias del Plan de Acción, para que todas las personas mayores gocen plenamente de la protección de sus derechos humanos en la región.

- En el ámbito de la generación de conocimiento, existe un importante camino por recorrer para lograr comprender a fondo las implicaciones políticas, económicas, sociales y culturales del envejecimiento. Es necesario reconocer que el envejecimiento es un proceso que supone cambios y retos en el proceso de desarrollo, las estructuras de poder, la arquitectura institucional, las formas de convivencia y la manera en la que nos reconocemos como personas con derechos.
- En los próximos años, los países de la región deberán continuar fortaleciendo los mecanismos de recopilación de información cuantitativa y cualitativa desagregados por edad, sexo y otras variables que respondan al principio de no dejar a nadie atrás, a fin de mejorar la evaluación del envejecimiento, las formas de envejecer y la situación de las personas mayores. Esto significa fortalecer fuentes de información como censos de población y vivienda, encuestas de hogares y registros administrativos, así como generar nuevos datos que orienten las políticas públicas y una distribución justa de los recursos. Los enfoques de derechos, género, interculturalidad e interseccionalidad se constituyen como los ejes que guiarán la elaboración de sistemas de información integrales que permitan dar cuenta de las realidades que enfrentan las personas mayores.
- En todos los países de la región, continúa el desafío de fortalecer los marcos jurídicos nacionales y subnacionales de protección de los derechos de las personas mayores, que constituyen la base para las políticas públicas y los programas dirigidos a ellas. Al respecto, se precisan instrumentos legislativos pertinentes, adecuados y armonizados con los enfoques de derechos, género, interculturalidad e interseccionalidad y con los principios de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos

¹ Los instrumentos internacionales incluyen: la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2003), la Declaración de Brasilia (2007), la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe (2012), el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013), la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la Declaración de Asunción (2017) y el Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030).

² Como parte de este proceso se analizaron 16 informes nacionales (Argentina, Brasil, Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de), junto con el informe sobre la subregión del Caribe, otros documentos y bases de datos (véase la nota metodológica).

Humanos de las Personas Mayores. Cobra relevancia el establecimiento de medidas para la capacitación del personal que administra la justicia en los países a fin de lograr que el respeto de los derechos humanos de las personas mayores guíe sus decisiones y la jurisprudencia. Asimismo, resulta relevante retomar las experiencias novedosas en materia legislativa de algunos países de la región que han abordado temas que pueden tener impacto y abonar a la protección de las personas mayores en temas como el derecho al cuidado, la prevención de la discriminación, la inclusión laboral y la protección financiera, entre otros.

- El edadismo continúa siendo un importante obstáculo para el disfrute pleno de los derechos humanos de las personas mayores y debe combatirse frontal y decididamente. La pandemia trajo consigo nuevas formas de discriminación y exclusión de las personas mayores y develó la persistencia de imágenes negativas que las posicionan como un grupo uniformemente frágil y vulnerable, receptor pasivo de asistencia. Debido a ello, se recomienda adoptar medidas eficaces dirigidas a la erradicación, en todos los espacios de la vida pública y privada, de las prácticas edadistas y de otras formas de discriminación que se entrecruzan y potencian a lo largo del curso de vida, pero que afectan de forma más intensa a las personas mayores. Estas prácticas crean vulnerabilidades adicionales, especialmente para las mujeres y para quienes se encuentran en situación de dependencia o vulneración social, lo que exacerba el riesgo de sufrir maltrato y violencias. Al mismo tiempo, es necesario promover el reconocimiento de las contribuciones de las personas mayores al desarrollo de las familias, las comunidades y los países de América Latina y el Caribe.
- La incorporación de la perspectiva de interseccionalidad en el diseño de políticas, programas y acciones públicas es central, pues permite visibilizar la diversidad de la vejez y el envejecimiento. La intersección entre género, estrato social, condición étnico-racial, territorio de residencia, discapacidad, situación migratoria e identidad sexogenérica, entre otros factores, continúa profundizando las desigualdades. Esta perspectiva permitirá considerar la naturaleza multidimensional de la vulnerabilidad de las personas mayores ante la pobreza, la inseguridad económica, la falta de acceso a los servicios de salud, la educación y el cuidado, y así orientar las políticas públicas que garanticen sus derechos y libertades y que permitan alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- Es necesario apoyar la investigación, la recopilación y el análisis de datos sobre el envejecimiento, a fin de comprender mejor los desafíos y oportunidades que presenta el envejecimiento de la población y proporcionar a los encargados de formular políticas públicas, información precisa y específica respecto a las múltiples desigualdades en el envejecimiento, y disponer de indicadores que proporcionen una base empírica para el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.
- Los Estados deben fortalecer las capacidades nacionales para abordar y hacer el seguimiento de las prioridades identificadas durante el examen y evaluación del Plan de Acción y para diseñar e implementar nuevas estrategias que tengan en cuenta el curso de vida, fomenten la solidaridad intergeneracional, robustezcan los mecanismos institucionales, promuevan la formación del personal necesario en el ámbito del envejecimiento y alienten cambios socioculturales que contribuyan a que las personas mayores disfruten y ejerzan plenamente sus derechos humanos.
- Para lograr los objetivos de la orientación prioritaria I “Las personas de edad y el desarrollo,” es fundamental cerrar las grandes brechas de desigualdad estructurales de la región y, sobre todo, disminuir los niveles de pobreza y vulnerabilidad que la pandemia ha dejado en evidencia y exacerbado. Las pensiones, la salud, la educación y la inclusión digital y los servicios de cuidado son pilares básicos para garantizar la autonomía de las personas mayores durante el curso de vida. Por ello, los países de la región se enfrentan al desafío de ampliar la cobertura y el acceso a los sistemas de protección social para las personas mayores, especialmente por medio de las pensiones contributivas y no contributivas, con sostenibilidad financiera y énfasis en la disminución de la brecha de género. Es preciso garantizar la protección social de las mujeres mayores a través del diseño e implementación de políticas, programas y acciones con enfoque de género, considerando las desigualdades acumuladas durante el curso de vida. Además, los países de la región deberán impulsar mecanismos para lograr un equilibrio fiscal en el corto y mediano plazo. Asimismo, los Estados deben perfeccionar los sistemas de información y los registros administrativos de las personas mayores destinatarias de programas sociales con la finalidad de contar con datos actualizados.

- Es necesario impulsar la generación de empleos formales, decentes y de calidad, para aquellas personas mayores que deseen continuar trabajando remuneradamente, promover el acceso a la protección social, ampliar los seguros de desempleo y garantizar ingresos suficientes en condiciones de seguridad. Es preciso, asimismo, impulsar políticas y programas que incentiven la contratación y la reincorporación de personas mayores trabajadoras, así como crear sistemas de información sobre la participación laboral de las personas mayores y el diseño e implementación de medidas para combatir el edadismo en el espacio laboral.
- Resulta indispensable regular el trabajo doméstico remunerado para garantizar que las trabajadoras domésticas accedan a derechos laborales como salarios justos, licencias, indemnización por despido, seguro de desempleo, protección social y jubilación, entre otros.
- Respecto del acceso a la educación, es necesario hacer realidad el aprendizaje a lo largo de la vida y es urgente diseñar estrategias de educación formal y no formal para que cada vez más personas mayores puedan aprender, hacer uso y apropiarse de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC). Por ello, es útil llevar a cabo diagnósticos sobre las causas y los impactos de la brecha digital en este grupo poblacional. Asimismo, considerando que Internet es un servicio básico que debe ser accesible y asequible para toda la población, especialmente para las personas mayores, la creación de una canasta básica digital, integrada por un computador portátil, un teléfono inteligente o una tableta y un plan de conexión, es una forma de disminuir las barreras de acceso a las TIC.
- Para lograr los objetivos de la orientación prioritaria II “El fomento de la salud y el bienestar en la vejez”, es necesario reconocer que los sistemas de salud no están suficientemente preparados para responder a las necesidades de atención preventiva, curativa, paliativa y especializada de una población que envejece rápidamente. El establecimiento de medidas integrales para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles constituye un gran reto, debido a su impacto en la calidad de vida de quienes son personas mayores en el presente, pero también, de quienes lo serán en el futuro. Por ello es necesario poner énfasis en la atención de los determinantes sociales de la salud y avanzar hacia el logro de la salud universal, eliminando barreras relacionadas con la disponibilidad, la accesibilidad geográfica y financiera, la aceptabilidad y la cobertura efectiva de los servicios de salud.
- Es necesario fortalecer la atención primaria para evitar o detectar oportunamente tanto enfermedades crónicas no transmisibles como infectocontagiosas, fortalecer la implementación de programas basados en enfoques integrados de la salud que incluyan la prevención, la atención, la curación y la rehabilitación, tanto física como mental para mantener, prolongar o recuperar la funcionalidad, la independencia y la autonomía de las personas mayores. Resulta también muy importante incorporar programas orientados a la población mayor en el ámbito de la salud sexual, pues ha sido un tema poco visibilizado debido principalmente a prejuicios y estereotipos sobre la vejez.
- La salud mental de las personas mayores requiere una atención especial. Aún se desconocen los múltiples impactos de la pandemia en la salud mental de este grupo de población en nuestra región. La prevención de trastornos y enfermedades mentales, su atención y seguimiento requieren nuevas miradas para lograr un cambio cultural que evite la estigmatización, el temor y el rechazo de quienes las padecen, así como nuevas formas de atención centradas en las personas, incluidas quienes cuidan.
- Es necesario incorporar medidas para disminuir los gastos de bolsillo de las personas mayores y sus familias a través de programas enfocados en garantizar el acceso a medicamentos, incluidos los relacionados con enfermedades mentales, servicios de rehabilitación y órtesis, prótesis y ayudas técnicas en beneficio de la salud, la independencia y la mejora de la calidad de vida de las personas a medida que envejecen.
- La pandemia ha puesto de manifiesto la importancia de los servicios de salud en las comunidades para la contención y mitigación de las enfermedades, así como la relevancia de los programas de visitas domiciliarias y el potencial de las personas mayores organizadas para colaborar en emergencias sanitarias y en el cuidado de la salud. Por ello, la ampliación de estrategias de salud de abordaje comunitario es fundamental.
- Durante la pandemia se hizo evidente la necesidad de impulsar de manera contundente la formación de recursos humanos para la atención del envejecimiento en todos los niveles, pero con especial énfasis en

el primer nivel, a fin de contar con personal sanitario y asistencial adecuado para atender las necesidades de la población. Por ello es necesario promover la formación de recursos humanos a través de programas de capacitación interdisciplinaria sobre el envejecimiento que incluyan a todos los profesionales de la salud.

- Para lograr los objetivos de la orientación prioritaria III “Creación de un entorno propicio y favorable” y permitir una vida cotidiana con autonomía e independencia, es de vital importancia garantizar servicios básicos de calidad, fomentar la movilidad y accesibilidad segura en los entornos físicos, así como la convivencia intergeneracional adecuada en los entornos sociales, comunitarios y familiares.
- Es urgente procurar una planificación urbana y rural con perspectiva de curso de vida, promoviendo el acceso equitativo y asequible a una infraestructura física y social básica sostenible para todos, sin discriminación, incluido el acceso a vivienda y terrenos habilitados y asequibles, agua potable y saneamiento, eliminación de desechos, energía moderna y renovable, Internet y tecnologías de la información y de las comunicaciones, movilidad sostenible, salud, alimentación sana, nutritiva y adecuada, educación y cultura.
- Es necesario fortalecer las medidas específicas para garantizar a las personas mayores el acceso a sistemas de transporte público asequible, accesible, seguro y sostenible, y a infraestructura urbana y rural que proporcione independencia ante la disminución de las capacidades intrínsecas o la condición de discapacidad. Los programas de adaptación de la vivienda son fundamentales para garantizar que las personas envejecan en sus comunidades.
- Las personas mayores necesitan espacios seguros para habitar y transitar, así como instituciones que atiendan y acompañen el cumplimiento de este derecho, teniendo en cuenta todas las aristas de la violencia que experimentan y generando indicadores y datos específicos sobre ello, incluso sobre feminicidios o femicidios en la vejez.
- Los efectos adversos del cambio climático sobre la salud y el bienestar de las personas mayores exigen estudios con enfoque de derechos, género, interculturalidad e interseccionalidad, pues se han observado efectos adversos más intensos en mujeres, poblaciones de edades más avanzadas, pueblos indígenas, poblaciones afrodescendientes y personas con discapacidad o enfermedades crónicas, entre otras, que habitan en contextos geográficos de mayor riesgo. Es urgente implementar un enfoque inclusivo de las personas mayores para la acción climática.
- El fomento de la participación de las personas mayores en el cuidado del medio ambiente ha sido un tema que se ha soslayado en las políticas, acciones y programas públicos, por lo que es necesario establecer medidas que reconozcan los conocimientos, ideas y acciones que las personas mayores puedan aportar en favor del ambiente. También es necesaria la inclusión de las personas mayores en los procesos de recuperación ante experiencias de desastres. Frente a los retos que enfrenta y enfrentará la región vinculados con el cambio climático, resulta pertinente impulsar una organización comunitaria incluyente en la que las personas mayores asuman un papel protagónico en el desarrollo de estrategias para contrarrestar los efectos de este fenómeno. Será de gran relevancia que los países de la región contemplen en sus atlas de riesgo y en sus sistemas nacionales y locales de protección civil, las necesidades y las potencialidades de las personas mayores para proporcionar respuestas humanitarias incluyentes frente a desastres, crisis y conflictos humanitarios.
- Para lograr sociedades más justas, se debe garantizar un envejecimiento digno, por medio de políticas, instituciones y marcos jurídicos sólidos, que garanticen la realización de los derechos, con el máximo nivel de calidad de vida posible, para las personas mayores, sus familias y comunidades, fortaleciendo las relaciones intergeneracionales. En particular, es necesario garantizar el acceso a la justicia por parte de las personas mayores, adoptando ajustes y tratamientos preferenciales para su acceso efectivo, reconociendo la diversidad de la vejez en cada país. Para lograrlo, deberían desarrollarse o fortalecerse las instituciones y defensorías de los derechos humanos de las personas mayores, poniendo al alcance de la ciudadanía mecanismos de difusión de derechos y asesoría legal accesible.
- La crisis del cuidado es una oportunidad para reconocer, revalorar, redistribuir y reorganizar el trabajo de cuidados tanto remunerado como no remunerado. Construir una sociedad del cuidado debe constituir una meta importante para la región. La sostenibilidad de la vida supone comprender que somos seres

interdependientes que requerimos y proveemos cuidado durante todo el curso de vida, que solo a través de la igualdad sustantiva podremos avanzar hacia una sociedad más justa, con bienestar y equilibrio entre los seres humanos y la naturaleza.

- El cuidado de largo plazo representa un enorme desafío, lo que se mostró de manera contundente durante la pandemia, y la ampliación de la infraestructura de cuidado de largo plazo es uno de los principales retos para la próxima década. Por lo tanto, la región debe impulsar el desarrollo y la implementación de políticas de cuidado a largo plazo, así como investigar estrategias de cuidado con modelos centrados en las personas mayores, promoviendo el cuidado de largo plazo como un inversión social y económica positiva y fuente de expansión del empleo. También es necesario desarrollar sistemas de registros nacionales de instituciones y personas trabajadoras en el área del cuidado de largo plazo, establecer mecanismos legislativos y administrativos en los países para regular su funcionamiento y garantizar el pleno respeto de los derechos humanos de las personas mayores que viven en esas instituciones.
- Los cuidados paliativos requieren especial atención. Para permitir que el derecho a los cuidados paliativos sea una realidad es preciso el establecimiento de medidas que permitan la formación, actualización y capacitación de equipos interdisciplinarios especializados; la ampliación de la infraestructura intrahospitalaria y extrahospitalaria que permita a quienes lo necesiten contar con servicios accesibles, asequibles, de calidad y centrados en la persona; el fortalecimiento de la legislación; la disponibilidad de medicamentos, y el desarrollo de investigaciones interdisciplinarias.
- Es necesario desarrollar políticas universales, autónomas y basadas en la solidaridad y la corresponsabilidad social que pongan el cuidado en el centro de las acciones. Forjar sistemas públicos de cuidado para las siguientes décadas será un gran esfuerzo por parte de los Estados y un parteaguas en la organización social del cuidado, en que la participación y responsabilidad del Estado, el mercado, la comunidad y la familia se distribuirá de forma equitativa. Esto repercutirá no solo en las personas dependientes, sino que también influirá en la disminución de las desigualdades de género ocasionadas por la división sexual del trabajo. El cuidado es un proceso dinámico y heterogéneo que se experimenta a lo largo del curso de vida y que permite vivir con bienestar. Es clave desarrollar políticas públicas de largo aliento para garantizar el derecho a cuidar y ser cuidado, en el marco de una institucionalidad y legislación sólidas que consideren la regulación del trabajo de cuidados y que provean mecanismos para aliviar la carga de trabajo de las personas cuidadoras.

Nota metodológica

El proceso de examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento permite analizar los principales avances y desafíos en materia de envejecimiento en el marco de la Quinta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe.

Con el fin de apoyar a los países de América Latina y el Caribe en la presentación de sus informes nacionales, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en su papel de Secretaría Técnica de la Conferencia Regional, elaboró una *Guía para la elaboración del informe nacional sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002)*³, en la que se proporcionó una metodología de elaboración y una sugerencia de estructura para el informe nacional, y se recomendó la participación de las diferentes instituciones gubernamentales vinculadas a las políticas de las personas mayores, así como de los miembros de las organizaciones de la sociedad civil nacionales de este grupo poblacional. La *Guía* fue presentada el 26 de agosto de 2021, con la presencia de 30 funcionarios de gobierno en representación de 17 países de América Latina y el Caribe⁴. Durante los meses de septiembre a diciembre de 2021, se realizaron 11 reuniones virtuales individuales o grupales de asistencias técnica para 19 países de América Latina y el Caribe que las solicitaron. Entre los meses de noviembre de 2021 y febrero de 2022 se recibió un total de 16 informes elaborados bajo la coordinación de los puntos focales de cada país, quienes convocaron a instituciones de gobierno, organizaciones de la sociedad civil nacionales y del sector académico (véase el cuadro A.1).

Cuadro A.1

Informes nacionales sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento

País	Institución responsable de la elaboración del Informe de País	Número de instituciones participantes	Número de organizaciones de la sociedad civil participantes	Número de instituciones educativas participantes
Argentina	Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores dependiente de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.	7
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional (MJTI)	32	5	...
Brasil	Secretaría Nacional de Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Mayores (SNDPI) del Ministerio de la Mujer, la Familia y los Derechos Humanos	14	1	...
Chile	Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)	63	71	...
Colombia	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)	25	25	...
Costa Rica	Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM)	12	2	4
Cuba	Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED)	8	2	3
Guatemala	Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)	9
Honduras	Dirección General del Adulto Mayor (DIGAM) perteneciente a la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS)	5	5	2
México	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)	18
Panamá	Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), a través de la Coordinación Nacional de Adulto Mayor (CNAM)	12	7	3
Paraguay	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), a través del Instituto de Bienestar Social y su Dirección de Adultos Mayores	8	5	...
Perú	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), a través de la Dirección de Personas Adultas Mayores	23	8	...
República Dominicana	Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE)	18	16	...
Uruguay	Instituto Nacional de las Personas Mayores, Ministerio de Desarrollo Social	5	2	...
Venezuela (República Bolivariana de)	Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS)

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los informes nacionales respectivos.

³ Véase CEPAL (2021).

⁴ Bahamas, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, San Martín, Saint Kitts y Nevis y Uruguay.

Para preparar el presente informe regional sobre la implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento se sistematizó la información provista en los 16 informes nacionales para lo que se emplearon dos estrategias que consideran como ejes conductores clave las orientaciones prioritarias y los objetivos propuestos en la *Guía para la elaboración del informe nacional sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002)*:

- 1) Se generó una unidad hermenéutica denominada “Informe regional” a través del *software* Atlas.ti cuyos códigos responden a las orientaciones prioritarias y objetivos solicitados en la *Guía*. A partir de dicha codificación se generó una base para la extracción y análisis de los ejes conductores.
- 2) Se construyó una base de datos cualitativos y cuantitativos para organizar las respuestas a la *Guía* proporcionadas por cada país, lo que permitió cuantificar políticas, leyes e iniciativas que han implementado los países de la región.

Asimismo, se analizaron las bases de datos sobre censos de población y vivienda de los países de la región y CEPALSTAT y se realizó una revisión exhaustiva de la literatura, bases de datos e informes regionales e internacionales del período 2017-2022.

En América Latina y el Caribe, el envejecimiento poblacional —fenómeno demográfico que se caracteriza por el incremento de la proporción de personas mayores y la prolongación del curso de vida— plantea oportunidades y desafíos de política pública. En este documento se presenta el informe de América Latina y el Caribe para el cuarto examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002). Se analiza el panorama actual del envejecimiento en la región y de la protección de los derechos humanos de las personas mayores y se destacan los avances en materia institucional. Además, se examinan las interrelaciones entre personas mayores y desarrollo, con énfasis en la protección social, la participación en el mercado de trabajo y el fomento de la salud y el bienestar en la vejez. Asimismo, se evalúan los avances en la creación de entornos físicos, sociales y culturales favorables para las personas mayores, la promoción de un cambio cultural y la prevención de la discriminación y la violencia. Por último, se aborda el cuidado de las personas mayores, incluidos los cuidados de largo plazo y el cuidado paliativo, con miras a la promoción de sistemas integrales de cuidado que aseguren la corresponsabilidad de esta labor por parte del Estado y la sociedad y de hombres y mujeres.