



Cuidados de largo plazo para personas mayores

Perspectivas demográficas y sociales
en el Caribe hispano, Centroamérica y México

Sandra Huenchuan



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL



NACIONES UNIDAS



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](#)

Conozca nuestras redes sociales y otras fuentes de difusión en el siguiente link:

 <https://bit.ly/m/CEPAL>





Cuidados de largo plazo para personas mayores

Perspectivas demográficas y sociales
en el Caribe hispano, Centroamérica y México

Sandra Huenchuan



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Este documento fue preparado por Sandra Huenchuan, de la Unidad de Desarrollo Social de la sede subregional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en México, bajo la supervisión de Miguel del Castillo, Jefe de dicha Unidad, y de Jorge Mario Martínez, Oficial a Cargo de la Dirección de la sede subregional de la CEPAL en México.

Se agradecen los comentarios y sugerencias de Christian Courtis, Gender and Women's Rights Adviser, OHCHR-New York Office, y de Emiliana Rivera, especialista en políticas de vejez de la Universidad de Costa Rica, así como las aportaciones de Carlos Molina, Alberto Fernández, Caridad Medina, Natalia Gómez, Diana Mejías y Yissel Alcántara. Héctor Arzate y Alberto Hernández, de la Unidad de Desarrollo Social, ayudaron a procesar los datos.

Las Naciones Unidas y los países que representan no son responsables por el contenido de vínculos a sitios web externos incluidos en esta publicación.

No deberá entenderse que existe adhesión de las Naciones Unidas o los países que representan a empresas, productos o servicios comerciales mencionados en esta publicación.

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

Notas explicativas:

Los tres puntos indican que los datos faltan, no constan por separado o no están disponibles.

La raya indica que la cantidad es nula o despreciable.

La coma se usa para separar los decimales.

La palabra "dólares" se refiere a dólares de los Estados Unidos, salvo cuando se indique lo contrario.

La barra puesta entre cifras que expresen años (por ejemplo, 2022/2023) indica que la información corresponde a un período de 12 meses que no necesariamente coincide con el año calendario.

Debido a que a veces se redondean las cifras, los datos y los porcentajes presentados en los elementos gráficos no siempre suman el total correspondiente.

Publicación de las Naciones Unidas

LC/MEX/TS.2024/17/-*

Distribución: L

Copyright © Naciones Unidas, 2024

Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago

Esta publicación debe citarse como: S. Huenchuan, *Cuidados de largo plazo para personas mayores: perspectivas demográficas y sociales en el Caribe hispano, Centroamérica y México* (LC/MEX/TS.2024/17/-*), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2024.

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

Resumen.....	9
Presentación.....	11
Introducción.....	13
I. Continuo de los cuidados: una mirada comprehensiva.....	17
A. Los cuidados en perspectiva.....	17
B. El debate sobre los cuidados y la contribución de las personas mayores.....	20
1. Definición y evolución de las agendas de cuidados.....	20
2. La sostenibilidad de la vida y la interseccionalidad en el trabajo de cuidados.....	22
3. Hacia una sociedad del cuidado que reconozca los cuidados de largo plazo.....	23
C. Cuidados de largo plazo.....	24
1. Coexistencia de definiciones a nivel mundial de los cuidados de largo plazo.....	24
2. El consenso regional sobre los cuidados de largo plazo.....	25
D. El impacto del envejecimiento en los cuidados de largo plazo.....	29
1. Las familias como sistemas de protección informal.....	30
2. El incremento de la necesidad potencial de personas cuidadoras.....	32
3. Los costos y los financiamientos de los cuidados de largo plazo.....	34
E. Los cuidados al final de la vida.....	35
1. La realización de la dignidad ante la muerte.....	36
2. El respeto de la autonomía en la muerte.....	36
3. Consentimiento informado y autonomía prospectiva al final de la vida.....	37
4. Cuidados paliativos y alivio del dolor al final de la vida.....	38
F. Desafíos de los cuidados de largo plazo en la pospandemia.....	39
G. Conclusiones.....	41
Bibliografía.....	42
II. El escenario demográfico de los cuidados de largo plazo.....	49
A. Diversidad en las trayectorias demográficas en la subregión.....	49

1.	Países que alcanzarán su máximo de población antes de 2050	50
2.	Países que alcanzarán su máximo de población entre 2050 y 2070.....	51
3.	Países que alcanzarán su máximo de población más allá de 2070.....	51
4.	Evolución y proyecciones demográficas en la subregión (1950-2070)	52
5.	Clasificación de los países de acuerdo con la etapa de transición demográfica.....	55
B.	Cambios en la estructura por edades de la población en la subregión.....	58
1.	Evolución y proyecciones de la composición por edades de la población.....	58
2.	Distribución por edades de la población a escala subnacional y en distintas poblaciones.....	64
C.	El envejecimiento de la población.....	66
D.	La expansión de la longevidad	71
E.	Conclusiones.....	75
	Bibliografía	77
	Anexo.....	78
III.	El escenario socioeconómico de los cuidados de largo plazo.....	87
A.	Arreglos residenciales.....	87
B.	Los riesgos de dependencia en la vejez derivados del estado de salud	90
1.	Esperanza de vida sana.....	91
2.	Años de vida ajustados por discapacidad según causa.....	92
3.	Necesidad de rehabilitación por enfermedad o lesión	96
C.	La discapacidad y la dependencia.....	97
D.	Necesidad de cuidados paliativos.....	99
E.	Los costos de los cuidados de largo plazo.....	100
F.	Conclusiones.....	103
	Bibliografía	104
	Anexo.....	106
IV.	Estimaciones de la demanda de cuidados de largo plazo.....	107
A.	Tasa de dependencia demográfica y prospectiva en la vejez.....	107
B.	Tasa de dependencia ajustada por salud y tasa de dependencia de cuidados de la vejez.....	110
C.	Relación de apoyo de los padres	112
D.	Escenarios de inversión en cuidados de largo plazo	113
E.	Conclusiones.....	115
	Bibliografía	116
V.	La situación de los cuidados de largo plazo en la subregión	117
A.	Modelos de cuidados de largo plazo en la subregión	118
1.	Costa Rica.....	118
2.	Cuba	121
3.	República Dominicana	125
4.	Lecciones de las experiencias documentadas	128
B.	Necesidades y desafíos de los cuidados de largo plazo en la subregión.....	131
1.	Las necesidades de los cuidados de largo plazo.....	131
2.	La capacidad de respuesta frente a la demanda de cuidados de largo plazo.....	132

3.	Elementos clave para el diseño de una política de cuidado de largo plazo.....	133
4.	El papel de los diferentes actores en los cuidados de largo plazo.....	134
5.	Iniciativas innovadoras que abordan los desafíos de los cuidados de largo plazo.....	136
C.	Conclusiones.....	137
	Bibliografía.....	139
	Anexo.....	141
VI.	Recapitulación y recomendaciones.....	145
A.	Panorama y escenarios de los cuidados de largo plazo.....	145
1.	Conceptualización de los cuidados de largo plazo.....	145
2.	Diversidad de los perfiles demográficos de la subregión.....	146
3.	El contexto socioeconómico de los cuidados de largo plazo.....	148
4.	Proyecciones y desafíos futuros.....	150
B.	Hacia una protección social de los cuidados de largo plazo.....	151
C.	Recomendaciones sobre los servicios de cuidado de largo plazo.....	154
1.	Desarrollar marcos legales y políticos.....	154
2.	Fortalecer la coordinación intersectorial.....	155
3.	Diversificar y expandir los servicios de cuidado.....	155
4.	Profesionalizar y valorizar el trabajo de cuidados.....	155
5.	Promover la igualdad de género en los cuidados.....	155
6.	Supervisión y control de servicios públicos y privados.....	156
7.	Prevención del maltrato y la negligencia.....	156
8.	Explorar esquemas de financiamiento sostenibles.....	156
9.	Fortalecer la prevención y promoción de la salud.....	157
10.	Integrar la tecnología en los cuidados.....	157
11.	Cuidados al final de la vida en entornos de cuidados de largo plazo.....	157
	Bibliografía.....	158

Cuadros

Cuadro 1	Panamá: población por grupos de edad según origen étnico indígena y no indígena, Censo 2023.....	65
Cuadro 2	Subregión (10 países): distribución de la población de 60 años y más según sexo e índice de feminidad, 2024 y 2070.....	70
Cuadro II.A1.1	Subregión (10 países): crecimiento de la población en distintos períodos.....	78
Cuadro II.A1.2	Subregión (10 países): población total, 2000-2070.....	82
Cuadro II.A1.3	Subregión (10 países): población total por grandes grupos de edad, 2000-2070.....	85
Cuadro II.A1.4	Subregión (10 países): esperanza de vida al nacer para ambos sexos, 2000-2070.....	85
Cuadro II.A1.5	Subregión (10 países): esperanza de vida a los 60 años según sexo, 2024 y 2070.....	86
Cuadro II.A1.6	Subregión (10 países): años en que se entrará a las distintas etapas de envejecimiento.....	86
Cuadro 3	Subregión (10 países): población de 60 años y más con discapacidad severa, 2000-2050.....	98

Cuadro 4	Costo de los servicios de cuidado de largo plazo, según tipo de dependencia, 2020	101
Cuadro III.A1.1	Subregión (10 países): indicadores de hogares, último año disponible.....	106
Cuadro 5	Costa Rica y México: escenarios de inversión en cuidados de largo plazo, 2030.....	114
Cuadro 6	Costa Rica: centros diurnos y hogares de ancianos por provincia, agosto de 2024.....	120

Gráficos

Gráfico 1	Países seleccionados: evolución de su población y tasa de crecimiento, 2000-2070.....	51
Gráfico 2	Subregión (10 países): tasa de crecimiento anual de la población, 2000-2070.....	52
Gráfico 3	Subregión (10 países): distribución de la población subregional por país, 1950-2070.....	53
Gráfico 4	Subregión (10 países): intervalo de años entre una TGF de 2,1 y el máximo de la población.....	53
Gráfico 5	Subregión (10 países): incremento de la población entre el año en que la TGF sea de 2,1 y el año en que la población llegará su máximo.....	54
Gráfico 6	Subregión (10 países): tasa global de fecundidad (TGF) y esperanza de vida al nacer (Ev0).....	55
Gráfico 7	Subregión (10 países): distribución de la población por grandes grupos de edad, 2000-2070.....	58
Gráfico 8	Subregión (10 países): tasa de crecimiento media anual por grandes grupos de edad, 2024-2070.....	59
Gráfico 9	Subregión (10 países): distribución de la población por grandes grupos de edad, 2000-2070.....	60
Gráfico 10	Subregión (10 países): estructura por edades de la población según sexo, 2024 y 2070.....	62
Gráfico 11	Países seleccionados: estructura por edades de la población según sexo, 2024-2070.....	63
Gráfico 12	Cuba: distribución por grandes grupos de edad de la población urbana por provincia, 2022.....	64
Gráfico 13	Cuba: distribución por grandes grupos de edad de la población rural por provincia, 2022.....	64
Gráfico 14	Subregión (10 países): población de 60 años y más, 2024 y 2070.....	67
Gráfico 15	Subregión (10 países): número de años en pasar de una sociedad envejeciendo a una envejecida.....	68
Gráfico 16	Subregión (10 países): número de años en pasar de una sociedad envejecida a una muy envejecida.....	68
Gráfico 17	Subregión (10 países): población menor de 5 años y de 75 años y más, 1950-2050.....	72
Gráfico 18	Subregión (10 países): esperanza de vida a los 60 años según sexo, 2024 y 2070.....	73
Gráfico 19	Subregión (diez países): cambios en la esperanza de vida a los 60 años, 2019-2023.....	74

Gráfico II.A1.1	Subregión (10 países): estructura por edades de la población según sexo, 2024-2070.....	78
Gráfico 20	Subregión (8 países): tipos de hogares intergeneracionales, última fecha disponible.....	88
Gráfico 21	Subregión (países seleccionados): personas de 60 años y más por sexo, según tipo de hogar, último año disponible.....	89
Gráfico 22	Subregión (10 países): esperanza de vida saludable a los 60 años, 2019.....	91
Gráfico 23	Subregión (10 países): años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en la población de 60 años y más según gran grupo de causa, 2021.....	93
Gráfico 24	Subregión (10 países): años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) como consecuencia de la enfermedad de Alzheimer en la población de 75 años y más, 2021.....	95
Gráfico 25	Subregión (10 países): años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) como consecuencia del COVID-19 en la población de 75 años y más, 2020 y 2021.....	96
Gráfico 26	Subregión (10 países): necesidad de rehabilitación por enfermedades musculoesqueléticas de población de 75 años y más, según sexo, 2019.....	97
Gráfico 27	Subregión (10 países): personas de 75 años y más que mueren con sufrimiento relacionado con la salud según tipo de enfermedad, 2021.....	100
Gráfico 28	Países seleccionados: estimación del saldo de ingresos por jubilaciones y pensiones luego del pago de servicios de cuidado de largo plazo para dependencia leve, por tipo de servicio, 2022.....	102
Gráfico 29	Países seleccionados: estimación del saldo de ingresos por jubilaciones y pensiones luego del pago de servicios de cuidado de largo plazo para dependencia severa, por tipo de servicio, 2022.....	103
Gráfico 30	Subregión (10 países): tasa de dependencia demográfica de la vejez (60/15-59) y tasa de dependencia prospectiva de la vejez, 2024.....	109
Gráfico 31	Subregión (diez países): tasa de dependencia ajustada por salud y tasa de dependencia de cuidados de la vejez, 2024.....	111
Gráfico 32	Subregión (diez países): evolución de la relación de apoyo a los padres, 2000-2070.....	112

Recuadros

Recuadro 1	Actividades básicas de la vida diaria.....	26
Recuadro 2	Obligaciones del Estado con respecto a los cuidados de largo plazo en la Convención Interamericana.....	27
Recuadro 3	El trabajo de cuidado de las mujeres migrantes.....	33
Recuadro 4	La edad prospectiva de la vejez.....	69
Recuadro 5	La diversidad del envejecimiento a escala subnacional en Panamá.....	70
Recuadro 6	Tasa de dependencia económica en la vejez.....	109
Recuadro 7	Principios fundamentales de los servicios de cuidados de largo plazo.....	153

Diagramas

Diagrama 1	Fases del proceso de cuidado.....	18
Diagrama 2	El cuidado de las personas mayores en las Conferencias Regionales Intergubernamentales sobre Envejecimiento (CRE) de la CEPAL.....	21
Diagrama 3	Elementos básicos del marco jurídico e institucional de los cuidados de largo plazo y sus entornos de implementación en la Convención Interamericana.....	29
Diagrama 4	Beneficios y servicios de la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral.....	119
Diagrama 5	Cuba: servicios de cuidados de largo plazo según el tipo de prestador.....	125
Diagrama 6	Necesidades de cuidados de largo plazo.....	131
Diagrama 7	Elementos clave para el diseño de una política de cuidado de largo plazo.....	133
Diagrama 8	El papel de los actores de los cuidados de largo plazo.....	135
Diagrama V.A1.1	Servicios de cuidados de largo plazo según tipo de entorno.....	141
Diagrama 9	Integración multisectorial y multinivel para una protección social de cuidados de largo plazo.....	153

Mapa

Mapa 1	República Dominicana: servicios de cuidado de largo plazo, febrero de 2023.....	126
--------	---	-----

Resumen

En este documento se aborda la compleja realidad de los cuidados de largo plazo en el Caribe hispano, Centroamérica y México, una subregión que experimenta una transición demográfica diversa y desafiante. Se examina la evolución del concepto de cuidado, desde una íntima responsabilidad familiar hasta una obligación pública del Estado. Se propone una visión de interdependencia en los cuidados, superando la dicotomía tradicional entre autonomía y dependencia. Se enfatiza que los cuidados de largo plazo son un derecho humano fundamental, reconocido en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Se ofrece un análisis profundo de las tendencias demográficas y sus implicaciones, proyectando un crecimiento poblacional significativo y un aumento sustancial de la población adulta mayor para 2070. Se examinan indicadores clave de envejecimiento y se destaca el aumento de la esperanza de vida y el crecimiento de la población centenaria. Se analiza el escenario socioeconómico, incluyendo la formación de hogares multigeneracionales y los cambios en la salud de las personas mayores.

Se proyecta un aumento en la población con discapacidad severa y una demanda creciente de servicios al final de la vida. Asimismo, se exploran algunas de las oportunidades económicas en el sector de cuidados y se examinan ciertos modelos de políticas en diferentes países. Se concluye destacando la importancia de abordar los cuidados de largo plazo no solo como un desafío para los sistemas de protección social, sino como un reflejo de los valores sociales y el respeto a la dignidad humana.

Presentación

En el umbral de una profunda transformación demográfica, nos encontramos ante un desafío que trasciende fronteras y generaciones: el cuidado de largo plazo. Este documento se presenta como una guía indispensable para comprender y abordar esta realidad en Centroamérica, el Caribe hispano y México, donde el envejecimiento poblacional avanza con una velocidad y complejidad que demandan respuestas políticas audaces e innovadoras.

La obra, fruto de una investigación exhaustiva y multidimensional, no solo ofrece un diagnóstico preciso de la situación actual, sino que trasciende los qué hacer para avanzar hacia los cómo hacerlo, proponiendo soluciones concretas alineadas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas. Se trata del primer estudio sistemático sobre el tema que publica la CEPAL. Su análisis abarca la compleja interacción entre los cambios demográficos, epidemiológicos y sociales que están reconfigurando la demanda y provisión de cuidados de largo plazo en la subregión.

A través de un recorrido por países como Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, México, Panamá y la República Dominicana, el estudio revela la diversidad de perfiles demográficos y proyecta los escenarios de dependencia y disponibilidad de cuidadores. Esta perspectiva comparativa ofrece una visión valiosa sobre cómo diferentes contextos socioeconómicos moldean los enfoques de cuidado, subrayando la necesidad de soluciones transformadoras y adaptadas a cada realidad nacional.

En el documento se desmitifica la noción del cuidado como carga social, replanteándolo como una responsabilidad compartida que enriquece tanto a quien lo brinda como a quien lo recibe. El análisis se adentra en la complejidad de la interdependencia humana recordándonos que, a lo largo de nuestras vidas, todos somos potenciales cuidadores y receptores de cuidado y señala que todos requerimos cuidados, requerimos cuidar y requerimos de autocuidado. Esta visión se entrelaza con un análisis incisivo de las dinámicas de poder inherentes a las relaciones de cuidado.

Los contenidos del documento desafían la noción simplista de autonomía como mera autosuficiencia, revelando cómo nuestro bienestar está intrínsecamente ligado a una red de interdependencias. Esta perspectiva nos insta a reconocer que la verdadera

fortaleza de una sociedad radica en su capacidad para tejer redes de apoyo mutuo, donde la autonomía se construye no en el aislamiento, sino en la conexión y el cuidado recíproco.

Un aspecto central de esta obra es su enfoque de la vejez, no como un período uniforme de dependencia, sino como una etapa influenciada por las condiciones de vida previas y las circunstancias actuales. La autora establece conexiones claras entre la pobreza, la desigualdad y la demanda de cuidados, instándonos a considerar el cuidado como parte integral de la organización social y los sistemas de protección social.

Las propuestas concretas para fortalecer los sistemas de cuidados de largo plazo constituyen la mayor contribución de este trabajo. Incorporar estos cuidados en los sistemas de protección social emerge como un eje central, no solo para cumplir con el ODS 1 de fin de la pobreza, sino también para prevenir la exclusión social de quienes brindan estos cuidados, en su mayoría mujeres, avanzando así en el ODS 5 de igualdad de género.

En el documento se ofrece una hoja de ruta clara y fundamentada que abarca desde el desarrollo de marcos legales y políticos robustos, hasta la diversificación y expansión de los servicios, pasando por la profesionalización del trabajo de cuidados y la exploración de esquemas de financiamiento sostenibles. Esta visión se alinea con el ODS 8, al reconocer el potencial de los cuidados de largo plazo para generar de empleos formales, especialmente para quienes lo necesitan.

Fundamentado en la ética del cuidado y en una perspectiva de derechos humanos, este trabajo nos recuerda que los cuidados de largo plazo no son solo una necesidad social, sino un derecho reconocido internacionalmente en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Nos insta a repensar nuestros sistemas de protección social, a priorizar y a valorar el trabajo de cuidados remunerado y no remunerado como pilares fundamentales para el desarrollo sostenible.

Este documento es una invitación a construir un futuro en el que todas las personas, independientemente de su edad o condición, puedan disfrutar de una vida independiente con dignidad y seguridad. Un futuro en el que los cuidados de largo plazo sean un derecho garantizado y una responsabilidad compartida por toda la sociedad, donde el Estado tiene un papel central. Es una herramienta analítica y propositiva de utilidad para políticos, académicos, profesionales de la salud y cualquier persona interesada en construir comunidades más justas e inclusivas.

Confiamos en que sus hallazgos y propuestas inspiren políticas públicas audaces, alianzas innovadoras y la movilización social hacia la construcción de una sociedad de cuidados. Porque el envejecimiento no es un problema por resolver, sino una oportunidad para construir sociedades más justas y solidarias. Sociedades capaces de cuidar a quienes nos han cuidado y de honrar la dignidad inherente a cada vida humana, hasta el final de sus días, como parte integral de nuestro compromiso con un futuro sostenible para todas y todos.

Jorge Mario Martínez Piva
Oficial a Cargo
Sede subregional de la CEPAL en México

Introducción

La vida en sociedad conlleva una verdad ineludible: todas las personas, en algún momento, necesitarán cuidados. Esta realidad, tan humana como universal, se vuelve cada vez más apremiante a medida que las poblaciones envejecen. Los cuidados de largo plazo, definidos acertadamente por Addati y otros (2022) como una pieza esencial del continuum de políticas y servicios de cuidado a lo largo de la vida, se han convertido en un tema crucial a nivel global.

Este documento se sumerge en la compleja realidad de los cuidados de largo plazo en el Caribe hispano, Centroamérica y México. La subregión presenta un mosaico de realidades demográficas, desde países que apenas comienzan a sentir los primeros efectos del envejecimiento poblacional hasta aquellos que ya enfrentan los desafíos de sociedades altamente envejecidas. Esta diversidad demanda respuestas diferenciadas, pero igualmente urgentes.

A lo largo de estas páginas se examina la evolución del concepto de cuidado. Se ha sido testigo de su transformación: de ser considerado una responsabilidad exclusivamente familiar y privada, hasta reconocerse como una obligación del Estado en el ámbito público. El movimiento de mujeres ha sido clave en este tránsito, al que se han sumado otros grupos como las personas con discapacidad y las personas mayores, enriqueciendo y ampliando la comprensión del cuidado.

El estudio de los cuidados de largo plazo en esta subregión se alinea directamente con varios Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos por las Naciones Unidas. En particular, este trabajo contribuye al ODS 3, “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, al abordar las necesidades de salud y bienestar de las personas mayores. También se relaciona estrechamente con el ODS 5, “Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas”, al examinar las dimensiones de género en la provisión y recepción de cuidados. Además, el análisis de las desigualdades en el acceso a los cuidados de largo plazo se vincula con el ODS 10, “Reducir la desigualdad en y entre los países”. Por último, la discusión sobre políticas y sistemas de cuidados contribuye al ODS 16, “Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas”. Al abordar estos temas, en este documento no solo se analiza una realidad regional específica, sino que también se contribuye a la conversación global sobre el desarrollo sostenible.

El cuidado, como todo fenómeno social y político, ha evolucionado con el tiempo. Si bien tradicionalmente se ha concebido en términos de autonomía, tanto para quien lo brinda como para quien lo recibe, la comprensión actual va más allá. En este documento se propone una visión matizada y compleja: la de la interdependencia. En la sociedad contemporánea, reconocer esta interdependencia es fundamental. Como se explora en estas páginas, no existe una autonomía absoluta ni una dependencia total. Los seres humanos experimentan el cuidado como un continuo de dar y recibir a lo largo de sus vidas, una fusión constante de roles que cambian con el tiempo y las circunstancias.

Este entendimiento de la interdependencia es uno de los mensajes centrales de este trabajo. Los cuidados, especialmente los de largo plazo, no se limitan a la asistencia unidireccional hacia personas dependientes. Son, en cambio, un proceso complejo y multifacético que refleja una interconexión fundamental. En las diferentes posiciones que tienen los individuos en la familia o como miembros de la comunidad, todos participan en esta red de cuidados, contribuyendo y beneficiándose de ella en diferentes momentos y de diversas maneras.

Los cuidados de largo plazo trascienden la mera provisión de servicios; constituyen un derecho humano fundamental, reconocido explícitamente en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Esta responsabilidad abarca un amplio espectro, desde el apoyo en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria hasta el acompañamiento compasivo al final de la vida, sin olvidar el fomento de relaciones sociales que propicien una vida plena e independiente.

No obstante, es preciso reconocer que en los países estudiados y en la región latinoamericana en general, los cuidados de largo plazo no siempre reciben la visibilidad y el apoyo que su importancia amerita. Este tema a menudo queda relegado a un segundo plano en las agendas políticas y sociales. Las razones de esta situación merecen un análisis cuidadoso. Por un lado, se podría atribuir a una insuficiente conciencia sobre las implicaciones del cambio demográfico en curso, eclipsada por las urgencias inmediatas que enfrentan los países. Por otro lado, la fuerza política de las personas mayores no siempre alcanza a la que tienen otros grupos sociales, por lo que sus preocupaciones suelen ser rehuidas.

Con este trabajo se busca contribuir a cambiar esta narrativa, poniendo de relieve la importancia crítica de los cuidados de largo plazo en el contexto de sociedades en transformación. Se insiste en la importancia de un diálogo más abierto y proactivo sobre el envejecimiento, la igualdad de género y los cuidados, reconociendo que abordar la intersección de estos temas no solo beneficia a las personas mayores, sino que fortalece el tejido social en su conjunto y mejora las políticas de cuidado en general.

En este documento se ofrece un análisis profundo y revelador de las tendencias demográficas en la subregión y sus consecuencias para los cuidados de largo plazo con base en las proyecciones de población de las Naciones Unidas, revisión 2022, disponibles al momento de la redacción del documento. Esta exploración no solo proporciona una visión demográfica prospectiva de los países analizados, sino que también alerta sobre los desafíos y oportunidades que se avecinan en el ámbito de los cuidados de largo plazo.

Uno de los hallazgos más significativos del estudio es la diversidad que existe entre los países de la subregión en términos de crecimiento poblacional y etapas de transición demográfica. A pesar de esta diversidad, se proyecta una tendencia general

de crecimiento poblacional en la subregión hasta 2059, cuando se espera alcanzar los 250,1 millones de habitantes. Un mensaje central en tal sentido es la profunda transformación que está experimentando la estructura etaria de los países analizados. En términos generales, se observa una disminución gradual de la población infantil, acompañada de un aumento significativo de la población adulta mayor. La proyección para 2070 de que casi el 30% de la población subregional tendrá 60 años o más es un dato que debe captar profundamente la atención.

El análisis se enriquece con la exploración de indicadores clave de envejecimiento poblacional. El aumento de la edad mediana y del índice de envejecimiento en la subregión ofrece una imagen clara de cómo estas sociedades están madurando demográficamente. La clasificación de los países según su etapa de envejecimiento, desde “joven” hasta “muy envejecido” resulta muy útil porque permite comprender la diversidad de situaciones en la subregión y anticipar las diferentes necesidades que surgirán en cada contexto.

Otro de los aspectos destacados es el aumento de la esperanza de vida, tanto al nacer como a los 60 años. Este logro va unido al crecimiento de la población centenaria. Este grupo demográfico, aunque aún pequeño en términos relativos, tiene consecuencias únicas para los cuidados de largo plazo porque no existe experiencia previa acerca de lo que significa la sobrevivencia hasta tan avanzadas edades. Los promedios, sin embargo, esconden situaciones particulares que se viven al interior de los países. Las diferencias territoriales y las desigualdades por origen étnico indígena contribuyen a dibujar una realidad variopinta, del cual el envejecimiento de las poblaciones, la extensión de la longevidad, entre otros indicadores demográficos, tienen una expresión específica.

El escenario socioeconómico de los cuidados de largo plazo también forma parte de este trabajo. Un hallazgo crucial es la tendencia hacia la formación de hogares multigeneracionales. Esta realidad tiene implicaciones directas para los cuidados, ya que incluso en países menos envejecidos la proporción de hogares con al menos una persona mayor es significativa. Además, se observa un aumento en la jefatura de hogar por parte de personas mayores en varios países.

En el ámbito de la salud, se analiza la esperanza de vida sana a los 60 años y los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Se destaca cómo la carga creciente de enfermedades no transmisibles está restando años de buena salud a la población adulta mayor. La pandemia por COVID-19 ha añadido una nueva dimensión, impactando particularmente en la salud y la capacidad funcional de las personas mayores¹.

Las proyecciones indican un aumento sustancial en la población adulta mayor con discapacidad severa para 2050, así como una creciente necesidad de rehabilitación, especialmente por enfermedades musculoesqueléticas en la población de 75 años y más. El análisis también revela una creciente demanda de cuidados paliativos, subrayando cómo el perfil epidemiológico de la población adulta mayor resulta en trayectorias de sufrimiento asociado a la salud al momento de morir.

En el documento se ofrecen posibles escenarios de cuidados basados en diversas tasas de dependencia, incluyendo la tasa de dependencia ajustada por salud y la tasa de dependencia de cuidados. Se examina además cómo cambiará la relación entre la población de edad muy avanzada y la población de mediana edad, destacando las

¹ La capacidad funcional se entiende como los atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que tiene razones para valorar (EURO, 2022, pág. V).

implicaciones para la disponibilidad de cuidadores familiares. También se exploran las oportunidades económicas. Los cuidados de largo plazo emergen como un potencial motor de empleo formal, especialmente para las mujeres, ofreciendo una vía para el desarrollo económico y social. Se presentan proyecciones de inversión en cuidados de largo plazo para Costa Rica y México, analizando los potenciales impactos en la creación de empleo y la formalización del trabajo.

Para conocer las respuestas que los países estudiados están desplegando frente a esta realidad, se modelan las políticas de cuidado de largo plazo en tres países. Se examinan las innovadoras redes de cuidado comunitario en Costa Rica, los servicios estatales integrales de Cuba, y los avances en la República Dominicana. Cada modelo ofrece lecciones valiosas y refleja las particularidades culturales, económicas y políticas de su contexto.

Una consulta a especialistas de la subregión revela preocupaciones centrales, como la limitada intervención del Estado en la prestación de cuidados de largo plazo en varios países y el progresivo avance de los prestadores privados ante este vacío. Se identifican las principales necesidades en cuidados de largo plazo y se analizan los desafíos para la implementación de políticas efectivas. Se destaca la importancia crucial de la regulación, la necesidad de condiciones laborales dignas para los cuidadores y el imperativo de un financiamiento sostenible y progresivo.

El documento se concluye con una recapitulación de los contenidos y se presentan algunas recomendaciones. Se enfatiza que el desafío de los cuidados de largo plazo no es solo una cuestión de políticas públicas o de recursos económicos, sino un reflejo de cómo se valora la dignidad humana y se protegen los derechos humanos hasta el final de la vida. Un aspecto destacado de las recomendaciones es la inclusión de los cuidados de largo plazo en los sistemas de protección social, por medio de dos vertientes: el trabajo de cuidados y los servicios de cuidado de largo plazo.

Con este trabajo no se pretende ofrecer soluciones definitivas, sino que sirva como punto de partida para un diálogo necesario y urgente. El futuro de los cuidados de largo plazo concierne a todas las personas, ya sea como potenciales receptoras de cuidados, como cuidadoras o como miembros de una sociedad que aspira a ser más justa y solidaria.

La forma en que se aborden los cuidados de largo plazo definirá no solo la calidad de vida de las personas, sino también el tipo de sociedad que se aspira construir para las generaciones venideras. Es hora de enfrentar este reto con el apremio, la creatividad y el compromiso que merece.

Para elaborar este documento se ha contado con la colaboración de distintas instituciones y personas que han compartido sus conocimientos, experiencias y propuestas en torno al tema en estudio. En particular, se agradece la contribución de personas expertas en el tema de Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá y la República Dominicana, así como los comentarios y sugerencias de Miguel del Castillo, Christian Curtis y Emiliana Rivera, quienes de manera generosa han colaborado para mejorar la exposición de los contenidos de esta obra.

Por último, la portada del documento representa un mosaico, una perfecta metáfora de la interdependencia, mensaje central de sus contenidos. En el mosaico cada pieza individual, aunque única, solo cobra verdadero significado y belleza cuando se une con las demás, creando una imagen mayor que depende de la conexión y el apoyo mutuo entre sus partes. Se agradece a Pilar Pérez Medina por la imagen de la portada, que materializa la visión que se busca transmitir.

I. Continuo de los cuidados: una mirada comprehensiva

En este primer capítulo se ofrece un marco conceptual sobre los cuidados en general y los cuidados de largo plazo. Se reconoce que ambos conceptos tienen varias acepciones y para efectos de este estudio se ha elegido una perspectiva propia que interpreta de mejor manera la situación de los países estudiados, así como la contribución que las personas mayores han hecho a este debate. Se incluye como parte destacada los cuidados al final de la vida. Este tipo de cuidados, aunque puede tener un desarrollo particular e independiente, tiene una función esencial dentro de los cuidados de largo plazo, ya que las personas que lo reciben tienen una alta probabilidad de muerte.

A. Los cuidados en perspectiva

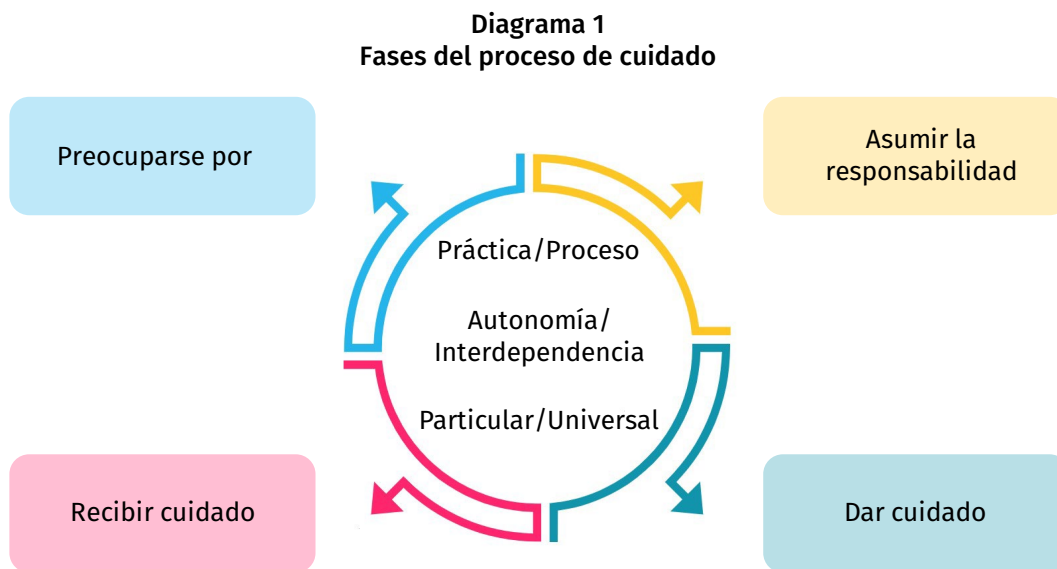
En el documento *Transformar los sistemas de cuidados en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible y nuestra agenda común*, las Naciones Unidas (2024) señalan que los cuidados

“sustentan las formas de vida y son fundamentales para las personas y el planeta. Los cuidados pueden entenderse como una actividad de la esfera que abarca todo lo que hacemos para mantener, perpetuar y reparar nuestro mundo. Por otro lado, se entiende que los cuidados tienen cuatro fases: preocuparse, hacerse cargo, cuidar y recibir cuidados” (pág. 6).

Esta definición coincide con la que Tronto utiliza en *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care* (1993), donde ofrece una comprensión amplia del cuidado, describiendo su definición, fases y su relevancia ética y política. La autora define el cuidado como “una actividad fundamental que abarca todo lo que se hace para mantener, continuar y reparar el mundo. Incluye los cuerpos, el sí mismo y el entorno, que se entrelazan en una compleja red que sustenta a vida” (pág. 103). Asimismo, enfatiza que el cuidado es tanto una práctica como una disposición y que es culturalmente definido y varía entre diferentes sociedades, aunque tiene una naturaleza universal que puede ser estandarizada para evaluar si el cuidado es adecuado.

Tronto (1993) identifica cuatro fases del proceso de cuidado (véase el diagrama 1)²:

- Preocuparse por (*caring about*): Reconocer las situaciones que requieren cuidado, identificarlas y evaluarlas.
- Responsabilizarse por (*taking care of*): Asumir la responsabilidad de esa necesidad y determinar cómo responder a ella, lo cual implica una noción de agencia y responsabilidad.
- Dar cuidado (*care-giving*): Proporcionar directamente el cuidado necesario, lo que generalmente implica trabajo físico y contacto directo con el sujeto del cuidado.
- Recibir cuidado (*care-receiving*): La respuesta del sujeto de cuidado a la atención recibida, lo que es importante para evaluar si sus necesidades han sido efectivamente satisfechas (págs. 108-109).



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de J. Tronto, *Moral Boundaries: political argument for an Ethic of Care*, Nueva York, Routledge, 1993.

Tronto (1993) indica que el cuidado no se reduciría a una mera teoría o posición abstracta sobre las necesidades humanas y sus respuestas, sino que representa una práctica continua que puede conceptualizarse como un proceso dinámico. En este proceso, las personas desempeñan roles diversos y establecen relaciones variadas, desde ser receptoras hasta proveedoras de cuidado, con todas las fases intermedias. Esta omnipresencia en la experiencia humana está estrechamente ligada a la vulnerabilidad inherente de todas las personas, derivada tanto de características individuales como de la vida en sociedad.

Las vulnerabilidades suelen asociarse con aspectos como la edad, el género, la discapacidad o el estado de salud, entre otros. Estas características pueden convertirse en

² Traducción de la autora.

desventajas cuando afectan la capacidad intrínseca³ de las personas para manejar o enfrentar riesgos (Huenchuan, 2023). Así, reconocer la vulnerabilidad compartida como base para el intercambio de cuidado desafía la noción de que los seres humanos son completamente autónomos o idénticos entre sí.

Los conceptos de autonomía y dependencia también requieren clarificación dentro del contexto del cuidado. Tradicionalmente, se entiende la autonomía como la capacidad de satisfacer necesidades, expresar deseos, tomar decisiones y alcanzar metas sin restricciones externas (CDDH, 2013), y la dependencia se define por defecto como lo contrario, como la pérdida de capacidad absoluta, con la carga negativa que conlleva.

Sin embargo, como dice Tronto (1993), a lo largo de la vida, “experimentamos diferentes grados de dependencia que coexisten con la autonomía y que interactúan con el proceso de cuidado” (pág. 163). El filósofo Xabier Etxeberria (2017) explica al respecto que la naturaleza social humana implica que la persona experimenta períodos de autonomía y dependencia parciales de otros en distintos momentos de la existencia y que esta dinámica se resuelve de manera positiva a través del cuidado. Por lo tanto, habría que reconocer a los demás y reconocerse a sí mismo como un ser autónomo en la interdependencia, lo que refuta la concepción de autonomía como autosuficiencia total y de la dependencia como pérdida absoluta. Esta última tiene que ser valorada constantemente y nunca asumirse como definitiva.

Otro aspecto que recalcar es la tensión entre lo particular y lo universal. Lo primero se refiere a que el cuidado se ofrece y se recibe en un contexto específico, por lo tanto, debe ser interpretado, analizado y puesto en práctica de acuerdo con el mismo. La construcción del cuidado varía de una cultura a otra, pero a la vez es un elemento universal de la vida humana. En tal sentido, es posible estandarizar la práctica del cuidado para ponderar si responde de verdad a lo que se busca con él, tanto en el sentido de quien lo otorga como de quien lo recibe.

Este último aspecto es muy importante. No hay que olvidar que el cuidado conlleva una relación de poder, en la que es fundamental definir sus límites, responsabilidades, necesidades a atender y su interpretación, competencias, y la protección —en un sentido amplio— de quienes brindan y reciben el cuidado. El establecimiento de estándares por lo tanto es ineludible.

Los derechos humanos juegan un papel crucial en la definición de estándares sobre cuidado, ya que proporcionan un marco normativo internacionalmente aceptado basado en la dignidad y el bienestar de todas las personas. Este marco ayuda a la creación de políticas y prácticas que respetan la autonomía de los individuos, especialmente de aquellos en situaciones de vulnerabilidad como las personas mayores, niños y personas con discapacidad, personas en situación de pobreza, pero también promueven la interdependencia entre todos.

Los derechos humanos impulsan la participación de los grupos desaventajados en la toma de decisiones que afectan sus vidas, incluyendo los servicios de cuidado. La Declaración Universal de Derechos Humanos y otros instrumentos internacionales

³ La capacidad intrínseca es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales de una persona e incluye su capacidad de caminar, pensar, ver, oír y recordar. Distintos factores influyen sobre la capacidad intrínseca como la presencia de enfermedades, los traumatismos y los cambios relacionados con la edad (OMS, 2019).

destacan la importancia de la participación y el consentimiento informado en la provisión de cuidados. De igual manera, los derechos humanos demandan que los servicios de cuidado sean accesibles, asequibles y de alta calidad⁴, proporcionan salvaguardias contra el abuso y la negligencia en el contexto del cuidado, entre otros⁵.

B. El debate sobre los cuidados y la contribución de las personas mayores

1. Definición y evolución de las agendas de cuidados

Se entiende por agendas de cuidado las posturas normativas que definen a quién se debe brindar los cuidados, quién lo hace, a qué costo y qué instituciones, normas de género y políticas públicas los concentran (Esquivel, 2014). El cuidado es parte de distintas agendas políticas —niños, personas con discapacidad, personas mayores, mujeres—. Sus posiciones influyen directamente en la formulación de políticas y respuestas institucionales, impactando tanto a las personas cuidadoras como a quienes reciben el cuidado.

La CEPAL ha sido pionera en la agenda de cuidado para personas mayores, iniciando este proceso en 2003 con la adopción de la Estrategia Regional sobre Envejecimiento (CEPAL, 2004) (véase el diagrama 2). Este trabajo sentó las bases para que posteriormente el cuidado fuera reconocido como un derecho en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en 2015 (OEA, 2015).

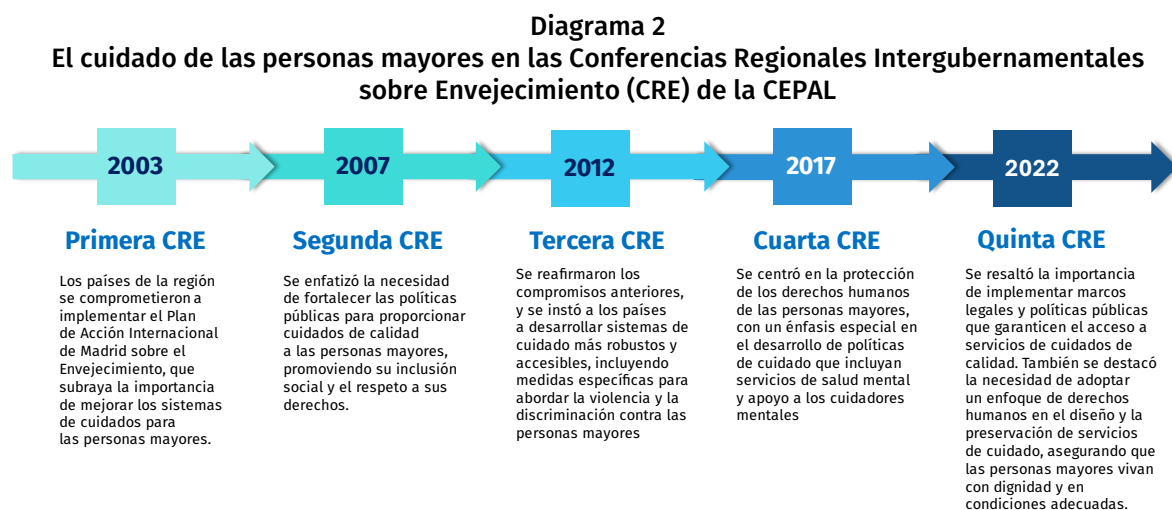
A pesar de esta amplia trayectoria no siempre se ha logrado un pleno reconocimiento de la contribución de las personas mayores, e incluso las agendas paralelas la desconocen. Aquí hay que reconocer que el cuidado en la agenda de género ha logrado un avance más categórico, cuenta con mayor respaldo político internacional y con un corpus de literatura más desarrollado.

La posición del movimiento de mujeres proviene de la filosofía y la economía feministas (Esquivel, 2014); los *policy makers* abordan el cuidado desde la perspectiva de la inversión social, que se debe gestionar en un entorno competitivo de necesidades (Esquivel y Kaufmann, 2016). En cambio, en el caso de las personas mayores, su aproximación más directa es desde los derechos humanos. Ninguna de estas perspectivas puede abarcar la integridad del tema de manera independiente, por lo que el desafío se centra en el diálogo entre los actores que sustentan cada una de ellas.

Este diálogo no debe limitarse únicamente al debate sobre los puntos divergentes entre las agendas, como se acostumbra a hacer, sino procurar encontrar elementos en común. Entre ellos se encuentra la crítica a la constitución de la sociedad actual —donde la valoración de lo productivo se hace en desmedro de lo reproductivo—, los obstáculos que se imponen socialmente a quienes son diferentes, y la noción de carga de tareas como el cuidado. Esto implica comprender que el cuidado no es un fenómeno aislado, sino más bien un componente intrínseco de las estructuras sociales y económicas. Aquí resulta útil la incorporación del cuidado en la noción de reproducción social para resaltar su papel esencial en la creación y sostenimiento de la vida humana y las relaciones sociales, y pone en evidencia su vinculación con la producción económica y el bienestar colectivo.

⁴ Véase el sexto capítulo de este documento.

⁵ Véanse Naciones Unidas (2006); Naciones Unidas (1979); OEA (2015); Naciones Unidas (2000).



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (LC/G.2228), Santiago, 2004; “Declaración de Brasilia”, *Documentos de reuniones intergubernamentales* (LC/G.2359/Rev.1), 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, 2007 [en línea] <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21505-declaracion-brasilia-segunda-conferencia-regional-intergubernamental>; “Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe” (LC/G.2537), Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, 2012 [en línea] <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/12b9bbb4-91a1-4b87-a913-47d3331b92de/content>; “Declaración de Asunción. construyendo sociedades inclusivas: envejecimiento con dignidad y derechos” (LC/CRE.4/3), Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe, Asunción, 27 al 30 de junio de 2017 [en línea] https://conferenciaenvejecimiento.cepal.org/4/sites/envejecimiento4/files/c1700615_0.pdf; y “Declaración de Santiago: derechos humanos y participación de las personas mayores. Hacia una sociedad inclusiva y resiliente” (22-0124), Quinta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe, Santiago, 13 a 15 de diciembre de 2022b [en línea] https://conferenciaenvejecimiento.cepal.org/5/sites/envejecimiento5/files/22-01249_cre.5_declaracion_de_santiago.pdf.

Mediante esta perspectiva enriquecida se logra una comprensión más amplia y profunda de cómo el cuidado no es solamente una cuestión de distribución equitativa de responsabilidades entre hombres y mujeres, sino que está arraigada en las dinámicas fundamentales del sistema social y económico. Al poner el centro de la reflexión sobre la reproducción social, se facilita una comprensión más completa de su relevancia y se abren posibilidades de abordar eficazmente las causas subyacentes de su constitución y las soluciones potenciales.

En efecto, el debate contemporáneo relacionado con el cuidado debe ser interpretado como una interpelación de la intrínseca contradicción entre la esfera productiva y la reproductiva inherente al sistema económico actual. En otras palabras, aunque resulta esencial para la economía, el cuidado se ve relegado a un ámbito doméstico, privado y desvalorizado debido a la actual configuración social (Fraser, 2022).

Esta separación entre la reproducción social y la producción económica resulta en la fragmentación de la labor de cuidado, cuya importancia se ve ensombrecida. La preeminencia de la capacidad de pago como recurso de poder contribuye a esta dinámica, ya que la falta de remuneración o las retribuciones insuficientes refuerzan la situación de marginación de

las personas que se dedican a estas tareas, quienes quedan estructuralmente subordinadas a quienes perciben salarios monetarios en la esfera productiva, a pesar de que la labor reproductiva de las personas cuidadoras constituye las condiciones primordiales para que el trabajo remunerado prospere (Fraser, 2022).

Por lo tanto, las tensiones que se observan en torno al cuidado no son meros incidentes fortuitos, sino que derivan de los cimientos estructurales del entramado social. Este orden social, al tiempo que relega el valor de los cuidados, impulsa a muchas mujeres a incorporarse a la fuerza laboral o migrar, con sueldos que no cubren los costos socialmente necesarios para la reproducción. Esto sucede en un contexto de limitadas inversiones públicas en el bienestar social, lo que conduce a la externalización de la responsabilidad del cuidado, donde la presión recae sobre las familias que, al no tener tiempo ni apoyo, se ven compelidas, en el mejor de los casos, a recurrir al mercado para atender a sus dependientes. Esta dinámica resulta en la mercantilización del cuidado, donde esta labor es tratada como una mercancía sujeta a intercambio comercial (Fraser, 2022).

2. La sostenibilidad de la vida y la interseccionalidad en el trabajo de cuidados

En este punto también es pertinente referirse a la sostenibilidad de la vida. Esto significa que las tareas de cuidar el bienestar propio y ajeno, la regeneración cotidiana de las personas —los cuerpos y emociones en los diferentes momentos del ciclo vital— son lo que garantizan la sobrevivencia humana. El cuidado es parte del ciclo de vida donde se puede cuidar a generaciones anteriores y también a las venideras, a la vez que se es receptor constante de cuidado. Como ha enseñado Xabier Etxeberria, aun en los momentos más complejos del cuidado hay un flujo de receptividades y responsabilidades que se crea entre la persona que cuida y la que es cuidada, contrario a la percepción habitual de que uno es el dador puro y otro el puro receptor (Etxeberria, 2022).

El cuidado no es una pérdida para la sociedad; se construye así cuando no existen las condiciones para realizarlo. Esto implica que, si quienes cuidan tuvieran la oportunidad de hacerlo en condiciones óptimas (apoyo emocional, descanso adecuado, equilibrio con la vida personal y profesional, formación y recursos, apoyo financiero, flexibilidad laboral, reconocimiento, entre otros) y donde cuidar sea una responsabilidad y no una obligación, tal vez las dinámicas relacionadas con esta función serían sensiblemente diferentes. Esta perspectiva no minimiza los desafíos que enfrentan las mujeres debido a la tradicional división sexual del trabajo de cuidado. Si no se aborda esta problemática, las dificultades subyacentes persistirán. Sin embargo, no solo el género, sino también el origen étnico y la clase deben conjugarse para comprender mejor a las personas cuidadoras.

La intersección de género y clase es evidente en que muchas mujeres que realizan trabajos de cuidado provienen de contextos socioeconómicos desfavorecidos. Estas mujeres a menudo enfrentan bajos salarios, largas jornadas laborales y condiciones de trabajo precarias. Además, la falta de protección social y de derechos laborales hace que su situación sea aún más vulnerable (Folbre, 2012).

El origen étnico añade otra causa de discriminación y desigualdad. Las mujeres de minorías étnicas y de Pueblos Indígenas suelen estar sobrerrepresentadas en trabajos de cuidado mal remunerados y sin reconocimiento. Esta sobrerrepresentación no es accidental, sino que refleja históricas estructuras de poder y discriminación que han relegado a estas mujeres a los márgenes del mercado laboral (Glenn, 2010). La intersección

de género, origen étnico y clase se manifiesta también en la migración. Muchas mujeres migrantes encuentran empleo en el sector de cuidados en los países de destino, donde enfrentan barreras lingüísticas, legales y culturales. Estas barreras dificultan su integración y aumentan su vulnerabilidad a la explotación y el abuso (Parreñas, 2001).

Por lo tanto, para abordar de manera efectiva las desigualdades en el trabajo de cuidados, es esencial adoptar una perspectiva interseccional que reconozca cómo estas distintas formas de discriminación y opresión se entrelazan. Solo así se podrán diseñar políticas y programas que realmente mejoren las condiciones de vida y trabajo de las personas cuidadoras, reconociendo y valorando su contribución a la sociedad.

3. Hacia una sociedad del cuidado que reconozca los cuidados de largo plazo

El cuidado se desenvuelve en un terreno político complejo, donde la valoración tradicional de la autonomía en términos masculinos ha tendido a prevalecer sobre la reproducción social y el cuidado. La inserción en el mercado laboral remunerado y la obtención de un ingreso monetario se perciben como la única vía hacia la autonomía, perpetuando así una jerarquía que subordina lo reproductivo a lo productivo. Esta dinámica refleja cómo la cultura occidental, en su afán por promover el individualismo y la preminencia de proyectos personales, a menudo perpetúa desigualdades estructurales que relegan el cuidado a un segundo plano.

Buscar una perspectiva alternativa en este contexto es un desafío considerable, pero hay avances. Tanto en la agenda de género como en la de las personas mayores hay un reconocimiento creciente de la importancia del cuidado, su valoración y respeto. En el ámbito de las personas mayores, la Convención Interamericana ha sido un paso significativo al incluir explícitamente el derecho al cuidado y la consideración de las personas cuidadoras, reconociendo así su papel crucial. Este enfoque no invisibiliza a las mujeres como proveedoras de cuidado.

Otro punto de coincidencia entre estas agendas es la búsqueda de la autonomía a través de los cuidados. Mientras que para las mujeres la autonomía implica, entre otros, poder tomar decisiones libremente en un contexto de igualdad, libre de violencia y discriminación (CEPAL, s/f), para las personas mayores se define como la capacidad de dirigir su propia vida de manera independiente, conforme a sus propias decisiones y circunstancias⁶. Esta convergencia es crucial al considerar los cuidados a largo plazo en la vejez, donde se aboga por una vida independiente que garantice a todas las personas que requieren cuidados a largo plazo la posibilidad de residir en la comunidad con las mismas opciones que el resto de las personas, incluyendo la libertad de elegir dónde y con quién viven, sin estar limitadas a un modelo de vida específico (Consejo de la Unión Europea, 2022).

Al reconocer y conectar las diferentes agendas en marcha, se podría avanzar hacia un enfoque más inclusivo y valorar adecuadamente el papel fundamental de los cuidados en la vida. Por ello, la propuesta de la sociedad del cuidado promovida por la CEPAL (2022a) es tan relevante para los cuidados de largo plazo de las personas mayores. Según su definición,

⁶ La autonomía se define como un derecho en el artículo 7 de la Convención Interamericana y se refiere a la capacidad de tomar decisiones, a definir el plan de vida, desarrollar una vida autónoma e independiente, conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones y a disponer de mecanismos para poder ejercer sus derechos (OEA, 2015).

esta sociedad reconoce que la vulnerabilidad es inherente a la condición humana y que todas las personas tienen la capacidad tanto de recibir como de brindar cuidados.

Las personas mayores forman parte de esta sociedad del cuidado, no solo como receptores de cuidados, sino también como proveedoras, especialmente las mujeres. Los cuidados en la vejez están estrechamente ligados a la solidaridad y la interdependencia entre individuos y generaciones, dos elementos esenciales para avanzar hacia un nuevo contrato social⁷ que se requiere para construir una sociedad del cuidado que impulsa la CEPAL.

C. Cuidados de largo plazo

1. Coexistencia de definiciones a nivel mundial de los cuidados de largo plazo

En 2019, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES) y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos reconocieron la importancia de contar con una definición amplia de los cuidados de largo plazo (CLP), y señalaron que podría tener implicaciones significativas en la regulación legislativa para garantizar el disfrute del derecho, así como en determinar las formas y el alcance del apoyo y la financiación estatales necesarios para asegurar dicho disfrute (Naciones Unidas, 2019).

A pesar de ello, a nivel internacional, se observa la falta de consenso sobre una definición de los cuidados de largo plazo, lo que afecta la coherencia de las diversas modalidades de atención en todo el mundo. Esta carencia incluso dificulta el reconocimiento de los cuidados de largo plazo como una cuestión de política pública en los países en desarrollo.

En el mundo coexisten diversas definiciones de cuidados a largo plazo, respaldadas por organismos internacionales e intergubernamentales. Para la OMS (2022), los cuidados a largo plazo

“incluyen una amplia gama de servicios personales, sociales y médicos y apoyo, que aseguran que las personas con o en riesgo de sufrir una pérdida significativa de capacidad intrínseca (debido a una enfermedad mental o física, o una discapacidad) puedan mantener un nivel de capacidad funcional compatible con sus derechos básicos y su dignidad humana” (pág. 1).

La OIT (2024) define los cuidados de largo plazo como “los que se proporcionan a las personas de todas las edades que tienen una dependencia funcional a largo plazo” (pág. 7) y la OCDE se refiere a los cuidados de largo plazo como aquellos servicios de atención médica o de enfermería, servicios de cuidado personal y de asistencia dirigidos al alivio del dolor y el sufrimiento, o a reducir o gestionar el estado de salud de personas con cierto grado de dependencia a largo plazo (Muir, 2017; Oliveira y Llena-Nozal, 2020).

En las Naciones Unidas, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible a la salud física y mental señaló en su informe de 2011 que los cuidados de largo plazo envuelven “toda una variedad de servicios (médicos o de

⁷ El contrato social se define como el acuerdo tácito que tiene la sociedad de cómo resuelve los problemas comunes, se manejan los riesgos y se añan recursos para suministrar bienes públicos, y de cómo funcionan sus normas e instituciones colectivas (Naciones Unidas, 2021).

otro tipo) que ayudan a satisfacer las necesidades tanto médicas como no médicas de las personas que padezcan una enfermedad crónica o una discapacidad, y no pueden cuidar de sí mismas por largo período de tiempo” (Naciones Unidas, 2011, pág. 14). Por último, para la Comisión Europea, los cuidados de largo plazo son “una gama de servicios y asistencia para las personas que, debido a su fragilidad o discapacidad mental o física durante un largo período, dependen de ayuda para llevar a cabo actividades de la vida diaria o necesitan cuidados de enfermería permanentes” (Comisión Europea, 2022, pág. 23).

La heterogeneidad puede ser más amplia cuando se estudia el tema a nivel nacional; aunque, analizadas en su conjunto, las definiciones consignadas en los párrafos anteriores contienen elementos comunes de los cuidados de largo plazo, útiles para identificar el contenido esencial del concepto:

- Las definiciones reconocen que los cuidados a largo plazo se dirigen a personas con pérdida significativa de capacidad intrínseca durante un largo período de tiempo, por razones como la edad avanzada, enfermedades crónicas o discapacidades.
- Destacan la importancia de mantener un nivel de capacidad funcional compatible con la dignidad y los derechos humanos de las personas que necesitan cuidados a largo plazo.
- Reconocen que los cuidados de largo plazo abarcan una amplia gama de servicios, que pueden incluir desde el apoyo emocional hasta intervenciones de alta complejidad.

Habría que agregar que, debido a la naturaleza de los cuidados de largo plazo y a que los usuarios son generalmente personas de edad avanzada, los cuidados al final de la vida también deben formar parte de este tipo de cuidados, como se propone en este documento.

2. El consenso regional sobre los cuidados de largo plazo

El cuidado expresa la relación de interdependencia del ser humano con respecto a la sociedad en la que vive y si bien en principio estuvo muy ligado a la noción de autonomía personal (entendida como autosuficiencia), con el correr del tiempo se observa que esta noción está cambiando.

Determinar la independencia y la dependencia de una persona es un dilema muy difícil de resolver, no solo en el caso de las personas mayores. La dependencia es un riesgo constante en la vida del ser humano. Las personas pueden necesitar cuidados intensivos o de largo plazo debido a una discapacidad, una enfermedad crónica o un trauma, situaciones que pueden limitar su capacidad para llevar a cabo el cuidado personal básico o las tareas cotidianas (véase el recuadro 1).

El problema se agudiza para las personas mayores con una independencia fragilizada (derivada de los obstáculos del entorno físico y social), porque el estándar de normalidad se basa en mantener la autosuficiencia para comer, bañarse o moverse, pero el entorno no siempre lo facilita. En algunos casos, para acercarse al patrón deseado necesitan de ayuda técnica, pero muchas de ellas no podrán obtenerla. Es ahí, en esa intersección —y no en los extremos— donde tiene que ubicarse el cuidado, como un puente entre la autonomía real y la potencial. Si la segunda no es igual a la primera, entonces se produce la injusticia (Etxeberria, 2014).

Para entender el profundo significado de lo que se intenta asegurar con el cuidado es de suma importancia no confundirlo con el concepto de nivel de vida adecuado. Los servicios de cuidado deben hacerse cargo de los problemas que surgen con el envejecimiento individual⁸, pero la pérdida de capacidad funcional, nunca —ni siquiera en los casos de mayor deterioro— debe conducir a la transgresión de la dignidad del ser humano. Por el contrario, la persona mayor tiene que vivir sus pérdidas en un marco de seguridad, donde se fortalezca su independencia potencial por medio de ayudas que intensifiquen aquellas capacidades que se mantienen o que se puedan recuperar (Etxeberria, 2014).

Recuadro 1

Actividades básicas de la vida diaria

Los servicios de cuidados de largo plazo (CLP) ayudan a las personas a vivir de manera independiente y segura, cuando ya no pueden realizar actividades cotidianas por sí mismas, categorizadas en tres tipos de actividades:

- Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son las más elementales y consisten en poder realizar en forma independiente las actividades de alimentación, aseo, vestuario, movilidad, continencia y uso del baño.
- Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son llamadas así porque requieren algunos instrumentos y precisan mayor indemnidad del individuo para ser realizadas, permitiéndole a la persona tener una vida social mínima. Dentro de ellas se cuentan el uso del teléfono, el cuidado de la casa, la salida de compras, la preparación de la comida, el uso de medios de transporte, el uso adecuado del dinero y la responsabilidad sobre sus propios medicamentos.
- Las actividades para mantener la actividad social de forma independiente (por ejemplo, reunirse con amigos o con familiares). Su falta puede conducir al aislamiento social, lo que puede resultar en el deterioro de la salud física y mental.

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez* (LC/W.113), Santiago, 2006; y de Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), *Time for Better Care at the End of Life, OECD Health Policy Studies*, París, OECD Publishing, 2023.

A diferencia de otras partes del mundo, en América Latina y el Caribe existe un instrumento jurídicamente vinculante que establece el derecho al cuidado de largo plazo para las personas mayores. Se trata de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores⁹, que constituye un caso inédito en el mundo y debería servir de orientación para el quehacer de los gobiernos en el tema, hayan o no ratificado la Convención.

En el artículo 12 de la Convención, sobre “Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo” se establece lo siguiente:

⁸ “El envejecimiento individual es un proceso multifacético. Desde el punto de vista de la salud, implica cambios biológicos, psicológicos y funcionales con consecuencias variables para los individuos. Recoge el proceso de desarrollo individual a lo largo de la vida de una persona, asociado con las transiciones de la vida, el cambio de los roles sociales y la adquisición de características personales y grupales (por ejemplo, cohortes)” (CEPE, 2021, pág. xi).

⁹ En adelante, la Convención Interamericana.

“La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados¹⁰ que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía” (OEA, 2015, pág. 19).

Este artículo debe interpretarse en consonancia con el párrafo 10 del artículo 2 de la Convención, que define al sujeto del derecho al cuidado de largo plazo, y con el inciso c) del artículo 12, que establece las obligaciones del Estado en relación con este derecho (véase el recuadro 2).

<p style="text-align: center;">Recuadro 2</p> <p style="text-align: center;">Obligaciones del Estado con respecto a los cuidados de largo plazo en la Convención Interamericana</p> <p>En cuanto a las obligaciones para los Estados, el mismo artículo 12 de la Convención dispone lo siguiente en el inciso c):</p> <p>“Establecer un marco regulatorio adecuado para el funcionamiento de los servicios de cuidado a largo plazo que permita evaluar y supervisar la situación de la persona mayor, incluyendo la adopción de medidas para:</p> <ul style="list-style-type: none">• Garantizar el acceso de la persona mayor a la información, en particular a sus expedientes personales, ya sean físicos o digitales, y promover el acceso a los distintos medios de comunicación e información, incluidas las redes sociales, así como informar a la persona mayor sobre sus derechos y sobre el marco jurídico y protocolos que rigen los servicios de cuidado a largo plazo.• Prevenir injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar o unidad doméstica, o cualquier otro ámbito en el que se desenvuelvan, así como en su correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación.• Promover la interacción familiar y social de la persona mayor, teniendo en cuenta a todas las familias y sus relaciones afectivas.• Proteger la seguridad personal y el ejercicio de la libertad y movilidad de la persona mayor.• Proteger la integridad de la persona mayor y su privacidad e intimidad en las actividades que desarrolle, particularmente en los actos de higiene personal.• Establecer la legislación necesaria, conforme a los mecanismos nacionales, para que los responsables y el personal de servicios de cuidado a largo plazo respondan administrativa, civil y/o penalmente por los actos que practiquen en detrimento de la persona mayor, según corresponda.• Adoptar medidas adecuadas, cuando corresponda, para que la persona mayor que se encuentre recibiendo servicios de cuidado a largo plazo cuente con servicios de cuidados paliativos que abarquen al paciente, su entorno y su familia” <p>Fuente: Organización de Estados Americanos (OEA), “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”, Washington, 2015, pág. 19.</p>
--

¹⁰ De manera reciente, las Naciones Unidas definieron los sistemas de cuidados señalando que “engloban los siguientes componentes: marcos jurídicos y políticas de servicios, financiamiento, infraestructura social y física, programas, normas y formación, gobernanza y administración, y reglas sociales” (Naciones Unidas, 2022, pág. 6).

Según la definición proporcionada por la Organización de Estados Americanos (OEA) en 2015, una “persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo” se refiere a:

“Aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios sociosanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estadía, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la persona mayor, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio” (OEA, 2015, pág. 3).

La trascendencia de estos artículos radica, en primer lugar, en reconocer el cuidado de largo plazo como un derecho humano, lo que implica que el Estado tiene la obligación de proporcionar este tipo de cuidado, sin dejar de lado las responsabilidades de las familias. En segundo lugar, se destaca la importancia de que estos cuidados reconozcan, respeten y fortalezcan la vida independiente de la persona mayor. Esto significa que el cuidado de largo plazo debe diseñarse y ofrecerse de manera que permita a la persona mayor mantener el mayor grado posible de independencia en su vida.

La independencia y la autonomía son dos conceptos interdependientes y que se suelen usar indistintamente en los instrumentos y marcos jurídicos. En este caso, el concepto de autonomía, cuando se combina con el de independencia, no es solo una declaración general del derecho a tomar decisiones propias y a que se respeten, sino también el derecho a disfrutar de las condiciones que permitan a las personas mayores en la práctica ejercer esa capacidad de adopción de decisiones, llevar a cabo sus decisiones y hacer que esas decisiones sean respetadas, garantizando así la participación en una amplia gama de actividades según la voluntad y las preferencias de la persona interesada (Naciones Unidas, 2019).

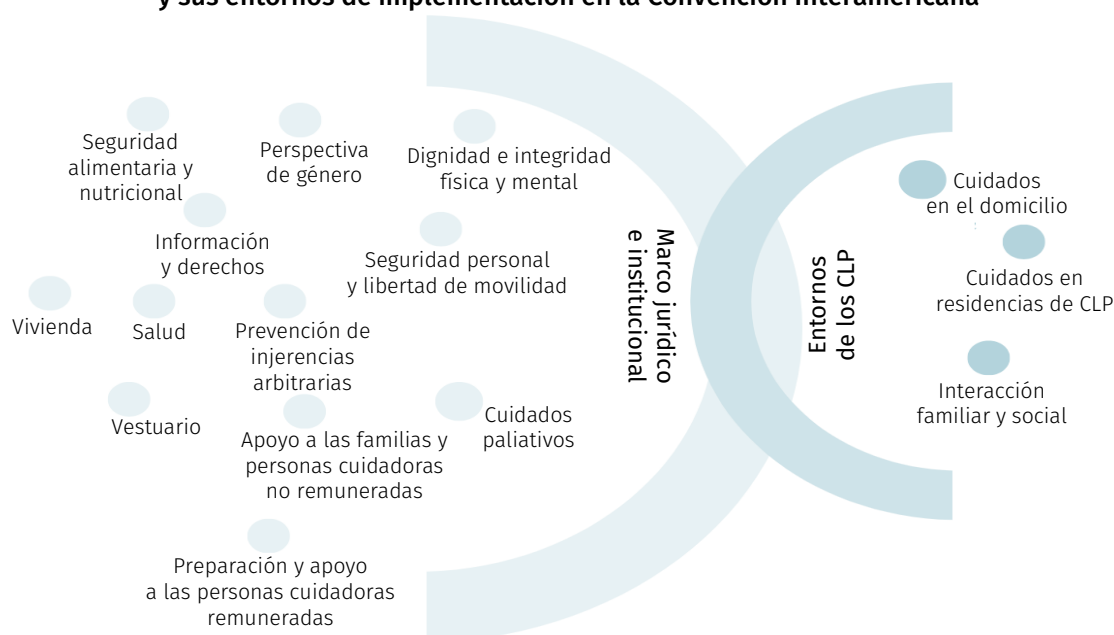
El reconocimiento de la vida independiente de las personas mayores es especialmente relevante porque, como señalan las Naciones Unidas (2019), “los ancianos atendidos en residencias son especialmente vulnerables a la privación de autonomía y dignidad” (pág. 17). Esta vulnerabilidad se vio exacerbada durante la pandemia por COVID-19, donde se puso de manifiesto “la fragmentación, las brechas de capacidad, las desigualdades profundas y las vulnerabilidades estructurales de los sistemas de cuidados” (EURO, 2022, pág. 2). Además, la pandemia destacó que, en el contexto de los cuidados de largo plazo, las personas pueden experimentar privación de libertad, pérdida de capacidad legal, institucionalización forzada, exposición a abusos, negligencia, falta de respeto y el uso persistente de restricciones físicas (Pot, Rabheru y Chew, 2023).

Por consiguiente, tomando en cuenta que los países de la región cuentan con una base jurídica sólida para orientar los cuidados de largo plazo (CLP), en este estudio se considerarán los siguientes parámetros para su definición:

- Los CLP son un derecho humano que, en el caso de las personas mayores, cuentan con un respaldo jurídicamente vinculante, que conlleva obligaciones para el Estado.
- Un paquete básico de CLP comprende la prestación de servicios y productos de asistencia para las personas que requieren ayuda con las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y actividades que les permitan mantener relaciones sociales significativas, así como los cuidados al final de la vida.

- Los CLP se pueden ofrecer en variados entornos: en el hogar de la persona que lo requiere, en la comunidad a la que pertenece y hasta en instituciones de larga estadía.
- Los CLP son organizados y prestados por personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas.
- Los CLP engloban acciones que abarcan los sistemas de salud y de protección social, por lo que se requieren una prestación conjunta o complementaria (véase el diagrama 3).

Diagrama 3
Elementos básicos del marco jurídico e institucional de los cuidados de largo plazo y sus entornos de implementación en la Convención Interamericana



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Organización de Estados Americanos (OEA), “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”, Washington, D.C., 2015.

D. El impacto del envejecimiento en los cuidados de largo plazo

El aumento de la población adulta mayor no debería ser un problema para la organización de los cuidados. La dificultad estriba en que las sociedades no han creado los mecanismos adecuados para enfrentar el fenómeno y sus consecuencias. Así, el cuidado se ha ido constituyendo en un problema moderno debido a las peculiaridades de la situación actual.

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

La principal diferencia entre los países de la región y los países desarrollados es que en estos últimos la consideración de la dependencia como un riesgo social empezó instalarse a partir de la década de los setenta. En los países de la región, en cambio, este proceso ha tenido una evolución reciente, entre otras razones, porque los sistemas tradicionales de cuidado continuaban funcionando con relativa estabilidad hasta bien entrada la década de 1980. El impacto de estos cambios se siente con más fuerza en unos países que en otros, pero en los próximos años, una vez que haya avanzado la maduración social y demográfica, la situación se hará extensiva a un número amplio de ellos.

1. Las familias como sistemas de protección informal

Existen cuatro fuentes de cuidado en la vejez: el Estado, la familia, la comunidad, y el sector privado. Ninguna de ellas tiene competencia exclusiva en la provisión de cuidado y, como resultado, no siempre existe una clara división entre la asistencia que presta cada cual, aunque sí hay diferencias respecto de la responsabilidad principal atribuida a cada una. Los datos de la encuesta de opinión Latinobarómetro 2006 mostraron al respecto que, en la mayoría de los países¹¹, las personas entrevistadas opinan que la responsabilidad de que las personas mayores disfruten de condiciones de vida dignas depende de la familia, en menor medida del Estado, y muy lejanamente del propio individuo a través del mercado.

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

Al respecto, es interesante observar que, en la medida en que el Estado sea débil como elemento unificador de la vida política y como instancia de protección social, las miradas se vuelven a la familia para que actúe frente a los vacíos de protección. Así se explica, en parte, por qué en países con bajos niveles de protección social la opinión de los entrevistados del Latinobarómetro recae más en la familia como agente responsable del bienestar. En los hechos, efectivamente, una de las fuentes más importantes de cuidado en la vejez sigue siendo las familias. Por ejemplo, los datos de la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) mostró que, alrededor del año 2000, una proporción importante de personas mayores de siete ciudades de América Latina y el Caribe recibía apoyo familiar para el desarrollo de actividades funcionales e instrumentales de la vida diaria (Saad, 2003)¹².

En Chile, los resultados de la II Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile 2006 dieron cuenta de que las personas mayores entrevistadas, en su mayoría, tienen posibilidad de apoyo económico de sus familias cuando lo necesitan, particularmente las mujeres, aunque más relevante aún es la proporción de personas que declaran recibir ayuda para

¹¹ Luego de este año la encuesta no incluyó una pregunta similar.

¹² Esta encuesta solo se realizó a inicios de la década de 2000, propiciada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

el desarrollo de sus actividades. Más recientemente, los datos de la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) en México indican que del total de personas de 15 años y más en el país, 31,7 millones (32%) brindaron cuidados a integrantes del propio hogar u otros hogares (INEGI, 2023).

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

En este sentido, y tal como han ido advirtiendo distintos autores, son necesarias algunas precisiones, puesto que cuando se habla de familia es necesario distinguir la labor de las mujeres en la provisión de cuidado (Sánchez, 1996). En efecto, la tradición, la socialización y las relaciones económicas sitúan a las mujeres en el centro de la tarea de cuidado de las personas mayores —y por cierto de otros grupos sociales— y ello suele ser independiente de que la mujer realice un trabajo remunerado o se dedique a las labores domésticas.

De lo anterior se concluye que, de no haber intervenciones explícitamente dirigidas a prestar este tipo de servicios, las posibilidades de prestar cuidado a las personas mayores podrían variar entre las familias según el tipo de arreglo residencial. Partiendo del hecho de que las mujeres son las principales cuidadoras de las personas mayores cuando conviven en el mismo hogar, habría una importante diferencia entre las familias en que la mujer tiene un trabajo extradoméstico y las familias en que la mujer se dedica a las labores del hogar. En el primer caso, las posibilidades de prestar asistencia a una persona mayor son más limitadas —aunque cada vez es más frecuente que las mujeres que asumen tareas productivas fuera del hogar las combinen con tareas de cuidado— y, según la situación económica, es probable que se recurra a servicios externos.

En suma, la posibilidad de las personas mayores de recibir ayuda de sus familiares es el resultado de las circunstancias demográficas y sociales predominantes en décadas pasadas, que se han ido modificando sustancialmente en el presente. Entre los principales cambios se encuentran:

- La fuerte disminución de la natalidad que reducirá el tamaño potencial de la red de apoyo familiar con que contarán las personas mayores a futuro. Las generaciones que actualmente están prestando ayuda a sus antecesores no tienen la misma probabilidad de recibir ese apoyo por parte de sus descendientes (Huenchuan y Guzmán, 2007).
- La incorporación plena de la mujer al trabajo extradoméstico disminuye la disponibilidad de un actor que por su condición de género ha tendido a estar sobrecargado con funciones de cuidado. Este cambio trae consigo una disminución de la capacidad de prestar una serie de servicios de asistencia a los miembros por parte de la familia con algún nivel de dependencia, por lo que es necesario recurrir a servicios externos que reemplacen a las parientes femeninas en esta tarea (Maldonado y Hernán, 1998).

- El aumento de la esperanza de vida implica que la etapa de la vejez se prolonga. Las familias han de ocuparse de sus miembros mayores por más tiempo y las mujeres irían envejeciendo a la vez que cuidan a sus descendientes y ascendientes. Una mujer que tuvo sus hijos o hijas a la edad de 25 años puede ejercer su papel de madre por 45 o 55 años. A pesar de la visión tradicional que concibe que las mujeres se ocupan de hijos e hijas solo los primeros 10 años, la experiencia demuestra que la responsabilidad de prestar ayuda permanece durante toda la vida. El aumento de la longevidad femenina alargará este rol, que coexistirá con el rol de hija, ya que los padres vivirán más tiempo (Calasanti, 1996 en Sánchez, 1996).

Frente a este escenario, se prevé que la protección frente al riesgo de la dependencia en la vejez será un desafío ineludible para las políticas públicas de las próximas décadas. El reto no es otro que atender las necesidades de las personas que, por encontrarse en situación de vulnerabilidad, necesitan apoyo de otros para desarrollar actividades esenciales para vivir de manera independiente (Cavas y Sempere, 2007).

2. El incremento de la necesidad potencial de personas cuidadoras

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

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

En el Reino Unido, en 2014, una de cada seis personas brindaba cuidados de largo plazo, alrededor de un tercio de ellas durante más de 20 horas a la semana. En Irlanda se calcula que el 89,5% de la atención a las personas mayores que viven en su comunidad es proporcionada por cuidadores familiares (Care Alliance Ireland, 2015). Esta atención incluye la ayuda para el cuidado personal y las tareas domésticas y asciende a un promedio de 30 horas semanales (Kamiya y otros, 2012).

En América Latina, la dedicación de las mujeres a tareas de trabajo no remunerado, que incluye el cuidado de personas dependientes, es significativamente alta. Según datos de CEPALSTAT, las mujeres en Costa Rica (2017), dedican 39 horas semanales a estas labores, en El Salvador (2017) 37,7 horas, en Guatemala (2022) alcanzan las 41,9 horas, y en México (2019) llegan a 42,8 horas.

Por otra parte, usualmente se piensa que la carga de cuidado se concentra en la juventud, porque las mujeres tienen a su cargo a los niños, pero las evidencias demuestran que ellas pueden ser cuidadoras también en otras etapas de la vida y que terminan prestando cuidados más de una vez en su ciclo de vida, empezando por los hijos, para

luego seguir con los padres y concluir cuidando al cónyuge enfermo. Estos tres episodios corresponden, por lo general, a tres momentos demográficos de las mujeres: la juventud, la adultez y la vejez (Kahan y otros, 1994 en Robles, 2003).

Recuadro 3

El trabajo de cuidado de las mujeres migrantes

La participación de las mujeres migrantes en trabajo de cuidado requiere una mención especial. En el caso de los países del norte de Centroamérica y México este tema es más relevante aún debido a que las mujeres forman casi la mitad de la población migrante, muchas de las cuales se insertan en el mercado laboral de los países de destino con desventajas estructurales que favorecen la vulneración constante de sus derechos humanos.

La transnacionalización de los cuidados se origina en la crisis del cuidado que existe en los países desarrollados por el incremento de la demanda de atención de las personas dependientes —sobre todo aquellas de edad avanzada— y que se resuelve en muchos casos con fuerza de trabajo de cuidado migrante. Por ejemplo, en los Estados Unidos, en 2018, en promedio el 4,8% de las personas de 16 años y más nacidas en el extranjero se desempeñaba en servicios de cuidado, con una clara diferenciación por sexo: el 1,8% de los hombres se ocupaba en este tipo de servicios en comparación con el 8,9% de las mujeres; así, los servicios de cuidado se ubican entre las diez primeras ocupaciones a las que se dedican las mujeres (BLS, 2019).

Con respecto al origen de las personas migrantes que se dedican al cuidado en los Estados Unidos, la información disponible revela que un porcentaje importante proviene de México y Centroamérica (21% del total) y que México por sí solo proporciona el 15% del total de los cuidadores de atención directa. Las personas migrantes de México, Guatemala, Honduras y El Salvador en su mayoría se emplean en las tareas de cuidado directo, lo que significa que tienen una nula o baja calificación para prestar este servicio (el 96% está dedicado a funciones de cuidado directo y el resto corresponde a cuidado profesional). A pesar de la contribución que la fuerza de trabajo migrante proveniente de México y Centroamérica hace a la reproducción social de los hogares estadounidenses, un tercio de ella corresponde a trabajadores no autorizados (Martin y otros, 2009).

Las mujeres migrantes fueron un grupo de especial interés en el contexto de la pandemia por COVID-19 porque su tipo de inserción laboral se encuentra entre las más afectadas por la pérdida de empleo. De acuerdo con datos de la Oficina de Estadísticas Laborales de los Estados Unidos, la industria del cuidado perdió el 9% de los empleos (1,4 millones) entre marzo y abril de 2020.

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de S. Martin y otros, *The Role of Migrant Care Workers in Aging Societies: Report on Research Findings in the United States*, Washington, Institute for the Study of International Migration, Walsh School of Foreign Service, Georgetown University, 2009; Oficina de Estadísticas Laborales (BLS), "Foreign-born workers: labor force characteristics-2018", *News Release*, 16 de mayo de 2019.

En la región, un gran número de personas cuidadoras son mujeres mayores que a menudo se ocupan de sus parejas, familiares o amistades. Por ejemplo, en Ciudad de México, las mujeres mayores desempeñan un papel prominente en el cuidado de sus coetáneos, con independencia del riesgo de muerte de la persona a quien cuidan, aunque su participación es más elevada en el caso del cuidado de personas que presentan una probabilidad elevada de morir en el plazo de un año: el 77% de los cuidadores de edad avanzada presta ayuda a este grupo de riesgo (Huenchuan y Rodríguez, 2015).

En Cuba, los cuidadores de centenarios son frecuentemente personas de 60 años y más (64,2%) (Selman-Houssein y otros, 2012). La mayoría de los cuidadores de estas personas son sus hijos (un 66,5% del total), seguidos de sus nietos (7,1%) y de personas ajenas a la

familia (6,8%) (Fernández, 2018). En Colombia, la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) de 2015 reveló que el 83,9% de los cuidadores de personas mayores eran mujeres y el 16,7% de ellas tenían 60 años o más (MINSALUD/Colciencias, 2015).

3. Los costos y los financiamientos de los cuidados de largo plazo

Los cuidados de largo plazo (CLP) representan un desafío financiero creciente para los sistemas de salud y protección social a nivel global. La OCDE proyectó para los países que reúne que el gasto en CLP aumentará significativamente, pasando de un 1,1% del PIB en 2005 a un 2,3% en 2050 debido al envejecimiento demográfico, pudiendo alcanzar hasta un 2,8% por la expansión de la dependencia y un 3,9% por la disminución de cuidadores informales (OCDE, 2006).

Pese a estas proyecciones y a la evidente necesidad de inversión, los datos recientes muestran que, en 2021, los países de la OCDE destinaron en promedio solo el 1,8% de su PIB a cuidados de larga duración, incluyendo componentes sociales y de salud (Barber y otros, 2021). Este gasto varía considerablemente entre países, reflejando diferencias demográficas y en el desarrollo de sistemas formales de CLP.

En América Latina la situación es aún más precaria. Un estudio en siete países estimó que implementar servicios de CLP requeriría entre el 0,3% y el 1% del PIB. Algunos casos concretos muestran inversiones muy limitadas: el Uruguay destinó en 2017 apenas un 0,04% del PIB a programas de atención a personas dependientes, mientras que Chile, en 2019, asignó solo un 0,02% (OPS, 2023).

En cuanto a la composición del gasto, la OCDE señala que alrededor de la mitad del gasto en cuidados de larga duración en salud y servicios sociales en 2021 se produjo en residencias de ancianos (Barber y otros, 2021). El resto se distribuye entre atención domiciliaria, hospitales y otros proveedores, con variaciones significativas entre países según sus prioridades y sistemas de cuidado.

Un aspecto crítico es el impacto financiero en los individuos. La OCDE advierte que, sin apoyo financiero público, los costos totales de los cuidados de larga duración serían superiores a los ingresos medios de las personas mayores en la mayoría de los países de la Organización (Barber y otros, 2021). En casos extremos, estos costos pueden superar “más de cuatro veces su ingreso medio” para personas mayores con necesidades graves. Esta realidad subraya la importancia crucial de los sistemas públicos de protección social para garantizar el acceso a cuidados necesarios sin caer en la pobreza.

La situación es particularmente preocupante en América Latina y el Caribe, donde la falta de cobertura de servicios públicos de CLP coloca a las personas mayores en riesgo inminente de empobrecimiento debido a que deben recurrir a servicios privados, cuyo costo puede fluctuar entre los 12.000 y 15.000 dólares anuales como mínimo, lo que sobrepasa con creces los ingresos percibidos por jubilaciones y pensiones. En estos contextos, la dependencia de cuidadores informales y familiares no siempre es suficiente y, en muchos casos, ni siquiera es una opción viable para las personas de edad avanzada. Este panorama resalta la urgente necesidad de desarrollar y fortalecer sistemas de cuidados de largo plazo que sean accesibles, equitativos y financieramente sostenibles, especialmente en lugares donde la cobertura actual es insuficiente o inexistente.

E. Los cuidados al final de la vida

Las personas mayores se encuentran entre las más desprotegidas ante la muerte y en consecuencia ante los cuidados al final de la vida. Su ubicación en la estructura por edades de la sociedad se traduce casi por defecto en un predictor de su fallecimiento¹³. De esta manera, la muerte en las personas mayores suele ser un hecho predictivo que se consume socialmente con anticipación.

Con frecuencia, las personas mayores que requieren atención de emergencia no reciben el mismo trato que una persona más joven, no son atendidas junto con otros pacientes que sufren las mismas patologías, se les mantiene en una camilla o sentadas en los pasillos por largo tiempo, se les sujeta con amarras con el pretexto de prevenir caídas, se les niega la presencia de un acompañante o se les impide el desplazamiento independiente, entre otras situaciones. Según los especialistas, incluso el personal de salud, incómodo frente a las ansiedades de los pacientes de edad avanzada por la muerte, recurren a falsas esperanzas y tratamientos que en realidad disminuyen la calidad de la vida, en lugar de mejorarla (Gawande, 2014).

Estas conductas se han naturalizado de tal modo que los comportamientos que no respetan la dignidad suelen ser percibidos como convencionales hasta por las mismas personas mayores. Por ello, hay que insistir en que, para preservar la dignidad de la vida hasta que se produce la muerte, es de suma importancia cambiar esta forma de actuar, así como respetar la manera en que la persona espera que sea su final, procurando sobre todo que se cumpla su voluntad y brindando todos los apoyos necesarios en ese momento.

La vulnerabilidad de las personas mayores se acentúa dramáticamente cuando su capacidad intrínseca se ve comprometida. Un número significativo de personas mayores que reciben cuidados de larga duración inevitablemente requerirán atención al final de la vida, ya sea debido a enfermedades crónicas avanzadas, accidentes, deterioro generalizado o diversas causas. Sin embargo, existe una alarmante escasez de estos servicios especializados en los centros de atención a largo plazo para personas mayores (African Palliative Care Association y otros, s/f).

Esta carencia crítica resulta en una desprotección generalizada y profundamente preocupante, tanto para las personas mayores en sus últimos días como para sus familias. La falta de atención a esta necesidad vital conduce inexorablemente a muertes marcadas por sufrimiento y dolor innecesarios, una situación que podría prevenirse y mitigarse mediante una integración efectiva entre los cuidados de largo plazo y los cuidados paliativos.

Los cuidados al final de la vida se pueden definir como aquellos que se ofrecen a las personas que se encuentren en los últimos 12 meses de vida y que reciben cuidados paliativos y curativos (OCDE, 2023). Otra acepción es la que promueve la Comisión Lancet sobre cuidados paliativos que conceptualiza los cuidados al final de la vida como aquellos que se brindan desde el momento en que la persona desarrolla la enfermedad o lesión que limita su vida hasta la muerte y el duelo que afecta las vidas de quienes queda atrás (Knaul y otros, 2018). Para efectos de este trabajo, se tomará como referencia esta última definición.

¹³ De acuerdo con un clásico estudio en el tema, “la estructura social en la que se hallan implicados los ancianos se orientan ya hacia su próxima muerte; sus familias se van independizando de ellas, el alcance de las referencias al futuro disminuye progresivamente. Se considera correcto tratar el hecho de su muerte como algo que trae menos consecuencias para los demás, porque ello no entraña una drástica revisión de los planes de vida, como sucede cuando está por morir un adulto joven” (Sudnow, 1967).

1. La realización de la dignidad ante la muerte

La dignidad supone el valor básico de los derechos humanos que tienden a explicitar y satisfacer las necesidades de la persona en la esfera moral. También implica la capacidad de emitir juicios morales, la libertad para decidir acerca de las acciones y la posibilidad de generar conceptos abstractos (Ordelin, 2013). En tal sentido, todas y cada una de las personas tienen un valor inestimable, nadie es insignificante y todas las personas son fines en sí mismas. Esto entraña que deben ser valoradas con independencia de su capacidad económica o de cualquier otro atributo que sea ajeno a su condición de ser humano (Quinn y Deneger, 2002).

Häberle (2003) desarrolla el concepto de dignidad humana como una premisa antropológico-cultural de una sociedad que permite llegar a ser personas, serlo y seguir siéndolo. Entonces, si la muerte es parte integral del ser, el sufrimiento, el dolor, el abandono, la indiferencia, la discriminación u otras prácticas negativas constituyen un grave atentado contra la dignidad como persona. El respeto de la dignidad en la muerte se puede entender como el grado en que las preferencias para morir de una persona concuerdan con la forma en que vivió. Por ejemplo, el estudio de Meier y otros (2016) revela que el 94% de las personas entrevistadas incluía entre las preferencias sobre su muerte la definición de la escena de su deceso (dónde, con quiénes) y una preparación para la muerte (instrucciones anticipadas, arreglos funerarios).

En otro estudio se halló la preferencia de morir en casa, porque los entornos de atención médica convencional a menudo se caracterizan por el uso excesivo de la tecnología, ignorando los deseos de la persona y reduciéndolas a un sistema fisiológico (Steinhauser y Tulsky, 2015). En una publicación anterior se concluyó que no existe una única manera de asegurar la dignidad de la muerte, más bien debe verse como una experiencia del final de la vida que debe negociarse y renegociarse en el contexto de los valores, preferencias y trayectoria vital de cada persona (Steinhauser y otros, 2001).

Como se observa, pese a la ambigüedad con que se utiliza el concepto de dignidad en el sentido común, pareciera que hay condiciones subyacentes que deben ser resguardadas en beneficio de la persona moribunda o con enfermedad terminal. Entre ellas, la investigación de Hau Yan Ho y otros (2013) identificó entre las preferencias para el proceso de morir, el estado libre de dolor, el bienestar emocional, el apoyo y contención familiar, el respeto de la dignidad y las formas de despedirse del sí mismo y de los seres queridos, elementos que bien pueden ser garantizados en los entornos de los cuidados de largo plazo.

2. El respeto de la autonomía en la muerte

Es crucial respetar la autonomía de las personas mayores durante el proceso de su muerte. Permitir la intromisión de terceros, ya sean médicos o familiares, en decisiones como el lugar de fallecimiento, la compañía deseada o los tratamientos terapéuticos elegidos, va en contra de este principio fundamental. Respetar la autonomía significa honrar las decisiones personales sobre cómo enfrentar el final de la vida.

Habrán quienes desean como único o predominante tratamiento médico el recibir cuidados paliativos, como también quienes se niegan a admitir tratamientos porque consideran que estos afectan su integridad como persona. Insistir en preservar la vida de una persona moribunda o con una enfermedad terminal por medio de acciones que

buscan retrasar la muerte por medio de procedimientos poco proporcionales también puede infringir sufrimientos añadidos a los que ya se padece y, por lo general, no logran esquivar la muerte inevitable, sino aplazarla por unas horas o días en beneficio de otros, pero en condiciones humanamente lamentables para la persona mayor (Millán, 2019).

Algunos ejemplos de protección en tal sentido se encuentran en la Argentina y Chile. En el primer país, la Ley 26.742 sobre derechos del paciente define la autonomía de la voluntad como “el derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimiento médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de voluntad” (Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 2012).

En Chile, la Ley 20548, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, señala que la persona en estado de salud terminal tiene derecho a denegar su voluntad para someterse a tratamientos que prolonguen artificialmente su vida, pero el rechazo no podrá implicar la aceleración artificial del proceso de muerte (Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, 2012). En ambos casos, legislación argentina y chilena, se cumple con lo señalado en el primer párrafo de este apartado: amparar la autonomía frente a las coacciones que otros puedan ejercer en la decisión.

Es aquí donde nuevamente, tal como lo hace la Convención Interamericana, hay que enfatizar el papel del Estado para garantizar todos los apoyos necesarios para que la persona mayor que recibe cuidados al final de la vida pueda ejercer la libertad de decidir. Estos apoyos consisten, entre otros, en facilitar las voluntades anticipadas y proveer para todos en condiciones de igualdad el acceso a los cuidados paliativos. No basta con que el Estado cumpla con sus obligaciones negativas —no intervención propia ni de terceros en la voluntad de la persona—, sino que además debe realizar todas las acciones necesarias para que las personas accedan a los servicios que requieren al final de la vida.

3. Consentimiento informado y autonomía prospectiva al final de la vida

El consentimiento informado se establece en el artículo 11 de la Convención Interamericana. Un aspecto interesante de este artículo es que debe ser interpretado a la luz del artículo 6 de la misma Convención. Es decir, el consentimiento informado debe ser considerado en relación con el derecho a la vida y la dignidad de la vida en la vejez. El consentimiento informado representa un componente integral del ejercicio de la autonomía, como lo señala Pereira (2022). Este concepto debe abarcar dos perspectivas fundamentales: la autonomía actual y la autonomía prospectiva. Un ejemplo claro de esta última es la voluntad anticipada, que forma parte esencial del ejercicio de la autonomía prospectiva.

Para comprender su importancia, hay que situarse en las circunstancias que rodean el momento de la muerte. Según lo documenta la literatura, uno de los desafíos más complejos que enfrenta una persona en fase terminal es la sensación de no tener control sobre la manera en que morirá. Al respecto, la recomendación 1418 emitida por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en materia de “Protección de los Derechos Humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos” del 25 de julio de 1999, aclaró que los derechos fundamentales derivados de la dignidad del paciente terminal se ven amenazados, entre otros aspectos, por:

- Las dificultades de acceso a los cuidados paliativos y un buen manejo del dolor.
- La frecuente falta de tratamiento del sufrimiento físico y de las necesidades psicológicas, sociales y espirituales.
- La prolongación artificial del proceso de muerte ya sea por el uso desproporcionado de medios técnicos o por la continuación del tratamiento sin consentimiento.
- La falta de formación continuada y apoyo psicológico a los profesionales sanitarios que trabajan en medicina paliativa.
- La insuficiencia del apoyo y asistencia a los familiares y amigos del paciente.
- El temor de los pacientes a perder el control de sí mismos y convertirse en cargas.
- La carencia o inadecuación de un entorno social e institucional en el que uno pueda separarse para siempre de sus familiares y amigos en paz.
- La insuficiente asignación de financiación y recursos para la asistencia y apoyo de los enfermos terminales o moribundos, y
- La discriminación social del fenómeno de la debilidad, el morir y la muerte (Consejo de Europa, 1999).

Aquí es donde entra en juego el concepto de autonomía prospectiva, que puede instrumentalizarse a través de la voluntad anticipada. De forma sencilla, esto se refiere a la capacidad de prever las condiciones en las que se desea que ocurra la muerte, adelantando las preferencias que pueden ayudar a la tranquilidad y seguridad, tanto para quien fallecen como para sus seres queridos.

Sin embargo, la voluntad anticipada sigue siendo poco utilizada. Por ejemplo, en México, aunque la primera Ley de Voluntad Anticipada entró en vigor en la Ciudad de México en 2008 y para 2021, 14 entidades federativas habían seguido este ejemplo, la información disponible indica que en el país se ha otorgado apenas algo más de 14.000 documentos y formatos de voluntad anticipada (el 75% ante notario y el 25% ante la autoridad sanitaria). Las mujeres son quienes más han hecho uso del documento (64% del total), así como las personas casadas (65%) (Mastachi, 2023).

4. Cuidados paliativos y alivio del dolor al final de la vida

En la actualidad, los enfoques sobre los cuidados paliativos se centran en la persona en lugar de enfocarse exclusivamente en la enfermedad. Se sabe que en los momentos previos a la muerte es indispensable, entre otros aspectos, paliar el dolor físico, así como el ligado al sufrimiento, a la constatación de la finitud, a dejar atrás a los seres queridos. Con el envejecimiento de la población, el incremento de las personas mayores en condición de dependencia y de las enfermedades no transmisibles, se augura que la necesidad de cuidados paliativos aumente (OCDE, 2023).

Por ejemplo, en la región de las Américas, la distribución por edades de las personas que experimentaron una muerte con sufrimiento relacionado con la salud en 2016 se concentraba principalmente en los 70 años y más (52,3%). En 2030 se espera que corresponda al 65,8%. Mientras que la cifra total de personas que mueren con sufrimiento relacionado con la salud se incrementaría en un 18,4% entre 2016 y 2030, en las personas

de 70 años y más puede llegar al 48,6% (Knaul y otros, 2018). Es más, a partir de cálculos propios con la metodología propuesta por la Comisión Lancet sobre cuidados paliativos, se obtuvo que, en Chile, en 2019, el 70% de las personas mayores que fallecieron por condiciones que podrían requerir cuidados paliativos, lo habría necesitado. La mitad correspondió a personas mayores que murieron por neoplasias malignas (excluye la leucemia) (Huenchuan, 2024).

Estos datos resaltan que la muerte con sufrimiento debe ser un punto clave en los debates sobre el bienestar humano, la atención médica y los cuidados de largo plazo. Según las estimaciones para los países de la OCDE (2023), entre el 10% y el 25% de las personas que mueren a la edad de 65 años o más recibe pocos analgésicos, muy poca ayuda para respirar o para controlar la ansiedad, junto con un tratamiento agresivo e insuficiente para el control de los síntomas.

El desarrollo de los cuidados paliativos es un ámbito que requiere mayor atención en la región latinoamericana. Según el estudio de Pérez (2023), en 2020 solo el 58,8% de los 17 países analizados tiene una legislación sobre cuidados paliativos. El 35,3% de los países analizados tiene menos de una unidad de cuidados paliativos (UCP) por cada millón de habitantes. Los países con mayor déficit son Guatemala, Honduras y el Perú, con 0,6 UCP por cada millón de habitantes. El Uruguay, Costa Rica y Chile lideran la provisión de servicios con tasas del 24,5 al 14,7 y 13,4 UCP por cada millón de habitantes, respectivamente. La especialización en medicina paliativa se ofrece en el 47% de los países analizados y el acceso a opioides para aliviar el dolor es de 6,7 mg per cápita. La comparación de la situación entre 2012 y 2020 muestra que, con la excepción del Uruguay, Panamá, El Salvador y el Ecuador, los demás países han presentado un retroceso en el desarrollo de los cuidados paliativos.

Como se aprecia, los cuidados al final de la vida enfrentan importantes retos para los cuidados de largo plazo. La pandemia por COVID-19 mostró que los sistemas de salud estaban insuficientemente preparados para abordarlos, lo que resultó en una falta de atención para muchas personas. Esto no solo se debió a la falta de preparación, sino también a la marginalización de los cuidados paliativos en los sistemas de atención médica.

F. Desafíos de los cuidados de largo plazo en la pospandemia

La región enfrenta desafíos diferenciados debido a que no todos los países tienen la misma demanda de cuidados y la capacidad de ofrecerlos. En Cuba, por ejemplo, la carga demográfica está concentrada en las personas mayores mientras que, en países como Guatemala, la demanda se centra fundamentalmente en los niños. Por otra parte, está comprobado que las mujeres dedican más tiempo al trabajo no remunerado (entre ellos el cuidado) que los hombres. Además, las situaciones de dependencia que requieren cuidado pueden aumentar debido a la incidencia de enfermedades crónicas y la supervivencia a accidentes, entre otros factores.

Pero ¿qué ocurrió durante la pandemia que causa tanta preocupación por los cuidados? Courtis (2023) ofrece una reflexión pertinente: la pandemia puso de relieve la vulnerabilidad y el aislamiento de las personas mayores cuando no tienen acceso a servicios comunitarios. Las respuestas públicas a la crisis mostraron prejuicios relacionados con la edad, como restricciones específicas de movimiento, exclusión o demora en el acceso a cuidados intensivos y vacunas, y falta de atención en salud mental para quienes sufrieron el confinamiento.

En efecto, La pandemia puso de manifiesto las deficiencias estructurales en los sistemas de cuidados de largo plazo en América Latina y el Caribe. Antes de la crisis por COVID-19, la mayoría de los países de la región carecían de políticas integrales para atender las necesidades de cuidado de las personas mayores y con discapacidades. La emergencia sanitaria agudizó esta situación, sobrecargando a las familias, especialmente a las mujeres, que tradicionalmente han asumido estas responsabilidades. Los llamados hogares de ancianos se vieron particularmente afectados, con altas tasas de contagio y mortalidad. La falta de personal capacitado, de equipos de protección adecuados y de protocolos claros agravó la crisis en estos centros.

Además, las medidas de confinamiento dificultaron el acceso a servicios de cuidado domiciliario, dejando a muchas personas mayores sin el apoyo necesario. Esta situación ha evidenciado la urgente necesidad de desarrollar políticas públicas que reconozcan el cuidado como un derecho y que proporcionen servicios accesibles y de calidad para todos, independientemente de su situación socioeconómica o ubicación geográfica (Amnistía Internacional/Centro por los Derechos Económicos y Sociales, 2022).

Para documentar lo anterior, durante la pandemia se realizó una encuesta a actores relevantes de distintas partes de la región, consultando si en las medidas implementadas por los gobiernos ante la emergencia se tenían en cuenta la independencia de las personas mayores en lugar de aumentar su dependencia. Los resultados mostraron que, en general, esto no fue considerado (Huenchuan, 2023). Todo aquello por lo cual se ha trabajado desde inicios de siglo se trastornó: la vida independiente, la capacidad de tomar decisiones y el consentimiento informado, entre otros. Cuando se hizo evidente que la enfermedad grave y la mortalidad por COVID-19 afectaban de manera desproporcionada a las personas mayores, se alertó acerca del riesgo de tratarlas solo como cuerpos enfermos o moribundos, olvidando sus derechos y libertades (Huenchuan, 2021). Esta sigue siendo una preocupación válida.

Durante la pandemia, los derechos de las personas mayores parecieron quedar en segundo plano, a pesar de que varios países ya habían ratificado la Convención Interamericana. Es decir, a pesar del compromiso internacional, las medidas ejercidas no estaban alineadas con lo establecido en ella. Este hecho puede atribuirse a que, incluso antes de la pandemia, la implementación de la Convención Interamericana recaía únicamente en la institución encargada de los asuntos de las personas mayores y no se asumía como una responsabilidad del Estado. Esto es resultado de un proceso que trasciende la pandemia.

Cuando lo concerniente a las personas mayores y sus derechos no están debidamente integrados a nivel gubernamental y queda limitado a una sola institución, durante situaciones de emergencia como la recién pasada, se producen retrocesos. Esto indica que la solución a este problema aún no ha arraigado por completo y representa uno de los desafíos que se desea destacar.

Por otro lado, la pandemia ha tenido un impacto significativo en los cuidados de largo plazo. Por primera vez, se puso de manifiesto la importancia de las tareas de reproducción social en igual medida que las tareas de producción. Nunca se había prestado tanta atención a la intimidad del cuidado. Durante la pandemia, con todos sus matices, se demostró que el cuidado era esencial y necesario. Sin embargo, las familias, especialmente las mujeres, se vieron abrumadas por las responsabilidades de cuidado. Esto no solo incluía el cuidado de las personas mayores, sino también el cuidado de los enfermos, los niños y, en última instancia, de sí mismas en una situación de riesgo para todos.

En este contexto, se observó una transición desde la búsqueda de formalización de los cuidados a prácticas informales. Los servicios ya no eran los mismos y surgió el temor a abrir centros de atención presencial debido al riesgo de contagio y mortalidad. En muchas ocasiones la atención diurna y residencial se transformó en asistencia domiciliaria. No obstante, no siempre se pudo implementar este tipo de asistencia con los recursos disponibles y en varios lugares se tuvo que recurrir al voluntariado.

Las mujeres mayores continuaron desempeñando su papel de cuidadoras y aumentaron sus esfuerzos durante la pandemia, al igual que los cuidadores informales, quienes enfrentaron desafíos adicionales a causa de la emergencia. Por otro lado, se comprendió la importancia de contar con protocolos y respuestas ante este tipo de situaciones. La OMS había advertido con anticipación sobre las enfermedades infecciosas y contagiosas, pero nunca se anticipó el alcance de esta pandemia. Ahora que se está en proceso de reconstrucción hay nuevas áreas que deben incluirse en la agenda y destacarse.

Por ejemplo, los cuidados de largo plazo siguen siendo una obligación estatal y no es algo que los Estados puedan eludir. Pasar por alto esta responsabilidad podría llevar a incumplir leyes que luego resulten en recortes y perpetúen un ciclo negativo. No se deben cometer los mismos errores que los países desarrollados en lo que respecta al cuidado de las personas mayores, cuyas consecuencias ya son conocidas. Se debe ser claro: la demanda de cuidado es para el Estado y debe integrarse en sistemas de protección social. En resumen, se avecinan desafíos importantes. La pandemia ha resaltado numerosas cuestiones relacionadas con el cuidado y los derechos de las personas mayores. A pesar de las dificultades, es crucial mantener la dedicación y reforzar el enfoque de los derechos humanos en la práctica.

Es esencial reconocer los cuidados como un proceso y una tarea cotidiana. Debe comprenderse la importancia de las desigualdades que su descuido puede acarrear. Actualmente, quienes pueden asegurarse el cuidado a través del mercado son aquellos con recursos económicos, pero esto no se aplica a la mayoría de la población. Esto no solo afecta a las mujeres en edad reproductiva, sino también a las niñas en zonas rurales y a las familias de bajos ingresos. Cuando se trata de elegir cómo usar los recursos para generar ingresos, a menudo se sacrifica la educación de las niñas para que cuiden, perpetuando las desigualdades.

Es crucial desarrollar un enfoque de cuidados de largo plazo en un marco de políticas emancipadoras. Esta emancipación no debe ser un proyecto individual, sino uno que permita tener el tiempo, el espacio y los recursos para cuidar cuando sea necesario. Todos deberían tener la posibilidad de cuidar a sus seres queridos de edad avanzada cuando lo deseen. Esto implica otorgar valor al cuidado y reconocerlo como un componente esencial de la vida, equivalente al trabajo remunerado, a una carrera profesional o a cualquier otro éxito personal.

G. Conclusiones

Con el análisis desarrollado en este capítulo se ponen de manifiesto la complejidad y la relevancia de los cuidados de largo plazo en el contexto del cambio demográfico en América Latina y el Caribe. Este tema trasciende el ámbito meramente asistencial para insertarse en el marco de los derechos humanos, con la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores como un hito fundamental en este reconocimiento.

La revisión realizada permite concluir que los cuidados de largo plazo constituyen un desafío multidimensional que involucra aspectos sociales, económicos, demográficos y de política pública. El desarrollo de sistemas de cuidado de largo plazo justos y sostenibles está estrechamente ligado con varios Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), incluyendo el ODS 1, ODS 3 y ODS 5. Se constata que, por lo general, la responsabilidad del cuidado recae principalmente en las familias, y dentro de ellas, en las mujeres. Esta situación perpetúa desigualdades de género y socioeconómicas que requieren una atención urgente.

La pandemia por COVID-19 evidenció las fragilidades de los sistemas de cuidado existentes y la vulnerabilidad particular de las personas mayores. Al mismo tiempo, resaltó la importancia crítica de las tareas de cuidado para el funcionamiento de la sociedad, subrayando la necesidad de reconocerlas y valorarlas como parte fundamental de la reproducción social.

Se identifica la necesidad de desarrollar políticas integrales de cuidado de largo plazo que incluyan el apoyo de las personas cuidadoras, la provisión de servicios públicos accesibles y de calidad, la regulación adecuada de servicios públicos y privados, la formación de personal especializado y la incorporación de tecnologías de apoyo. Asimismo, se destaca la importancia de incluir los cuidados al final de la vida como parte esencial de estas políticas. El financiamiento de los cuidados de largo plazo emerge como un reto significativo. Los datos analizados muestran que el gasto público en este rubro es insuficiente en la mayoría de los países de la región, lo que resulta en una carga económica considerable para las familias.

La investigación revela la importancia de adoptar un enfoque interseccional en el diseño e implementación de políticas de cuidado que considere las desigualdades de género, clase y etnia tanto en la provisión como en la recepción de cuidados. Este enfoque es crucial para desarrollar políticas de cuidado verdaderamente equitativas y efectivas.

Se concluye que el desarrollo de políticas de cuidado de largo plazo robustos representa no solo un desafío, sino también una oportunidad para la región. Puede ser un motor para generar empleo de calidad y promover la igualdad de género, contribuyendo así al desarrollo social y económico. Finalmente, en este capítulo se subraya la necesidad de fomentar la investigación, la recopilación sistemática de datos y el intercambio de experiencias entre países. Esto es fundamental para informar el diseño de políticas efectivas de cuidado de largo plazo que respondan adecuadamente a las realidades y necesidades específicas del contexto latinoamericano.

En suma, el camino hacia sistemas de cuidado de largo plazo justos y eficientes en la subregión es complejo, pero ineludible. Requiere de un compromiso sostenido de todos los actores sociales, una visión integral de los cuidados y un enfoque basado en derechos humanos que ponga en el centro la dignidad y el bienestar de las personas mayores. Solo así se podrá avanzar hacia sociedades más inclusivas y preparadas para enfrentar los desafíos del envejecimiento poblacional.

Bibliografía

African Palliative Care Association y otros (s/f), “Palliative Care and Standards on the Rights of Older People: Recommendations for New Legal Instruments” [en línea] <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/PalliativeCareandStandardsontheRightsofOlderPersons.pdf>.

- Amnistía Internacional Centro por los Derechos Económicos y Sociales (2022), *Desigual y letal: informe 2021-2022* [en línea] <https://www.amnesty.org/es/documents/amr01/5483/2022/es/>.
- Barber, S. y otros (2021), *Pricing Long-Term Care for Older Persons*, Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).
- BLS (Oficina de Estadísticas Laborales) (2019), "Foreign-born workers: labor force characteristics-2018", *News Release*, 16 de mayo.
- Care Alliance Ireland (2015), *Family Caring in Ireland*, Dublín, Care Alliance Ireland.
- Carretero, S., J. Garcés y F. Ródenas (2006), *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial*, Valencia, Tirant lo Blanc.
- Cavas, F. y A. Sempere (2007), "Ley de Dependencia: estudio de la Ley 39/2006 sobre promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia", Navarra, Aranzadi.
- CDDH (Comité Directivo para los Derechos Humanos de Consejo de Europa) (2013), "Draft explanatory report to the Recommendation on the promotion of the human rights of older persons", Estrasburgo.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (s/f), "Autonomías", Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe [en línea] <https://oig.cepal.org/es/autonomias-0>.
- _____ (2022a), *La sociedad del cuidado: horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género* (LC/CRM.15/3), Santiago.
- _____ (2022b), "Declaración de Santiago: derechos humanos y participación de las personas mayores. Hacia una sociedad inclusiva y resiliente" (22-0124), Quinta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe, Santiago, 13 a 15 de diciembre [en línea] https://conferenciaenvejecimiento.cepal.org/5/sites/envejecimiento5/files/22-01249_cre.5_declaracion_de_santiago.pdf.
- _____ (2017), "Declaración de Asunción. construyendo sociedades inclusivas: envejecimiento con dignidad y derechos" (LC/CRE.4/3), Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe, Asunción, 27 a 30 de junio [en línea] https://conferenciaenvejecimiento.cepal.org/4/sites/envejecimiento4/files/c1700615_0.pdf.
- _____ (2012), "Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe (LC/G.2537)", Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe [en línea] <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/12b9bbb4-91a1-4b87-a913-47d3331b92de/content>.
- _____ (2007), "Declaración de Brasilia", *Documentos de reuniones intergubernamentales*, (LC/G.2359/Rev.1), 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 [en línea] <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21505-declaracion-brasilia-segunda-conferencia-regional-intergubernamental>.
- _____ (2006), *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez* (LC/W.113), 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.
- _____ (2000), *Panorama Social de América Latina 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago.
- CEPE (Comisión Económica para Europa) (2021), *Guidelines for Mainstreaming Ageing* (ECE/WG.1/37), Naciones Unidas.
- Colombo, F. y otros (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, París, OECD Publishing.

- Comisión Europea (2022), “Recomendación del Consejo sobre el acceso a los cuidados de larga duración asequibles y de alta calidad” COM (2022), 441 Final, Bruselas.
- Consejo de Europa (1999), “Recomendación 1418 (1999) Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos”, Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa.
- Consejo de la Unión Europea (2022), “Council Recommendation of 8 December 2022 on access to affordable high-quality long-term care (2022/C 476/01)”, *Official Journal of the European Union*, Bruselas.
- Courtis, C. (2023), “Entrevista: Christian Courtis, Experto de la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos”, *Revista Registradores de España* [en línea] <https://revistaregistradores.es/christian-courtis/>.
- Naciones Unidas (2022) *World Population Prospects: The 2022 Revision*, 2022.
- Eisenberg, R. (2014), “Alzheimer’s tab for families: \$4,000 a month”, Next Avenue, Saint Paul [en línea] <https://www.nextavenue.org/alzheimers-tab-families-4000-month/>.
- Esquivel, V. (2014), “What is a transformative approach to care, and why do we need it?”, *Gender and Development*, vol. 22, N° 3.
- Esquivel, V. y A. Kaufmann (2016), *Innovaciones en el cuidado: nuevos conceptos, nuevos actores y nuevas políticas*, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD)/Friedrich Ebert Stiftung (FES).
- Etxeberria, X. (2022), “Dignidad y autonomía en la vejez”, *Visión multidisciplinaria de los derechos humanos de las personas mayores*, S. Huenchuan (ed.), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- _____ (2017), “Personas mayores: Independencia de/en la interdependencia”, Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, Asunción, Paraguay, del 27 al 30 de julio de 2017 [en línea] https://conferenciaenvejecimiento.cepal.org/4/sites/envejecimiento4/files/presentations/xabier_etxeberria.pdf.
- _____ (2014), “Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad”, *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (LC/L.3942), S. Huenchuan y R. Rodríguez, Ciudad de México.
- EURO (Oficina Regional de la OMS para Europa) (2022), *Rebuilding for Sustainability and Resilience: Strengthening the Integrated Delivery of Long-term Care in the European Region*, Copenhagen.
- Fernández, A. (s/f), “Cuidado de las personas mayores y cuidadores: compatibilidad de agendas e intereses. La experiencia de Cuba”, Segunda Reunión de Expertos para el Seguimiento de la Carta de San José sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), San José de Costa Rica, 16 a 18 de noviembre [en línea] http://conferencias.cepal.org/carta_sanjose/17/Pdf/07%20Alberto%20Fernandez%20%5BCompatibility%20Mode%5D.pdf.
- Folbre, N. (2012), *For Love and Money: Care Provision in the United States*, Russell Sage Foundation.
- Fraser, N. (2022), *Cannibal Capitalism: How our System is Devouring Democracy, Care, and the Planet, and What We Can Do About It*, Nueva York, Verso/New Left Books/Londres-Brooklyn.
- Gawande, A. (2014), *Being Mortal: Medicine and What Matters in the End*, Nueva York, Metropolitan Books/Henry Holt and Company.
- Glenn, E. (2010), *Forced to Care: Coercion and Caregiving in America*, Harvard University Press.
- Häberle, P. (2003), *El Estado constitucional*, Ciudad de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) [en línea] <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/8990>.
- Hau Yan Ho, A. y otros (2013), “Living and dying with dignity in Chinese society: perspectives of older palliative care patients in Hong Kong”, *Age and Ageing*, vol. 42, N° 4.

- Huenchuan, S. (2024), "Cuidados al final de la vida y los derechos de las personas mayores", *Boletín de Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe*, N° 21, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- _____. (2023), "Cambio demográfico y brechas de protección social en el Caribe hispanohablante, Centroamérica y México", *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2023/79-LC/MEX/TS.2023/15), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- _____. (2021). La pandemia por COVID-19 y su relación con las enfermedades no transmisibles y la protección social en salud (LC/MEX/TS.2021/XX), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2021.
- _____. (2014), "¿Qué más puedo esperar a mi edad?": cuidado, derechos de las personas mayores y obligaciones del Estado", *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (LC/L.3942), S. Huenchuan y R. I. Rodríguez (eds.), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Huenchuan, S. y J. M. Guzmán (2007), "Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de política", *Revista Notas de Población*, N° 83 (LC/G.2320-P), Santiago, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Huenchuan, S. y R. Rodríguez (2015), "Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México: diagnóstico y lineamientos de política", *Documento de Proyecto* (LC/W.664), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2023), *Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC), 2022*, comunicado de prensa, N° 578/23, México, 3 de octubre de 2023.
- Kamiya, Y. y otros (2012), *Profile of Community-Dwelling Older People with Disability and their Caregivers in Ireland*, Dublín, Trinity College Dublin, The University of Dublin.
- Knaul, F. y otros (2018), "Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report", *The Lancet*, vol. 391, N° 10128.
- Maldonado, J. y M. Hernán (1998), "Los retos de la solidaridad ante el cambio familiar", *Cuadernos técnicos de servicios sociales*, Madrid, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.
- Martin, S. y otros (2009), *The Role of Migrant Care Workers in Aging Societies: Report on Research Findings in the United States*, Washington, D.C., Institute for the Study of International Migration, Walsh School of Foreign Service, Georgetown University.
- Meier, E. y otros (2016), "Defining a good death (successful dying): literature review and a call for research and public dialogue", *Am J Geriatr Psychiatry*, vol. 24, N° 4.
- Millán, R. (2019), "La muerte digna como un derecho humano", tesis de maestría, Facultad de Derecho, Universidad Autónoma del Estado de México [en línea] <https://1library.co/document/zg8k6x7y-la-muerte-digna-como-un-derecho-humano.html>.
- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública (2012), "Ley 20584 - Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud", Santiago [en línea] <https://bcn.cl/2f7cj>.
- MINSALUD/Colciencias (Ministerio de Salud y Protección Social/Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación) (2015), "SABE Colombia 2015: Estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento", Bogotá.
- Mastachi, A. (2023), "Voluntad anticipada y el derecho a una muerte digna", Abogacía [en línea] <https://www.revistaabogacia.com/voluntad-anticipada-y-el-derecho-a-una-muerte-digna/>.
- Muir, T. (2017), "Measuring social protection for long-term care", *OECD Health Working Papers*, N° 93, París, OECD Publishing.

- Naciones Unidas (2024), *Transformar los sistemas de cuidados en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y Nuestra Agenda Común*, Documento de Política del Sistema de Naciones Unidas.
- ____ (2021), *Nuestra agenda común: informe del Secretario General*, Nueva York, Publicación de las Naciones Unidas (eISBN: 9789210010146).
- ____ (2019), *Substantive Inputs in the form of Normative Content for the Development of a Possible International Standard on the Focus Areas “Autonomy and Independence” and “Long-term and Palliative Care”*, Working document submitted by DESA in collaboration with OHCH (A/AC.278/2019/CRP.4), Nueva York.
- ____ (2011), “Estudio temático sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores realizado por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover” (A/HRC/18/37), Ginebra.
- ____ (2009), “Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, Nota del Secretario General (A/64/272), Nueva York.
- ____ (2006), “Convention on the Rights of Persons with Disabilities” (A/RES/61/106) [en línea] https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_61_106.pdf.
- ____ (2000), “General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)”, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (E/C.12/2000/4) [en línea] <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.
- ____ (1979), “Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women”, 18 de diciembre [en línea] <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2023), *Time for Better Care at the End of Life, OECD Health Policy Studies*, París, OECD Publishing.
- ____ (2006), “Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers”, *Economics Department Working Papers*, N° 477, París.
- OEA (Organización de Estados Americanos) (2015), “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”, Washington, D.C.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2024), “De la crisis mundial de los cuidados a unos cuidados de calidad en el hogar: argumentos para incluir a los trabajadores domésticos en las políticas de cuidados y garantizar sus derechos laborales”, Nota de políticas, Ginebra.
- Oliveira, T. y A. Llena-Nozal (2020), “The effectiveness of social protection for long term care in old age: is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs?”, *OECD Health Working Paper*, N° 117.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2022), “Long-term care”, 1 de diciembre [en línea] <https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/long-term-care>.
- ____ (2019), *Década del envejecimiento saludable 2020-2030: informe de progreso*, Ginebra.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2023), *La situación de los cuidados de largo plazo en América Latina y el Caribe*, Washington, D.C.
- Ordelin, J. (2013), “¿Representación voluntaria de los derechos inherentes a la personalidad?: consideraciones para un debate jurídico desde el ordenamiento jurídico cubano”, *Vniversitas*, vol. 62, N° 127, Pontificia Universidad Javeriana.
- Parreñas, R. (2001), *Servants of Globalization: Women, Migration, and Domestic Work*, Stanford University Press.
- Pereira, J. (2022), “Consentimiento libre e informado en el acceso a la salud”, *Visión multidisciplinaria de los derechos humanos de las personas mayores* (LC/MEX/TS.2022/4), S. Huenchuan (ed.), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

- Pérez, P. (2023), *Cuidados paliativos en Chile y Latinoamérica*, Santiago, Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo/Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Pot, A., K. Rabheru y M. Chew (2023), "Person-centred long-term care for older persons: a new Lancet Commission", *The Lancet*.
- Quinn, G. y T. Deneger (2002), *Derechos humanos y discapacidad: uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad*, Nueva York, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH).
- Robles, L. (2003), "Una vida cuidando a los demás: una carrera de vida en ancianas cuidadoras", 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile, 14 al 18 de julio, Universidad de Chile.
- Saad, P. (2003), "Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuestas SABE", *Notas de población*, N° 77 (LC/G.2213-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Sánchez, C. (1996), "Sistema de apoyo y familiares de pacientes de Alzheimer, San Juan (Puerto Rico)", San Juan, Oficina del Gobernador para Asuntos de la Vejez.
- Selman-Houssein, E. y otros (2012), "Centenarios en Cuba: los secretos de la longevidad", La Habana, Publicaciones Acuario/Centro Félix Varela/Instituto de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED).
- Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina (2012), "Ley núm. 26.529 que establece los derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de Salud", Buenos Aires.
- Steinhauser, K. y otros (2001), "Preparing for the end of life: preferences of patients, families, physicians, and other care providers", *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 22, N° 3.
- Steinhauser, K. y J. Tulsky (2015), "Defining a 'good' death", *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (5 edn), Oxford Academic.
- Sudnow, D. (1967), *La organización social de la muerte*, Buenos Aires, Tiempo Contemporáneo.
- Tronto, J. (1993), *Moral Boundaries: Political Argument for an Ethic of Care*, Nueva York, Routledge.
- Zazueta, J. (2018), "Cambios en los gastos de salud y tipo de gasto durante el último año de vida de la población de 60 años y más en México", tesis de maestría, Tijuana, B.C., Colegio de la Frontera Norte.

II. El escenario demográfico de los cuidados de largo plazo

En este capítulo se exploran las profundas transformaciones demográficas que están ocurriendo en la subregión compuesta por el Caribe hispano, Centroamérica y México, abarcando el período desde el año 2000 hasta 2070. La elección de este extenso rango temporal no es arbitraria, sino que responde a la necesidad de capturar y analizar un período de cambios demográficos sin precedentes en la historia de la subregión.

Desde los albores del siglo XXI, varios países de esta área geográfica han sido testigos de un envejecimiento poblacional acelerado, una tendencia que, según las proyecciones, se intensificará en las próximas décadas. Extender el análisis hasta 2070 no solo proporciona una visión a largo plazo crucial para el diseño de políticas de cuidado de largo plazo sostenibles, sino que también facilita seguir la evolución de cohortes demográficas completas. Este enfoque amplio y longitudinal es esencial para comprender en profundidad los desafíos y oportunidades que el cambio demográfico presenta para los sistemas de cuidado de largo plazo en la subregión, proporcionando antecedentes que ayuden a anticipar y prepararse para las realidades futuras.

Los datos utilizados en este análisis provienen de las proyecciones de población de las Naciones Unidas, revisión 2022, las cuales se actualizan periódicamente para incorporar nueva información y metodologías. Si bien las cifras específicas pueden variar con cada actualización, lo fundamental es identificar y comprender las tendencias demográficas que configuran el futuro de la subregión. La elección de estas proyecciones, en lugar de las nacionales, responde a la necesidad de contar con datos comparables entre países, elaborados con una metodología estandarizada. No obstante, para análisis subnacionales específicos, se utilizan las proyecciones oficiales de cada país, las cuales incorporan particularidades territoriales y demográficas locales con mayor precisión.

A. Diversidad en las trayectorias demográficas en la subregión

La región de América Latina y el Caribe está atravesando una transformación demográfica sin igual. Según datos de las Naciones Unidas de 2022, la población regional aumentó significativamente, pasando de 522,5 millones de personas en 2000 a 669,9 millones en 2024, lo que representa un incremento de 147,4 millones de personas (28,2%) en casi un

cuarto de siglo. Se proyecta que la población regional continuará creciendo hasta 2055, llegando a 738,4 millones en 2070. Entre 2055 y 2070 se espera una disminución de poco más de 13 millones de personas, volviendo en este último año a valores similares a los de 28 años antes (en 2042).

En los países de la subregión, en 2024 la población alcanza los 216,2 millones de habitantes, lo que equivale a un poco más de un tercio de la población total de América Latina y el Caribe (32,2%). Entre 2000 y 2024, la subregión experimentó un aumento de más de un tercio de su población. Se prevé que esta siga creciendo hasta 2059, cuatro años más tarde que el total de la región, llegando a 250,1 millones de habitantes, un 15,6% más que en 2024. En 2070, la población subregional estará experimentando su descenso y sumará 247 millones, con la tasa de crecimiento promedio más baja del período (-0,16%).

Los países de la subregión tienen una trayectoria diferente con respecto al comportamiento de su población. Aquí se encuentra uno de los países más avanzados en su transición demográfica del conjunto de la región latinoamericana y varios de los más rezagados en dicho proceso. Las diferencias no solo se traducen en el potencial de crecimiento de la población, sino también en disparidades con respecto al comportamiento de la fecundidad y la esperanza de vida.

1. Países que alcanzarán su máximo de población antes de 2050

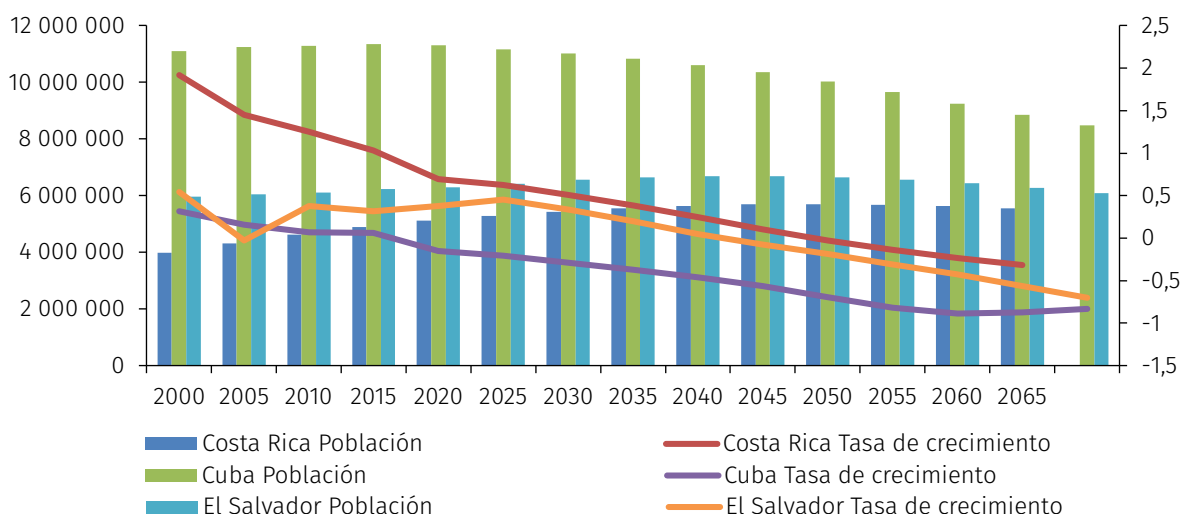
Los países que alcanzarán el máximo de su población antes de 2050 son Cuba, El Salvador y Costa Rica. En el caso de Cuba, su población logró su máximo en 2016 con 11,3 millones de personas y ha disminuido desde entonces. Actualmente, la población cubana es de 11,1 millones de personas, con una tasa de crecimiento anual negativa de -0,18%. Se proyecta que en 2070 los habitantes de la mayor de las Antillas serán de aproximadamente 8,5 millones, lo que representa una disminución de casi un cuarto (24,1%) de su población en comparación con 2024, con una tasa de crecimiento de -0,83%.

El Salvador cuenta con 6,3 millones de habitantes y muestra una tasa anual de crecimiento del 0,48% en 2024. Se espera que alcance su máximo de población en 2042 con 6,6 millones de personas, un incremento del 4,5% con respecto a 2024. En 2070, su población será de 6 millones, una cifra cercana a la que tenía más de tres décadas antes (2008), y llegará a una tasa de crecimiento de -0,7%.

Costa Rica tiene una población de 5,2 millones de habitantes en 2024 y sostiene una tasa de crecimiento anual del 0,64%. Mantendrá un crecimiento positivo hasta el año 2048, y alcanzará un máximo de población total de 5,7 millones en 2049. Para 2070 los costarricenses serán 5,4 millones, cifra similar a la de 2030, con una tasa de crecimiento positiva de 0,41%.

Aunque los países recién mencionados tienen en común que dejarán de crecer antes de 2050, comparados siguen una trayectoria distinta. Cuba presenta un perfil demográfico de decrecimiento continuo durante el período en estudio. Costa Rica y El Salvador muestran patrones de crecimiento seguidos de un estancamiento y posterior decrecimiento, aunque la disminución proyectada para Costa Rica es más moderada en comparación con El Salvador. Como se observa en el gráfico 1, El Salvador inicia el período con una tasa de crecimiento de su población superior a Cuba y Costa Rica y en 2070 su población casi alcanzará la tasa de crecimiento de Cuba. Costa Rica, en cambio, a pesar de que en 2070 crecerá muy bajo, aumentará su población por sobre El Salvador y Cuba.

Gráfico 1
Países seleccionados: evolución de su población y tasa de crecimiento, 2000-2070
 (En decenas de miles y porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Estimaciones y proyecciones de proyecciones de la población, Revisión 2022, Nueva York, 2022.

2. Países que alcanzarán su máximo de población entre 2050 y 2070

Los países que dejarán de crecer entre 2050 y 2070 son México y la República Dominicana. México es el país más poblado de la subregión, con un total de 129,3 millones de habitantes en 2024 y una tasa de crecimiento anual del 0,71%. Se proyecta que alcance el máximo de habitantes en 2052 y que en 2070 estos disminuyan a 139 millones, cuando tenga una tasa de crecimiento del -0,35%. La República Dominicana es otro país que alcanzará su máximo de población en el período en estudio, con 13,3 millones de habitantes en 2062, casi 2 millones más de personas que en 2024 (11,4 millones). En 2070 habrá disminuido su población en 70.000 habitantes con respecto a 2062 y tendrá una tasa de crecimiento del -0,13%.

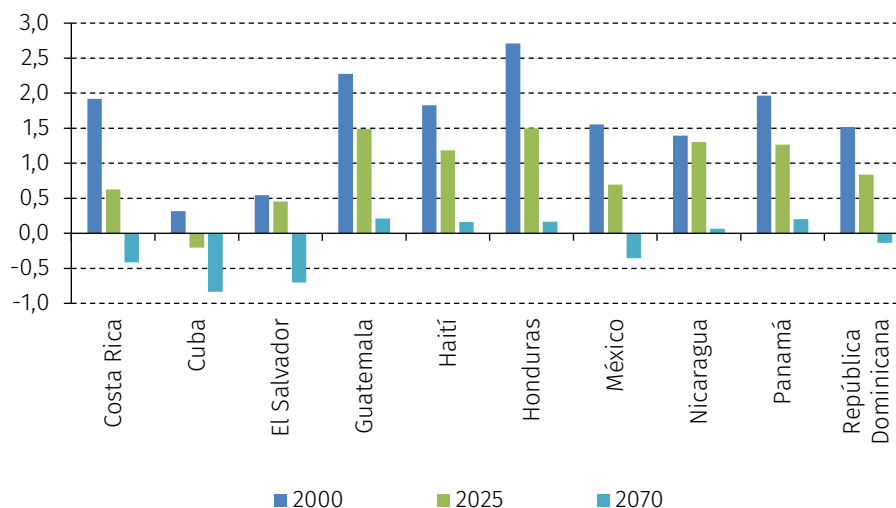
3. Países que alcanzarán su máximo de población más allá de 2070

Los países con crecimiento poblacional continuo más allá de 2070 son Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Panamá. El primer país llegará a los 27 millones de habitantes en 2070, un 47% más que en 2024 (18,3 millones) y mantendrá una tasa de crecimiento positiva hasta el final del período en estudio (0,21% en 2070). Haití seguirá la misma trayectoria, pero la tasa de crecimiento de su población se mantendrá más baja que la de Guatemala. Llegará a los 16,3 millones de habitantes en 2070, una diferencia de casi 8 millones de personas con respecto a su población actual (11,8 millones).

Honduras alcanzará 2070 con una tasa de crecimiento similar a la de Haití (0,16%) y sumará 15,5 millones de habitantes, un incremento de casi 5 millones de con respecto a 2024. Nicaragua, con una población de 7,1 millones de habitantes y una tasa de crecimiento del 1,33% en 2024, aumentará su población a 9,6 millones de personas en 2070, cuando tendrá una tasa de crecimiento del 0,06%. Por último, Panamá, con una población actual de 4,5 millones de personas y una tasa de crecimiento muy similar a la de Nicaragua (1,31%) en 2024, llegará a 6,1 millones de habitantes en 2070.

Como se observa, algunos países estabilizarán su población para iniciar su descenso en las décadas posteriores a 2024 —con la excepción de Cuba—, y otros continuarán creciendo más allá de 2070, pero a un ritmo menos acelerado. Sin embargo, la velocidad del cambio entre ellos también varía. En Honduras el decrecimiento de su población es más rápido que en los demás; le siguen Costa Rica y Guatemala (véase el gráfico 2).

Gráfico 2
Subregión (10 países): tasa de crecimiento anual de la población, 2000-2070
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Estimaciones y proyecciones de proyecciones de la población, Revisión 2022, Nueva York, 2022.

4. Evolución y proyecciones demográficas en la subregión (1950-2070)

La subregión presenta un comportamiento heterogéneo respecto al volumen de su población. México sigue siendo el país con la mayor contribución al total de la población subregional, representando un 59,8% en 2024. En 1950, México ya contaba con el 56,2% de la población subregional y se proyecta que para 2070 su participación disminuirá en 3,5 puntos porcentuales, lo que equivale a 9 millones de personas (dos veces la población de Costa Rica en 2024).

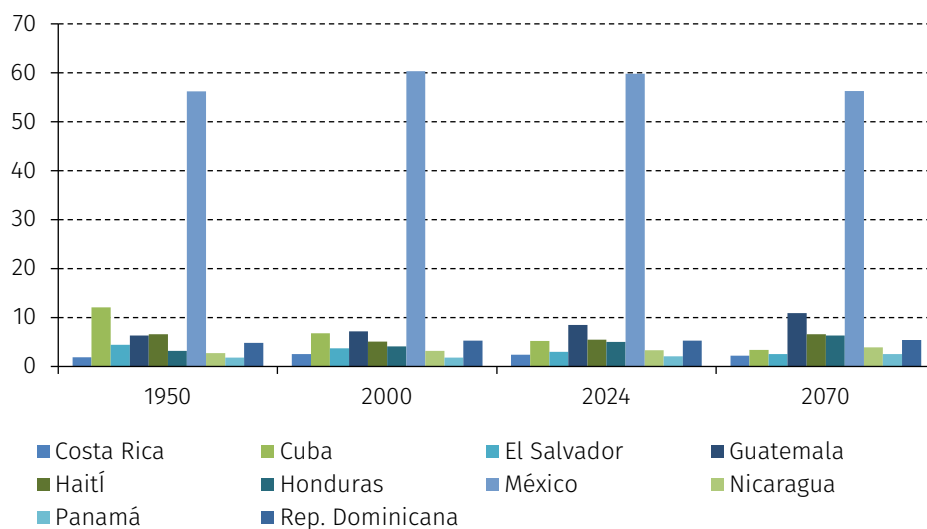
Además de México, entre 2024-2070, otros países que disminuirán su proporción son Cuba (-1,7%), El Salvador (-0,5%) y Costa Rica (-0,2%). En contraste, Guatemala aumentará su peso relativo en un 2,4%, seguido de Honduras (1,3%) y Haití (1,1%) (véase el gráfico 3). Estos cambios están vinculados a factores demográficos, tales como migración interna e internacional, la disminución de la tasa global de fecundidad y las tasas de mortalidad.

Un aspecto destacable es que, en varios países de la subregión, la población continúa creciendo incluso cuando la tasa global de fecundidad (TGF)¹⁴ está por debajo del nivel de reemplazo (2,1 hijos por mujer). Entre el momento en que la TGF alcanza 2,1 y el punto

¹⁴ La tasa global de fecundidad “es el número de hijos que en promedio tendría una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieron sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad del período en estudio y no estuvieron expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta la finalización del período fértil” (CEPAL, s/f).

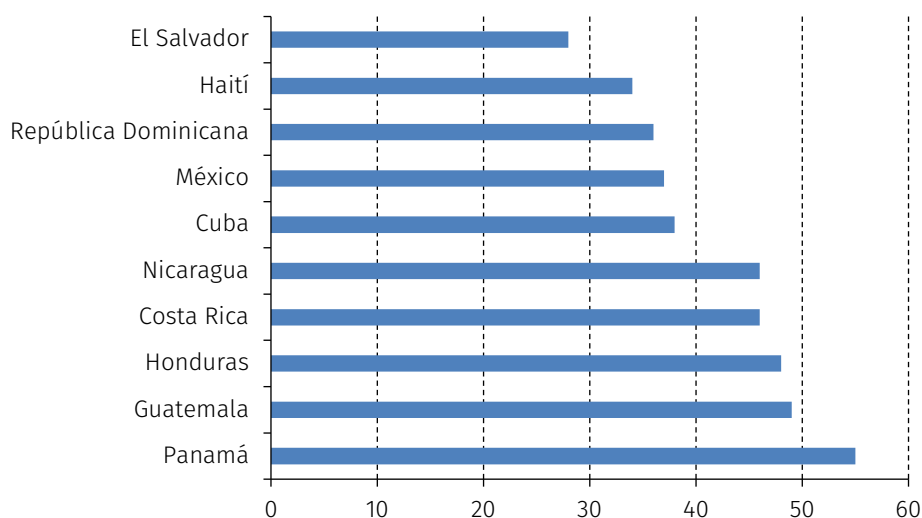
máximo de la población, transcurrirán desde 28 años (El Salvador) hasta 55 años (Panamá) (véase el gráfico 4).

Gráfico 3
Subregión (10 países): distribución de la población subregional por país, 1950-2070
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Estimaciones y proyecciones de proyecciones de la población, Revisión 2022, Nueva York, 2022.

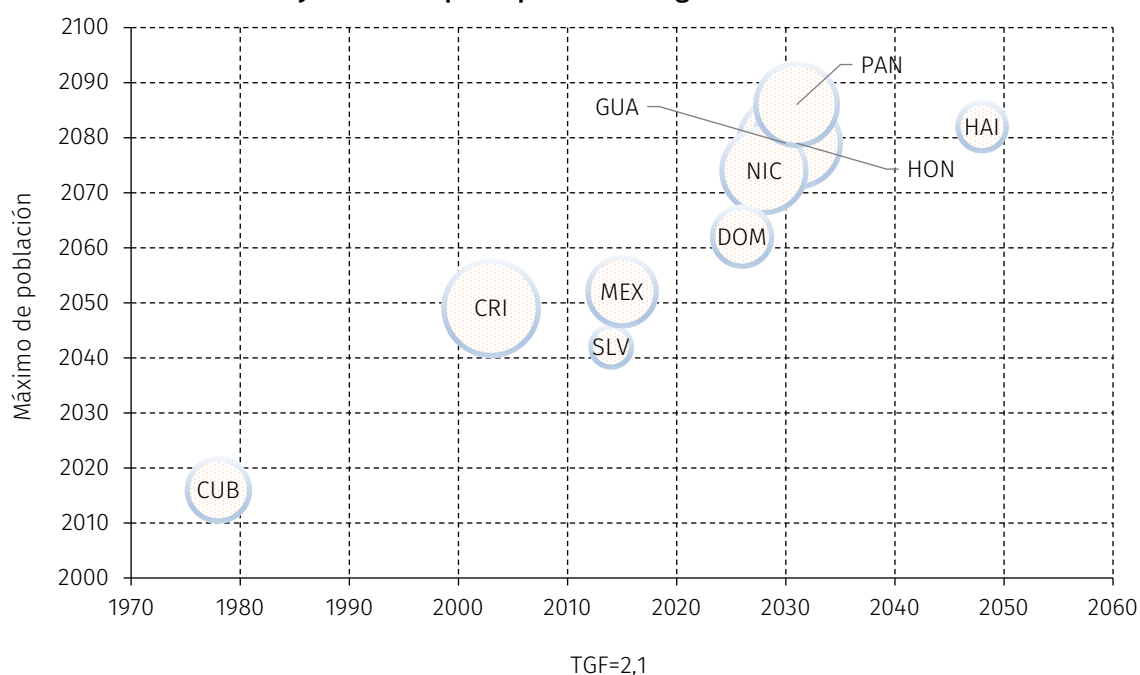
Gráfico 4
Subregión (10 países): intervalo de años entre una TGF de 2,1 y el máximo de la población
(En número de años)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Estimaciones y proyecciones de proyecciones de la población, Revisión 2022, Nueva York, 2022.

En El Salvador, la población crecerá un 7,7% entre 2003 (TGF de 2,1) y 2042 (máximo de la población). Este período de 28 años puede atribuirse a la rápida disminución de la TGF que llegará a 1,68 hijos por mujer en 2040 y a una tasa alta de migración (4,4 por cada 1.000 en el período 2015-2042) (Del Castillo, 2023). En Haití, la población crecerá un 10,4% en 34 años. En Costa Rica, la población crecerá un 36,1% entre 2003 y 2049, de manera similar a lo que ocurrirá en Guatemala (36,2%) en 49 años. Panamá, en tanto, experimentará el período más largo con 55 años entre que la TGF llegue a 2,1 hijos por mujer (2031) y la población logre su máximo (2086), con un aumento del 27,5% (véase el gráfico 5).

Gráfico 5
Subregión (10 países): incremento de la población entre el año en que la TGF sea de 2,1
y el año en que la población llegará su máximo



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Estimaciones y proyecciones de proyecciones de la población, Revisión 2022, Nueva York, 2022.

Nota: El tamaño de los círculos muestra el incremento porcentual entre el año que la TGF sea de 2,1 hijos por mujer y el año que la población llegue a su máximo.

Como se observa, aunque la TGF de 2,1 es el nivel de reemplazo teórico, varios factores pueden contribuir a que la población de un país siga creciendo durante varios años o incluso décadas después de alcanzar esta tasa. Uno de ellos es la inercia poblacional. En países con una gran proporción de población joven, el número de nacimientos puede seguir siendo alto durante varios años, incluso si el número de hijos en promedio que tendría una mujer llegara al nivel de reemplazo (DAES, 2024). Por ejemplo, si el 25% de la población tiene menos de 15 años, el número de nacimientos puede mantenerse elevado. En los países de la subregión, esto sea hace muy evidente. La mayoría alcanza una TGF de 2,1 hijos cuando su población menor de 15 años es superior al 25%.

5. Clasificación de los países de acuerdo con la etapa de transición demográfica

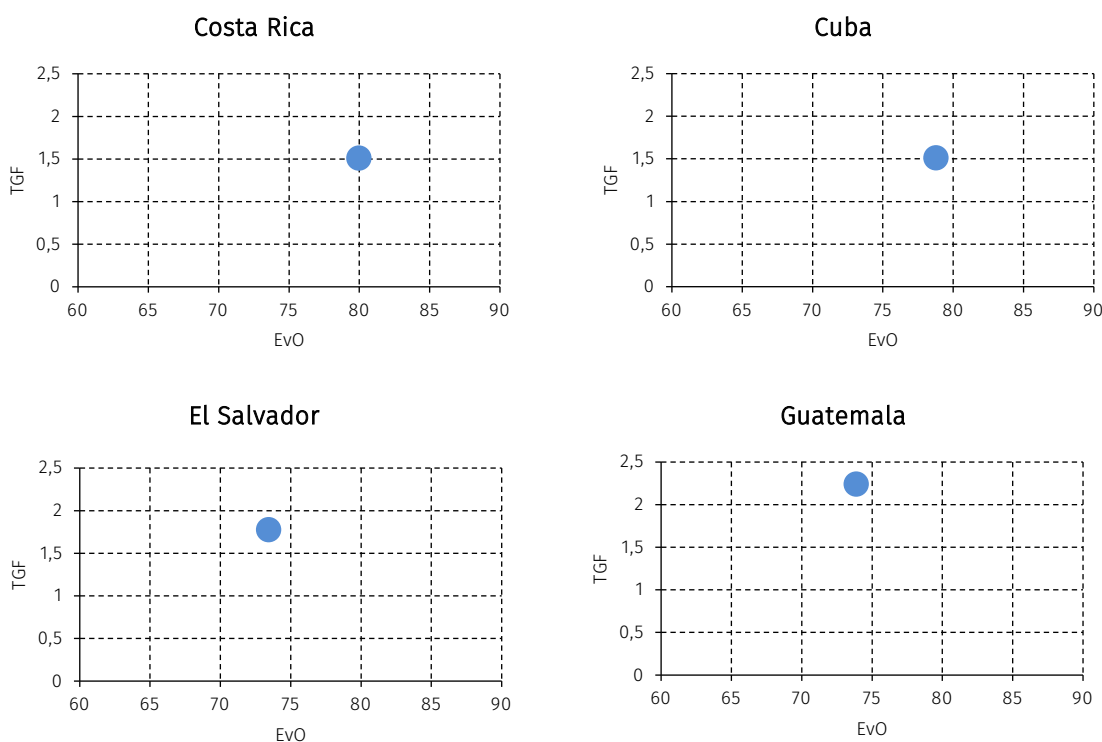
Para comprender mejor las trayectorias demográficas de los países de la subregión, es tradicional clasificarlos de acuerdo con la tasa global de fecundidad (TGF) y la esperanza de vida al nacer. En 2024, Cuba y Costa Rica se encuentran en una etapa avanzada de la transición demográfica, con esperanzas de vida de 78,5 y 80,7 años, respectivamente, y las TGF más bajas de la subregión (1,46 y 1,51 hijos por mujer). Panamá exhibe una esperanza de vida alta (78,7 años), pero mantiene una TGF por encima del nivel de reemplazo (2,2 hijos por mujer).

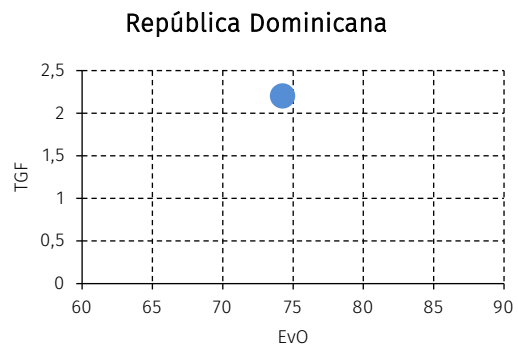
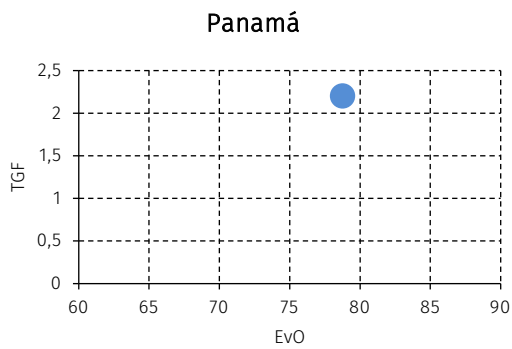
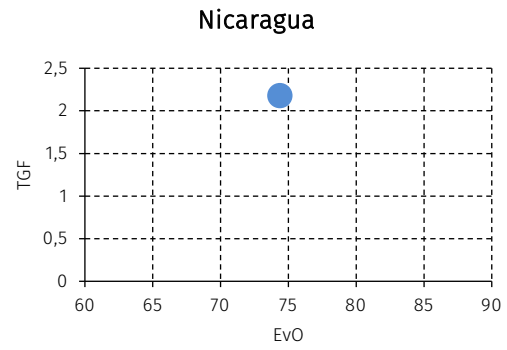
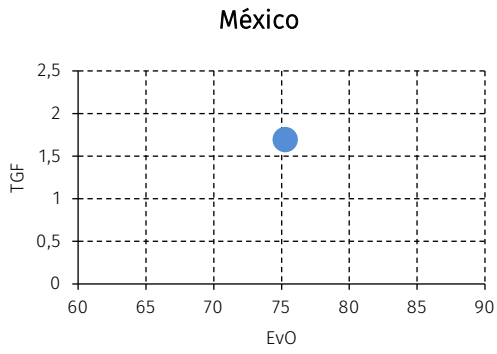
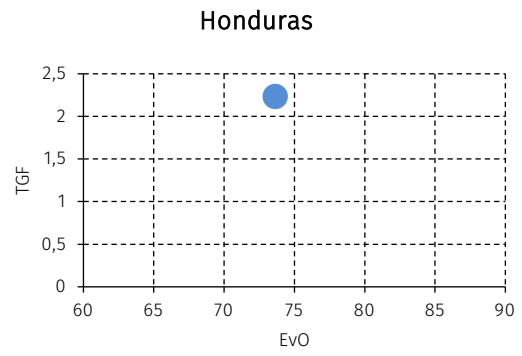
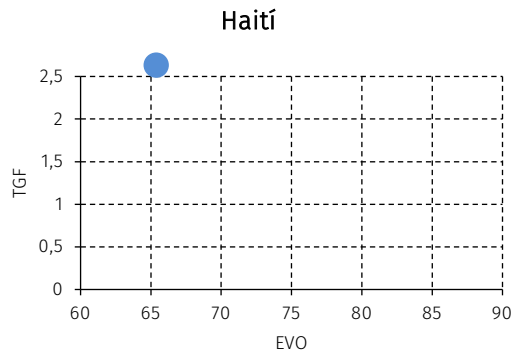
Los demás países de la subregión se encuentran en etapas más tempranas de la transición demográfica, con una esperanza de vida inferior al promedio subregional (75 años) y una TGF que supera el nivel de reemplazo poblacional. Haití destaca por tener la menor esperanza de vida al nacer (65,3 años) y la TGF más elevada de la subregión.

En 2070, se proyecta que todos los países, con la excepción de Haití, tendrán una esperanza de vida superior a los 80 años. Costa Rica, Panamá y Cuba alcanzarán las más altas esperanzas de vida en la subregión, con 87,5, 85,9 y 85,5 años, respectivamente. La disminución de la TGF por debajo del nivel de reemplazo en todos los países indica que la subregión en su conjunto se moverá hacia una estabilización y eventual disminución de la población (véase el gráfico 6).

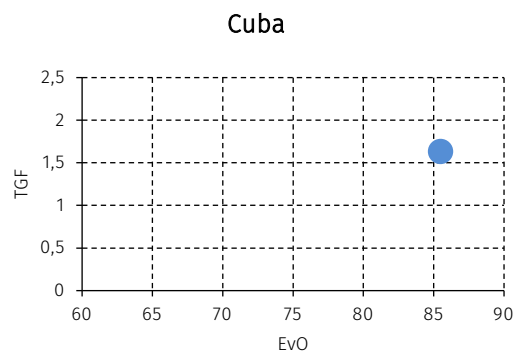
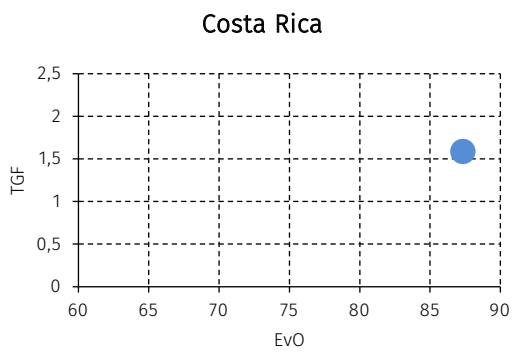
Gráfico 6
Subregión (10 países): tasa global de fecundidad (TGF) y esperanza de vida al nacer (EvO)

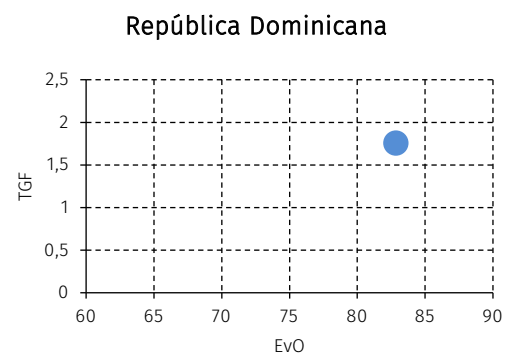
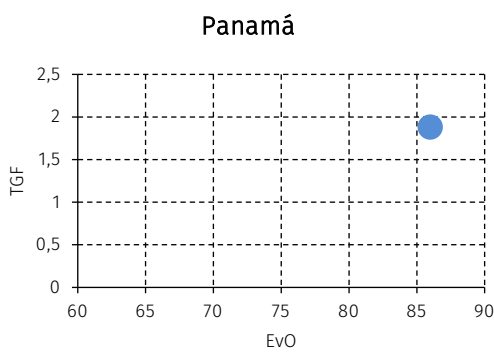
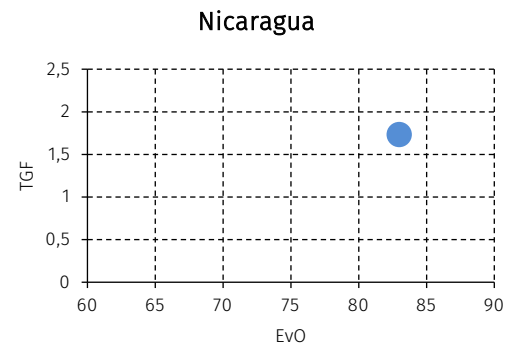
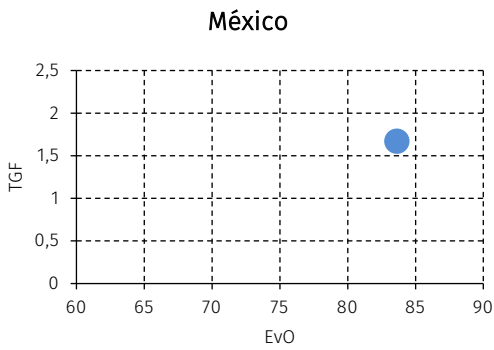
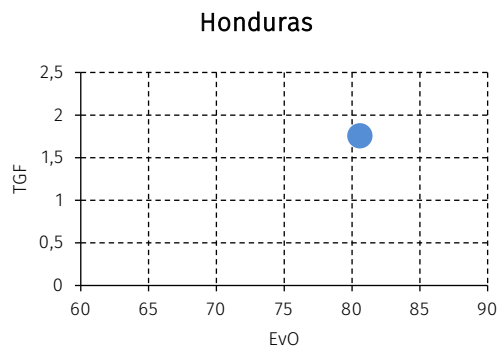
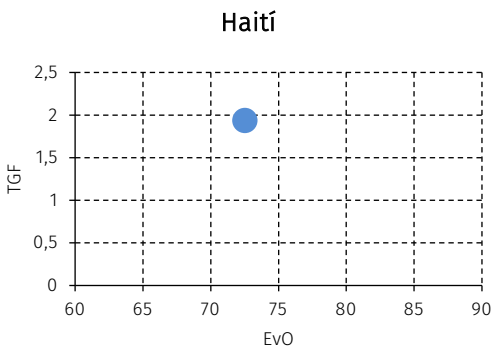
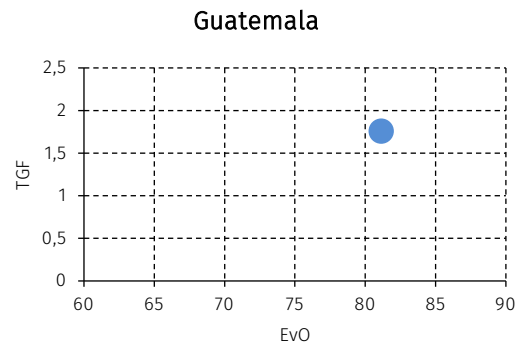
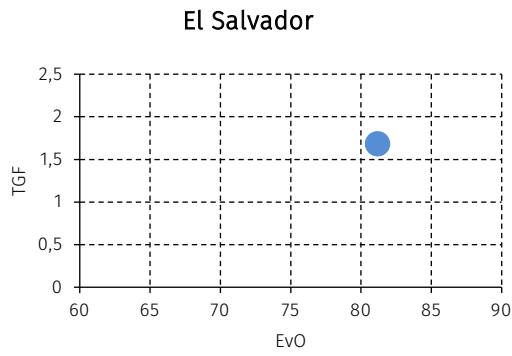
a. 2024





b. 2070



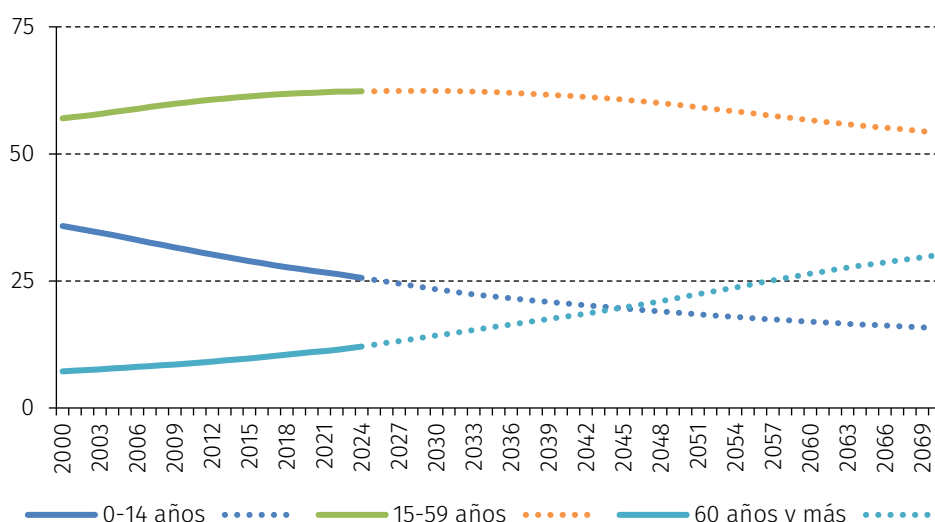


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Estimaciones y proyecciones de proyecciones de la población, Revisión 2022, Nueva York, 2022.

B. Cambios en la estructura por edades de la población en la subregión

La estructura por edades de una población se refiere a la distribución de personas en diferentes grupos de edad y sexo. Usualmente, se representa gráficamente mediante una pirámide poblacional por grupos quinquenales de edad. Antes de analizar esta distribución en detalle, resulta útil revisar los cambios en los grandes grupos de población: niños (0 a 14 años), adultos (15 a 59 años) y personas mayores (60 años y más) (véase el gráfico 7).

Gráfico 7
Subregión (10 países): distribución de la población por grandes grupos de edad, 2000-2070
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Estimaciones y proyecciones de proyecciones de la población, Revisión 2022, Nueva York, 2022.

1. Evolución y proyecciones de la composición por edades de la población

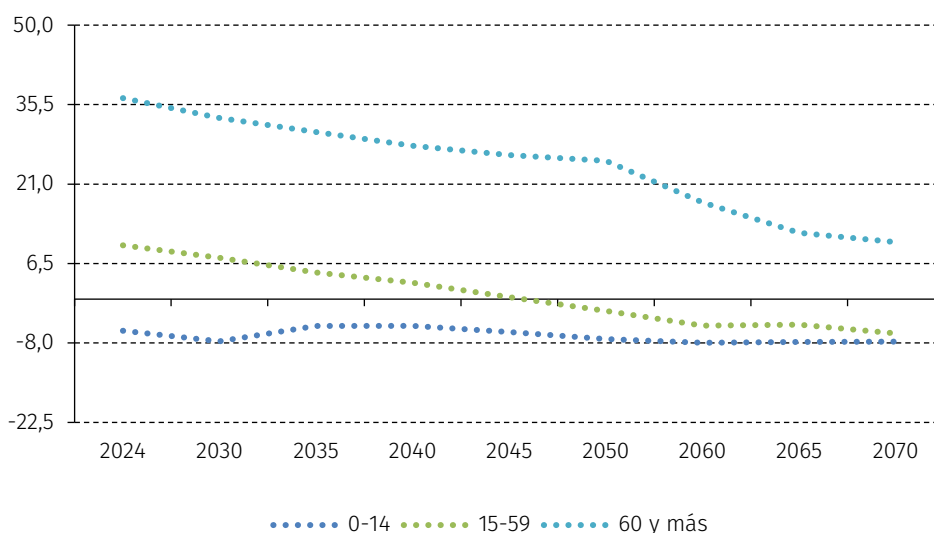
La población infantil (0 a 14 años) de la subregión alcanzó su máximo histórico equivalente a un 45,3% del total de habitantes durante el período comprendido entre 1964 y 1968. Desde entonces ha ido en descenso. En 2024, los niños representan un cuarto de la población subregional (25,5%), y se proyecta que disminuirán al 18,6% en 2050 y al 15,7% en 2070. La tasa anual de crecimiento de este grupo es negativa entre 2024 y 2070. Inicia con -5,7 por cada 1.000 habitantes en 2024, y llegará a -7,7 en 2070.

La población adulta (15 a 59 años) ha seguido creciendo y se espera que alcance su máximo histórico en el período 2026-2031, cuando 3 de cada 5 personas se encontrarán en este rango de edad. Su participación porcentual en el conjunto de la población comenzará a disminuir en 2032, aunque continuará siendo la mayoría de la población subregional (59,5%), tendencia que se mantendrá en 2070 con el 54,2%. Este patrón es relevante, ya que su tasa de crecimiento se estabiliza en 2046 y luego desciende hasta -6,3 por 1.000 habitantes en 2070.

A diferencia de los otros grupos de edad, las personas mayores (60 años y más) seguirán aumentando incluso más allá de 2070. En 1950, las personas de 60 años y más representaban el 5,3% del total. Tuvieron que pasar 69 años para duplicar ese porcentaje (1950-2019). Entre 2020 y 2050, este grupo se habrá vuelto a duplicar, y crecerá en 1,4 veces entre 2050 y 2070.

La población adulta mayor es la única que crece por encima del total de la población y de los demás grupos de edad. En actualidad, la tasa de crecimiento es de 36,6 por cada 1.000 habitantes, esto es casi cuatro veces más que la población en edad de trabajar. En 2070 la tasa de crecimiento de la población adulta mayor será de 10,4 por cada 1.000 habitantes, manteniéndose más elevada que la de niños y adultos (véase el gráfico 8).

Gráfico 8
Subregión (10 países): tasa de crecimiento media anual por grandes grupos de edad, 2024-2070
(Por cada 1.000 habitantes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2024), CEPALSTAT [base de datos en línea] <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html?lang=es>.

La distribución de la población según grandes grupos de edad entre 2000 y 2070 se caracteriza por la disminución de los niños, que a partir de 2045 tendrán un peso relativo menor que las personas de 60 años y más; la concentración de la población en edad de trabajar que estará próximo a alcanzar su máximo histórico (2026), y el incremento de las personas de avanzada edad.

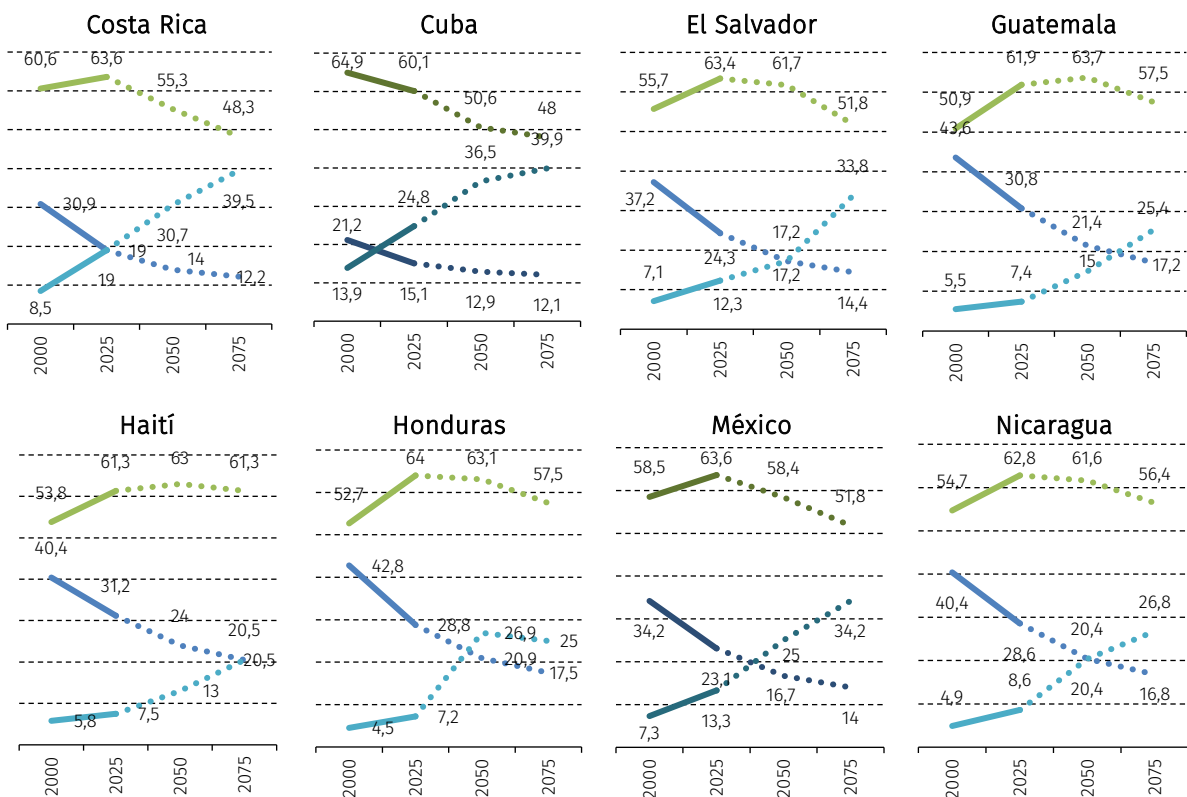
La subregión se diferencia del promedio regional en varios aspectos. Entre los más destacados se encuentran los siguientes:

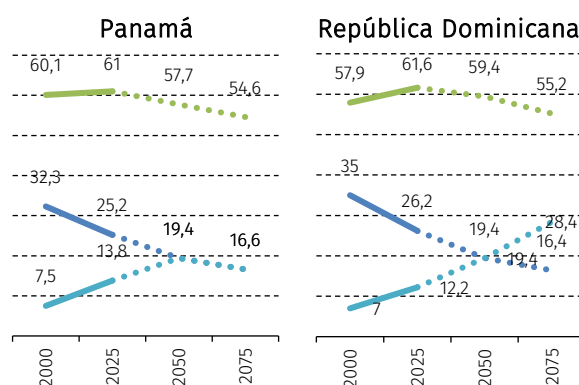
- La subregión comenzó el presente siglo con un porcentaje más elevado de niños (entre 0 y 14 años) en comparación con el promedio regional. La tendencia comparada se mantendrá hasta 2070 indicando que, pese a la disminución general de la natalidad, la población total seguirá teniendo una base más joven en su pirámide poblacional que la media de la región.

- La población en edad laboral (entre 15 y 59 años) de la subregión alcanzará su máximo histórico en 2026, cuatro años después que el promedio regional. Este retraso sugiere que la subregión mantendrá una fuerza laboral cuantiosa más allá de 2030. En 2024, la población en edad de trabajar de la subregión representa el 32,1% del total de la población regional en ese rango etario y llegará al 34,1% en 2070.
- La subregión experimentará un proceso de envejecimiento poblacional menos pronunciado que el conjunto de la región. A largo plazo, la subregión continuará viendo un aumento en la población adulta mayor e irá incrementando su participación en el promedio regional. En 2024, representa el 28% del total de población adulta mayor de América Latina y el Caribe, y en 2070 se espera que llegue al 31,8%.

Aunque la trayectoria de los países con respecto a su composición por edades sigue una tendencia similar muestran situaciones particulares (véase el gráfico 9). En todos los países se observa una disminución del porcentaje de los menores de 15 años en el total de la población. En algunos, la población adulta mayor sobrepasa el porcentaje de los niños antes de 2070. En Cuba esto ocurrió en 2011. Se prevé que en Costa Rica suceda en 2027 y en México en 2038. Luego vendrán Panamá (2044), la República Dominicana (2047), El Salvador y Nicaragua (2054).

Gráfico 9
Subregión (10 países): distribución de la población por grandes grupos de edad, 2000-2070
 (En porcentajes)





Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Estimaciones y proyecciones de proyecciones de la población, Revisión 2022, Nueva York, 2022.

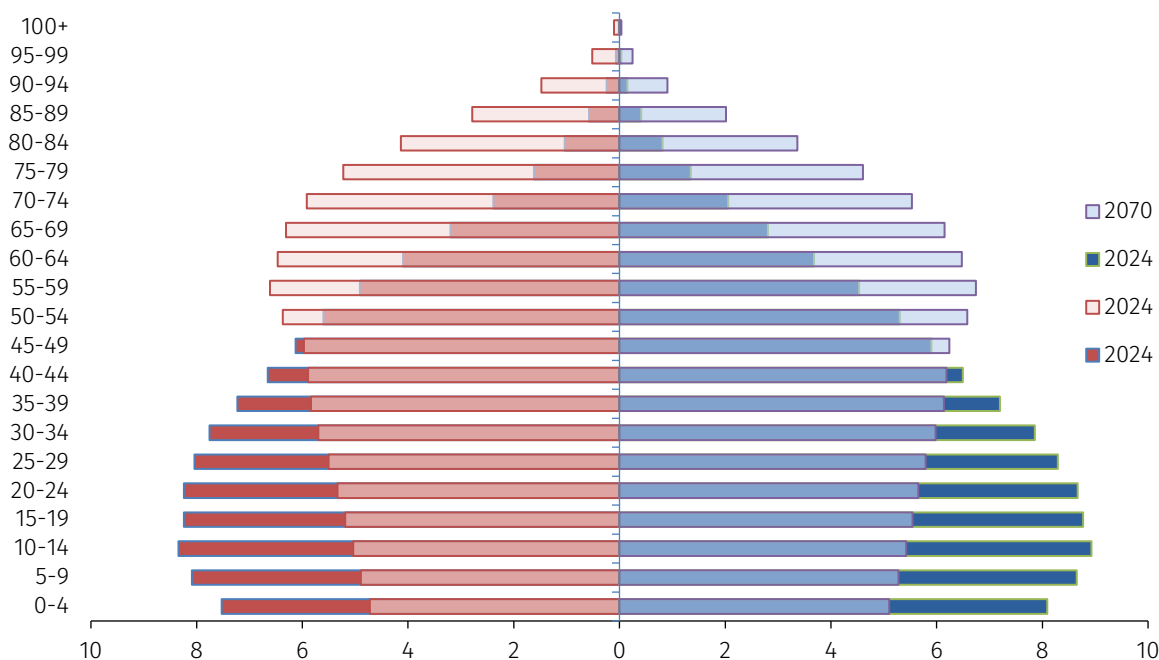
La población en edad de trabajar también tiene un comportamiento diferenciado en algunos países. En Cuba, este grupo experimenta un constante descenso. Entre 2000 y 2070, su participación porcentual en el total de la población se reducirá en un 17%. Será el país que experimentará la mayor disminución en el período analizado. Le sigue Costa Rica, donde este grupo de edad bajará del 60,6% al 48,2%, 12,3 puntos porcentuales de diferencia entre 2000 y 2070. En México y Guatemala la proporción de la población en edad de trabajar disminuirá 6,7 y 6,5 puntos porcentuales en este lapso, respectivamente. Panamá experimentará un descenso de 5,6 puntos porcentuales y los demás estarán por debajo de este valor.

En el caso de la población adulta mayor, en todos los países se incrementará su participación porcentual entre 2000 y 2070. En Costa Rica tendrá un incremento de 31 puntos porcentuales, en México la diferencia será de 26,9 puntos porcentuales y en El Salvador de 26,7 puntos porcentuales. Los demás países aumentarán la participación de las personas mayores en el total de la población entre 19 puntos porcentuales (Guatemala) y 22,8 (Haití).

Como se observa en el gráfico 10, la composición de la población cambiará sustancialmente entre 2024 y 2070. Mientras que, en la actualidad, la población está concentrada en edades infantiles y adultos jóvenes —aunque ya con el declive de los niños de 0 a 4 años—, en 2070, la estructura por edades de la población se irá envejeciendo por el centro y por la cúspide. De igual manera, la estructura por edades de la población tiene directa consecuencia en la relación de dependencia demográfica, y por supuesto en los cuidados de largo plazo.

En la subregión se observan situaciones extremas. En algunos países, los cambios en la pirámide poblacional son más rápidos que en otros, pero todos tienden hacia el envejecimiento de su estructura por edades, ya sea en el centro o en la cúspide (véase el gráfico II.A1.1 en el anexo). Para revisar estos cambios con detalle, se tomarán tres países según su situación en 2024: Cuba, el más envejecido; Haití, el más joven; y la República Dominicana, que se encuentra en una situación intermedia.

Gráfico 10
Subregión (10 países): estructura por edades de la población según sexo, 2024 y 2070
 (En porcentajes)



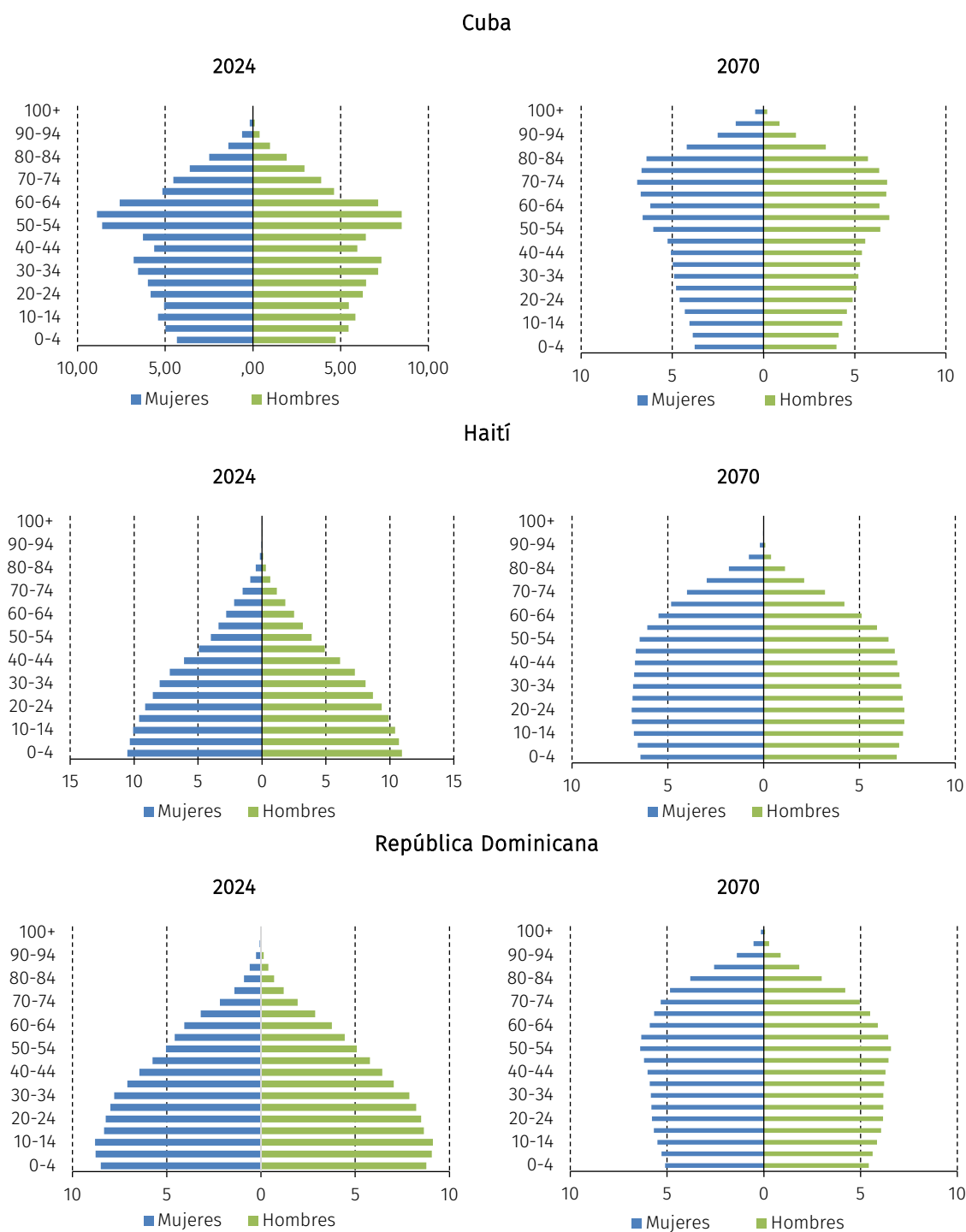
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Estimaciones y proyecciones de proyecciones de la población, Revisión 2022, Nueva York, 2022.

En 2024, aunque en los tres países cerca de tres de cada cinco personas se encuentran en edad laboral, las diferencias se observan en los grupos extremos. En Haití, el porcentaje de niños en el total de la población duplica al de Cuba. Lo contrario ocurre en el grupo de edad avanzada, donde la proporción de personas mayores de Cuba es tres veces mayor que en Haití. La República Dominicana, por su parte, presenta un porcentaje de niños más cercano al de Haití y su población adulta mayor representa menos de la mitad de la que tiene Cuba.

Para 2070, la población infantil de Haití y la República Dominicana se situará por encima de la que exhibirá Cuba. En los tres países, la población en edad laboral habrá disminuido, pero este cambio será más profundo en Cuba, donde menos de la mitad del total de la población se encontrará en este rango de edad. En cuanto a la población de edad avanzada, su proporción en el total de la población aumentará en todos los países, aunque Haití seguirá siendo el menos envejecido, con una proporción de su población adulta mayor similar a la que tuvo Cuba en 2012 y a la que tendrá la República Dominicana en 2042.

En definitiva, Cuba exhibe un notable envejecimiento en 2024, con una reducción en la tasa de natalidad, llevando a una estructura demográfica más envejecida en 2070. En la República Dominicana se observa una transición hacia una estructura más equilibrada, pero con una base todavía relativamente amplia en 2070, indicando una tasa de natalidad más sostenida. En Haití, la alta tasa de natalidad persistente, aunque con una tendencia a una mayor homogeneidad en la estructura de edad para 2070.

Gráfico 11
Países seleccionados: estructura por edades de la población según sexo, 2024-2070
 (En porcentajes)

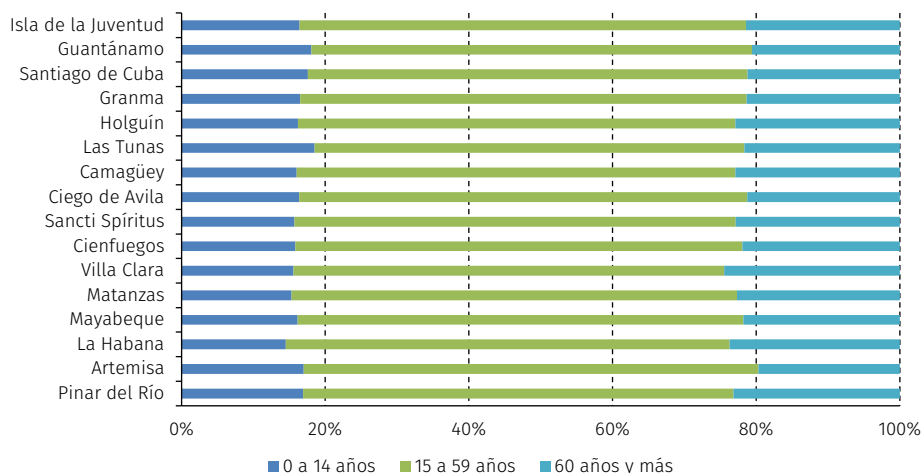


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Estimaciones y proyecciones de proyecciones de la población, Revisión 2022, Nueva York, 2022.

2. Distribución por edades de la población a escala subnacional y en distintas poblaciones

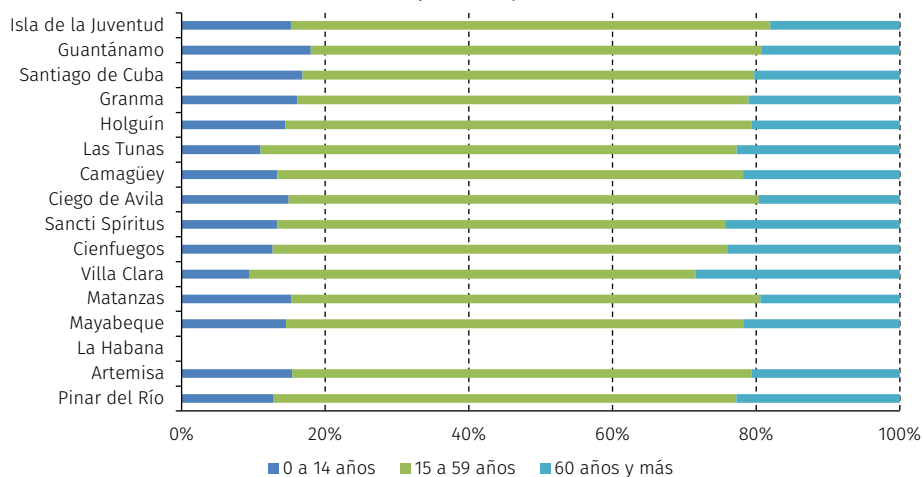
El envejecimiento también tiene una expresión distinta al interior de los países, Por ejemplo, de acuerdo con la Oficina de Estadísticas e Información (ONEI) de Cuba, en 2023 la distribución por edades de la población era del 16% para el grupo de 0 a 14 años, 60% para el grupo de 15 a 59 años, y 24% para el grupo de 60 años y más. Sin embargo, al analizar esta distribución a nivel subnacional, se observan situaciones variadas. En Villa Clara, las personas mayores representan el 28% del total de la población. En contraste, en Guantánamo, la población infantil alcanza el 18,3%, mientras que en Artemisa el 61% de la población está en edad de trabajar.

Gráfico 12
Cuba: distribución por grandes grupos de edad de la población urbana por provincia, 2022
 (En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI), Tablero resumen: Cuba y provincias “Evolución demográfica 2013 al 2022”, 2023.

Gráfico 13
Cuba: distribución por grandes grupos de edad de la población rural por provincia, 2022
 (En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI), Tablero resumen: Cuba y provincias “Evolución demográfica 2013 al 2022”, 2023.

De igual manera, al visualizar los datos por zona de residencia se observan contrastes. En las zonas rurales (excepto La Habana, que es exclusivamente urbana), hay más población en edad de trabajar comparada con las zonas urbanas. Por otro lado, el porcentaje de población infantil es mayor en las zonas urbanas que en las rurales. Ocurre lo mismo en la mayoría de las provincias con la población adulta mayor, donde su peso relativo es mayor en las zonas urbanas; aunque en Villa Clara, la provincia más envejecida del país, la situación es inversa (véanse los gráficos 12 y 13).

Esta variabilidad se observa también al analizar la estructura por edades entre distintas poblaciones. Tal es el caso de la estructura etaria de las poblaciones indígenas, que pueden diferir significativamente del promedio nacional.

En Panamá, a partir del análisis de los datos del Censo de Población y Vivienda de 2023, se observa que la población indígena tiene una estructura por edades distinta a la de la población no indígena. Una mirada a la distribución por grandes grupos de edades según origen étnico indígena y no indígena, muestra que el 38,8% de la población indígena se concentra entre los menores de 15 años, mientras que entre la población no indígena el porcentaje baja al 22,6%. La población no indígena entre 15 a 59 años representa el 62,1% del total y entre la población indígena baja al 53,9%. Por otra parte, la población no indígena se encuentra más envejecida en la cúspide de la pirámide con un 15,2% de personas de 60 años y más, lo que disminuye a menos de la mitad (7,3%) entre la población indígena (véase el cuadro 1).

Cuadro 1
Panamá: población por grupos de edad según origen étnico indígena y no indígena, Censo 2023

Grupo de edad	Indígena		No indígena		Total
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje	
0 a 14 años	270 517	38,8	762 459	22,6	1 032 976
15 a 59 años	376 085	53,9	2 091 743	62,1	2 467 828
60 años y más	51 247	7,3	512 394	15,2	563 641
No declarada	265	0	70	0	335
Total	697 849	100	3 366 931	100	4 064 780

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Censo de Población y Vivienda 2023, 2023.

Estas diferencias en la estructura por edades entre la población indígena y no indígena pueden tener varias implicaciones demográficas y sociales significativas. La alta proporción de niños indígenas sugiere una tasa de fecundidad más alta en las comunidades indígenas en comparación con la población no indígena. Esto puede deberse a diferentes factores, como acceso a servicios de salud reproductiva, educación, y tradiciones en torno a la familia y la fertilidad.

La concentración de la población indígena en los grupos de edad más jóvenes indica una mayor dependencia económica de esta población en el futuro. Esto plantea desafíos en términos de provisión de servicios educativos, de salud y sociales para satisfacer las necesidades de esta población joven en crecimiento.

Aunque la población indígena tiene una menor proporción de personas mayores de 60 años en comparación con la población no indígena, este grupo también enfrenta el desafío del incremento de la población adulta mayor, pero con menos población en las

denominadas edades activas que la población no indígena. Ello puede requerir políticas y programas específicos para abordar las necesidades de atención médica, cuidado de personas mayores y pensiones.

En Guatemala, según el Censo de Población y Vivienda de 2018, cuando se analiza por separado, la pirámide de edades de la población maya es bastante similar a la del total de la población guatemalteca. Ambas presentan una estructura por edades con un tercio de la población en el grupo de 0-14 años y una concentración en la edad laboral, con tres de cada cinco personas entre 15 y 59 años. Además, ambas registran una representación de menos del 10% de personas mayores.

A pesar de estas similitudes, hay características distintivas de la población maya en Guatemala. Los niños mayas representan el 45,8% del total de la población infantil del país, una cifra significativamente alta que indica una elevada tasa de natalidad. Esta fuerte presencia de población joven sugiere un futuro crecimiento demográfico del país impulsado por las comunidades mayas. En contraste, la proporción de personas mayas en edad laboral (40,1%) es menor en comparación con la de los niños, pero igualmente importante porque de cada cinco adultos, dos se identifican como mayas. En el grupo de personas mayores, el 35,8% se identifica como mayas.

C. El envejecimiento de la población

Entre los fenómenos demográficos del siglo XXI de singular importancia para los cuidados de largo plazo están el envejecimiento y la longevidad. Por un lado, las sociedades están envejeciendo (aumento absoluto y relativo de las personas mayores) y, por el otro, se hacen gradualmente más longevas (extensión de la esperanza de vida), aunque a ritmos distintos. En la subregión, la población de 60 años y más ascendía a 2,5 millones en 1950, y se espera que esta cifra sea 22 veces mayor al alcanzar los 56,3 millones en 2050. Esto implica que, en el transcurso de 100 años, cada minuto una persona alcanzará los 60 años. En 1950, las mujeres mayores representaban el 50,5% de la población adulta mayor y para 2050, se prevé que este porcentaje aumente al 55,1%.

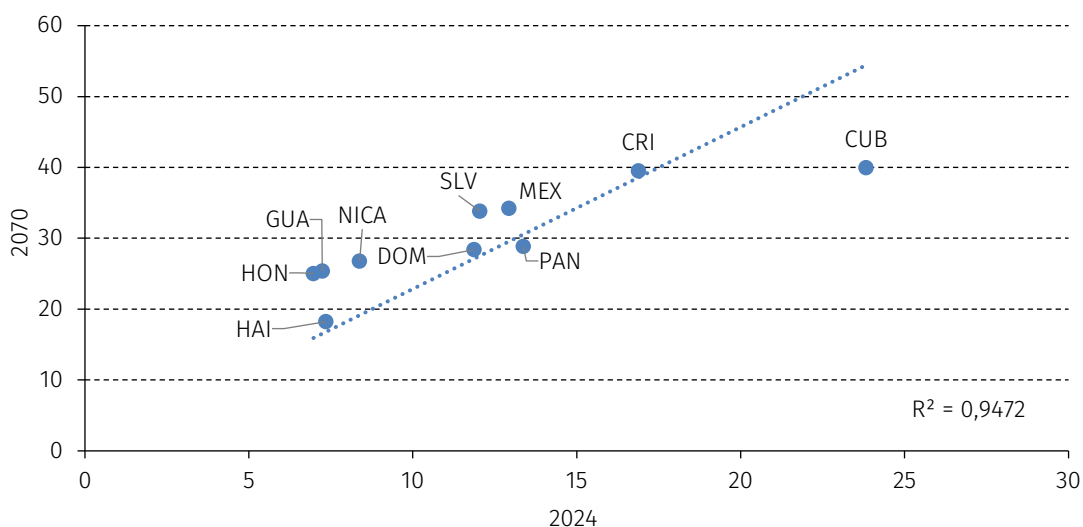
En 2024, la población adulta mayor es de 25,6 millones de personas, lo que constituye el 12,1% del total subregional. Esta cifra es diez veces mayor que la de 1950 y más del doble del porcentaje de la población adulta mayor de mediados del siglo pasado (5,1%). Para 2070, se estima que la población adulta mayor alcanzará los 75,8 millones, representando en promedio casi un tercio de la población subregional (29,8%). Con excepción de Haití, más de un cuarto de la población de los países de la subregión será de avanzada edad.

En el gráfico 14 se muestra el porcentaje de población de 60 años y más en los diez países de la subregión. Se observa una gran tendencia en que los países con un más alto porcentaje de personas mayores en 2024 también tendrán un porcentaje mayor en 2070. La correlación es alta, lo que sugiere que la estructura de edad de la población en estos países seguirá un patrón similar en el futuro.

El envejecimiento de la población también se refleja en la edad mediana y el índice de envejecimiento. En 2024, la edad mediana de la población en la subregión era de 28,8 años y se proyecta que aumente a 43,5 años en 2070. En cuanto al índice de envejecimiento, en 2024 hay 49,5 personas mayores por cada cien niños, cifra que se cuadruplicará en 2070, llegando a 201,6. Este indicador aumentará rápidamente en las

próximas décadas debido a la disminución del número de niños y el incremento de personas mayores.

Gráfico 14
Subregión (10 países): población de 60 años y más, 2024 y 2070
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Estimaciones y proyecciones de proyecciones de la población, Revisión 2022, Nueva York, 2022.

Los países de la subregión se pueden clasificar en cuatro categorías según el porcentaje de personas mayores:

- i) Joven: menos del 7% de población de 60 años y más.
- ii) Envejeciendo: entre el 7 y 13% de población de 60 años y más.
- iii) Envejecido: entre el 14 y el 20% de población de 60 años y más.
- iv) Muy envejecido: más del 21% de población de 60 años y más (Miksa, 2015).

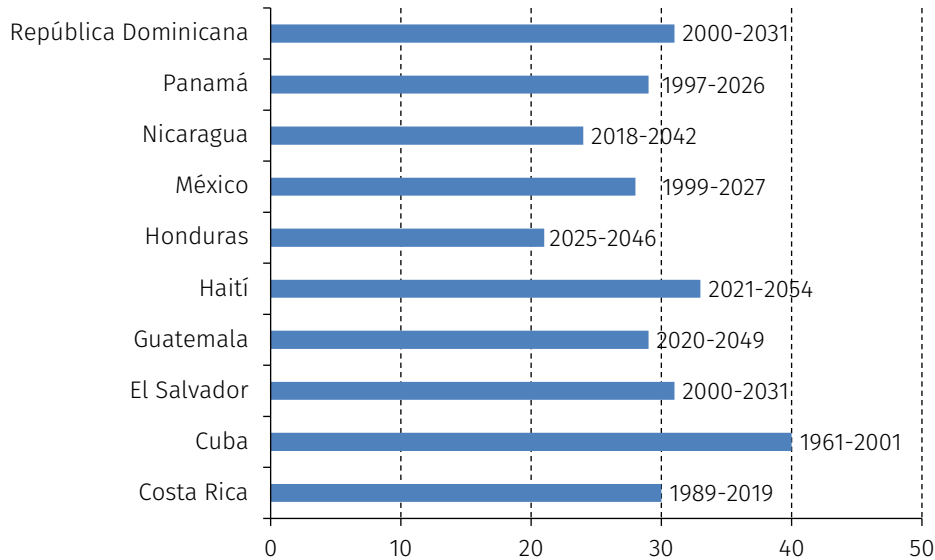
En 2024, el único país que tiene menos del 7% de población adulta mayor es Honduras y los países que están envejeciendo constituyen la mayoría. Solo Costa Rica clasifica como una población envejecida y Cuba como muy envejecida. El paso de una etapa a otra muestra las variaciones entre los países.

Cuba pasó de ser un país joven a uno que está envejeciendo en 41 años, 19 años en pasar de dicha etapa a ser una sociedad envejecida y se transformó en muy envejecida en 2020. A Honduras le tomó 22 años transitar de una sociedad joven a una envejeciendo. A partir de este momento pasarán 21 años para que sea un país envejecido y luego apenas transcurrirán 15 años para que se convierta en uno muy envejecido. En el caso de Costa Rica transcurrirán 14 años para pasar de ser de una sociedad envejecida a muy envejecida, y en Nicaragua este cambio se producirá en el mismo período de tiempo, mientras que en Guatemala en apenas 13 años (véanse los gráficos 15 y 16).

Si se comparan estas trayectorias con la de Francia, se puede tener una idea de la velocidad del proceso de envejecimiento en la subregión. En este país pasaron 130 años

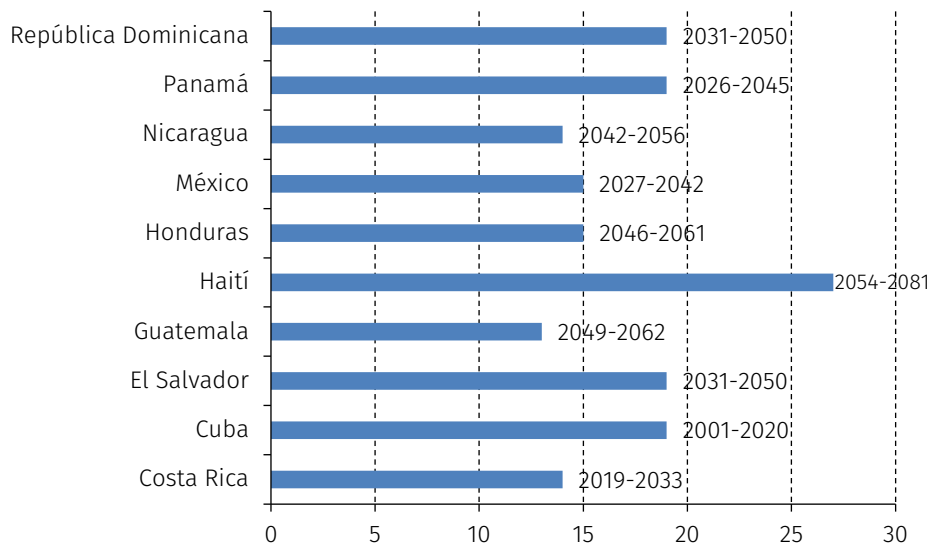
para que se convirtiera en una sociedad envejecida y 43 años para que sea muy envejecida. Por su parte, Cuba (2020) alcanzó esta última fase con anterioridad a Francia (2023).

Gráfico 15
Subregión (10 países): número de años en pasar de una sociedad envejeciendo a una envejecida



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Estimaciones y proyecciones de proyecciones de la población, Revisión 2022, Nueva York, 2022.

Gráfico 16
Subregión (10 países): número de años en pasar de una sociedad envejecida a una muy envejecida



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Estimaciones y proyecciones de proyecciones de la población, Revisión 2022, Nueva York, 2022.

Recuadro 4 La edad prospectiva de la vejez

En los últimos años se amplió el debate sobre la edad de la vejez y surgieron cuestionamientos sobre la definición de esta etapa de la vida y la homogeneidad asociada a ella. También se discute el dar demasiada importancia a la edad cronológica en la definición de la vejez, descuidando otras formas de autoidentificación y las biografías de cada sujeto. Se dice que la edad es una de las muchas dimensiones de los procesos de diferenciación social, pero que sería un error comprenderla de forma aislada, sin considerar el contexto social y las relaciones de poder que se originan e interactúan a partir de ella y con ella (Krekula, Nikander y Wilińska, 2018).

Lo anterior ha llevado a proponer nuevas formas de definir la edad de la vejez y, aunque sigue predominando un criterio estadístico para su análisis —incluso en este documento—, los ejercicios en curso son útiles para suscitar un debate más amplio en las sociedades envejecidas o en transición, sobre todo cuando lo que se busca medir es el impacto del envejecimiento en los cuidados de largo plazo.

En las Naciones Unidas se utiliza el criterio de 60 años y más para definir a las personas mayores. Entre las razones para ello, se encuentra que las medidas se basan en fuentes de datos que distribuyen a la población por edad y que esta definición permite trabajar con series históricas comparables en el tiempo y entre países (Sanderson y Scherbov, 2019)^a. Aunque la edad cronológica es un criterio útil, la dificultad pareciera surgir cuando el umbral establecido se ha mantenido sin cambios desde hace más de 40 años. Esto ha dado lugar a que algunos investigadores propongan nuevas formas de definir la edad de la vejez.

Un acercamiento plantea que su inicio a partir de los 60 o 65 años debe superarse porque no se condice con el incremento de la esperanza de vida o no se consideran aspectos como la capacidad intrínseca de la persona y los efectos del entorno en el envejecimiento individual. En esta perspectiva, se sitúa el cálculo de la edad prospectiva de la vejez que se define como la edad en la que la esperanza de vida restante es igual a 15 años. La fortaleza principal de utilizar este criterio es que la edad prospectiva tiene en cuenta los cambios en la esperanza de vida y se calcula a escala nacional. Los teóricos de este indicador apuntan al respecto que la presunción a la base es que “mientras dos personas en dos lugares o tiempos diferentes con la misma edad cronológica pueden tener relativamente poco en común, dos de esas personas con la misma edad restante pueden compartir más similitudes” (Saucedo, Gietel-Basten y Scherbov, 2024, pág. 2).

Si se utiliza este indicador, el criterio para considerar a una persona como de edad avanzada varía según el avance de la esperanza de vida. En 2000, todos los países de la subregión habrían superado el umbral de los 60 años, incluso por varios años, y en 2024, la edad de la vejez promedio de la subregión sería de 68,5 años. Otro resultado interesante al utilizar la edad prospectiva de la vejez es que, al compararla con el criterio tradicional, la clasificación de los países de acuerdo con su porcentaje de personas mayores cambia, con la excepción de Cuba y Costa Rica. Suben dentro de la clasificación Panamá, Haití, El Salvador, y Honduras. El resto de los países bajan de lugar dentro de la clasificación.

Fuente: Elaboración propia sobre la base S. Huenchuan, *Cambio demográfico y brechas de protección social en el Caribe hispanohablante, Centroamérica y México*, Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2023.

^a El mismo razonamiento llevó a la OEA (2015) a definir a las personas mayores utilizando un criterio cronológico en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, a pesar de que en el artículo 2 conceptualizó a la vejez como la “construcción social de la última etapa del curso de vida” (pág. 4).

En reiteradas ocasiones se ha mencionado que la población adulta mayor está feminizada. Aunque la idea es correcta, lo más adecuado sería decir que en las edades avanzadas hay una proporción mayor de mujeres (Jaspers, 2012). En la subregión, en 2024 hay 121,4 mujeres de 60 años y más por cada 100 hombres de la misma edad. Los países

que están por debajo de este promedio, en orden ascendente, son Costa Rica (113,2), la República Dominicana (114,5) y Panamá (115), entre otros. Los que se ubican por encima de la media son Haití (126,1), Guatemala (128), Nicaragua (128,4) y El Salvador (151,4).

En 2070, este índice bajará a 117 mujeres por cada cien hombres. Los países que más habrán disminuido el indicador son El Salvador, Guatemala, Cuba, y Nicaragua. Solo Haití y la República Dominicana lo aumentarán, aunque en distinta proporción (véase el cuadro 2). La mayoría de los países en la subregión tiende a una reducción del índice de feminidad entre 2024 y 2070, indicando un movimiento hacia una mayor equidad de género en la esperanza de vida. Sin embargo, Haití es una excepción, pues el índice de feminidad aumenta, lo que sugiere una mayor predominancia femenina en el futuro.

Cuadro 2
Subregión (10 países): distribución de la población de 60 años y más según sexo e índice de feminidad, 2024 y 2070

País	2024			2070		
	Mujeres	Hombres	Índice de feminidad	Mujeres	Hombres	Índice de feminidad
Costa Rica	470 429	415 504	113,22	111 9768	1 031 483	108,6
Cuba	1 444 269	1 218 339	118,54	1 760 641,5	1 625 247	108,3
El Salvador	464 094	306 477	151,43	115 1731	906 143	127,1
Guatemala	746 104	582 822	128,02	3 661 609	3 186 248	114,9
Haití	486 198	385 511,5	126,12	1 687 313	1 284 767	131,3
Honduras	404 732	345 156	117,26	2075 716	1 802 581,5	115,2
México	9 170 635,5	7 569 661	121,15	25 686 057,5	21 871 918	117,4
Nicaragua	336 470	261 866	128,49	1 401 597,5	1 189 899,5	117,8
Panamá	323 947,5	281 638,5	115,02	936 571	844 299,5	110,9
República Dominicana	724 963,5	632 667	114,59	2 031 192,5	1 750 552	116,0
<i>Total subregión</i>	<i>13 846 879</i>	<i>11 366 975</i>	<i>121,82</i>	<i>39 481 004,5</i>	<i>33 742 586,5</i>	<i>117,0</i>

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Estimaciones y proyecciones de proyecciones de la población, Revisión 2022, Nueva York, 2022.

Recuadro 5

La diversidad del envejecimiento a escala subnacional en Panamá

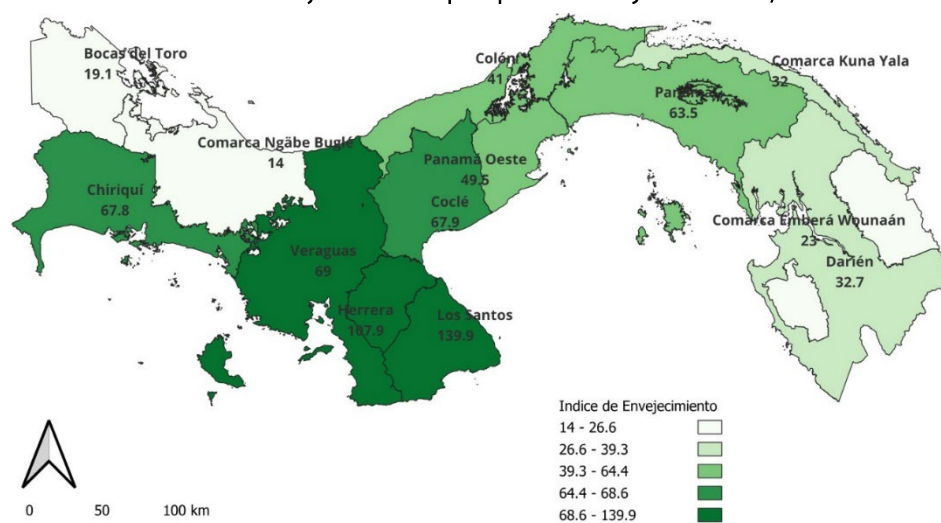
Los promedios no dan cuenta de toda la heterogeneidad del proceso de envejecimiento demográfico de los países de la subregión. En Panamá, los datos del Censo de Población y Vivienda de 2023 permiten conocer la diversidad y complejidad de la estructura demográfica del país. La edad mediana de la población panameña se incrementó en ocho años entre 1990 (22 años) y 2023 (30 años). Entre la población afrodescendiente, este indicador fue de 33 años en 2023 (3 años más que el promedio nacional en 2023) y entre la población que se declara como indígena la edad mediana fue de 20 años, esto es, el valor del promedio nacional de hace más de tres décadas.

El índice de envejecimiento del país es de 54,6 personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15 años. Sin embargo, hay provincias que duplican este promedio. Se trata de

Herrera (107,9) y Los Santos (139,9) donde hay más de una persona mayor por cada niño. Asimismo, por sobre el promedio se encuentran Coclé (67,9), Chiriquí (67,8), Panamá (63,5) y Veraguas (69). Por debajo del promedio y con el índice de envejecimiento más bajo del país está la Comarca Ngäbe Buglé (14), Bocas del Toro (19,1) y la Comarca Emberá (23).

En 2020, la esperanza de vida al nacer para ambos sexos fue de 78,6 años, con 75,7 para hombres y 81,7 años para las mujeres. Una diferencia de 5,9 años entre ambos sexos. En este indicador igual se expresan las diferencias a nivel subnacional puesto que, mientras que la provincia de Panamá^a tenía una esperanza de vida para ambos sexos de 80,3 años, en las comarcas Emberá y Ngäbe Buglé llegaba solo a 72 años.

Mapa
Panamá: índice de envejecimiento por provincias y comarcas, Censo 2023



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Censo de Población y Vivienda 2023, 2023.

Nota: Provincia creada mediante Ley núm. 119 del 30 de diciembre de 2013.

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

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Censo de Población y Vivienda 2023, 2023.

^a Los datos disponibles no incluyen Panamá Oeste.

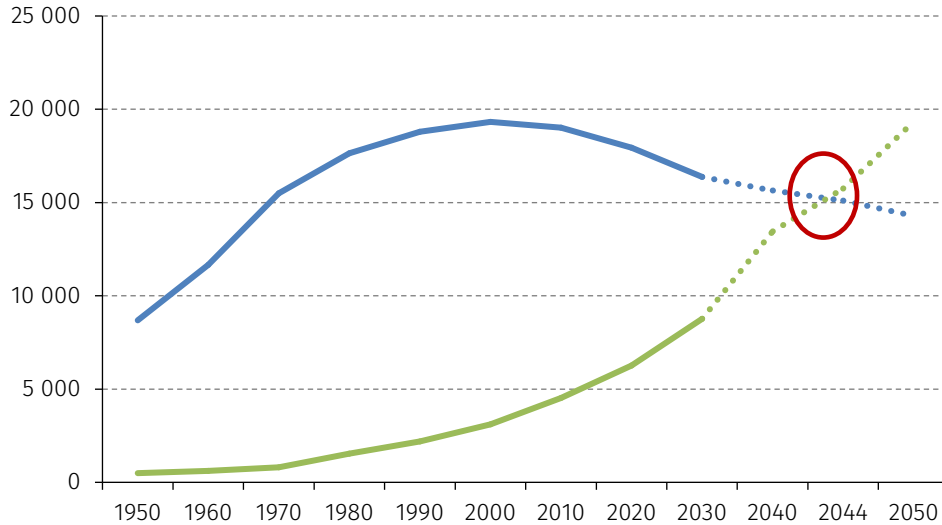
D. La expansión de la longevidad

Además de la rapidez del envejecimiento en la subregión, la población adulta mayor experimenta un proceso de envejecimiento interno, por lo que al igual que en otras partes del mundo, en la subregión hay una cifra creciente de personas de edad muy avanzada. A inicios de la década de los setenta, había menos de 1 millón de personas de 75 años y más. Se mantuvo una tasa de crecimiento promedio anual del 4,6% hasta principios de este siglo (1970-2000).

Las estimaciones de población de las Naciones Unidas muestran que la población de 75 años y más se duplicó entre 2000 y 2020, y ello volverá a ocurrir entre 2020 y 2039. Este grupo crece muy por encima del conjunto de la población desde hace cinco décadas y, en 2044, las personas de 75 años y más serán más que los niños menores de 5 años (véase el gráfico 17). En 2024, suman 6,8 millones de personas, y en 2070 esta cifra aumentará más de 60 veces, con 31,4 millones personas en este rango de edad. En el caso de Cuba, la mitad de la población adulta mayor será de muy avanzada edad, y en Costa Rica ocurrirá

prácticamente lo mismo (49,4%). En este último país es donde más se habrán incrementado las personas de 75 años y más, seguido de la República Dominicana y Cuba. Aunque en Haití, con el porcentaje más bajo de personas mayores, el envejecimiento interno también habrá avanzado.

Gráfico 17
Subregión (10 países): población menor de 5 años y de 75 años y más, 1950-2050
 (En miles)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, 2022.

El índice de feminidad de la población de 75 años y más de la subregión es de 133,8 mujeres por cada cien hombres en 2024 y se observa una variación menor en 2070 (132,7), por lo que las diferencias ocurren a escala de países. Cuba, Costa Rica y Panamá reducen las distancias entre el número de hombres y mujeres longevas, y otros también, aunque en menor medida. En cambio, en Honduras aumenta, lo mismo que en Nicaragua y El Salvador.

El crecimiento de la población centenaria también llama la atención. En la subregión, el número de personas con 100 años o más creció de 169 en 1950 a 1.025 en 1977, para llegar en 2024 a 16.100 personas. De acuerdo con las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas de 2022, esta cifra se duplicará en 20 años. Estas personas superaron con creces la esperanza de vida al nacer de su época, que alcanzó a 65,4 años en el decenio de 1970.

La gran reducción de la mortalidad infantil ha desempeñado un papel importante en el aumento de la esperanza de vida, pero ésta también se ha acrecentado en todas las edades. Una explicación de ello es la disminución de la tasa de mortalidad en el rango de edades entre los 80 y 100 años, hito que podría ser un factor determinante para la esperanza de vida de la población de edad avanzada (Robine, 2021). Al analizar la probabilidad de mortalidad entre los 70 y 90 años en la subregión, se observa una disminución entre 1990 y 2019, aunque con trayectorias distintas entre los países.

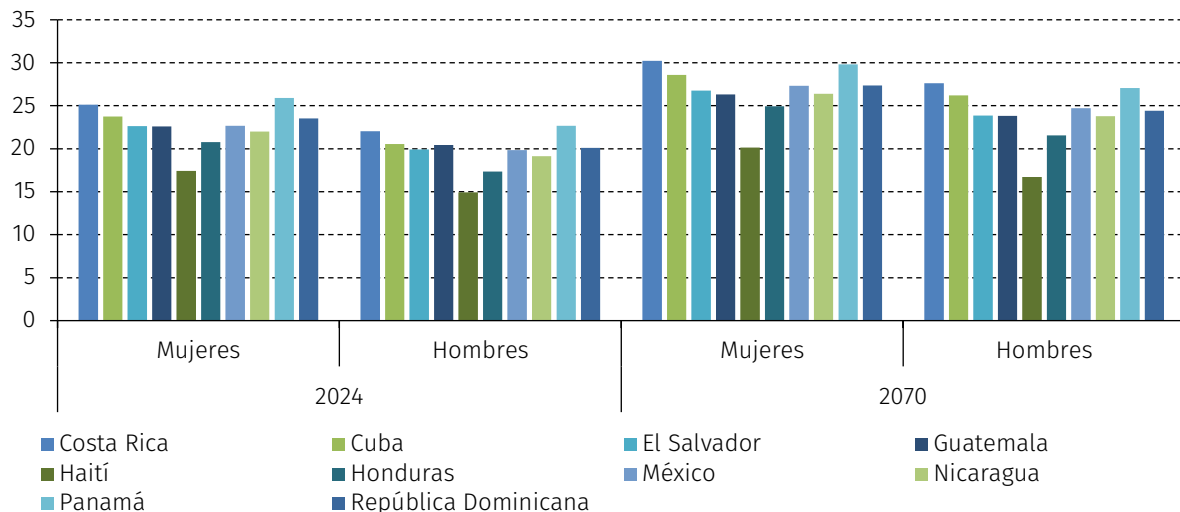
En 1990, la probabilidad de que una persona de 70 años falleciera antes de cumplir 90 años era menor en México (79,4%), Cuba (79,9%) y Costa Rica (82,4%), mientras que Haití (95,6%) y Honduras (93,9%) se ubicaban en el otro extremo. En 2019, Panamá (65,1%), Cuba (74,9%) y la República Dominicana (74,9%) ocuparon los primeros lugares, en virtud de que en México se registró un ligero aumento (de 0,4 puntos porcentuales, entre 1990 y 2019). Haití y Honduras siguieron ocupando los últimos lugares.

El incremento de la población de muy avanzada edad se relaciona asimismo con el aumento de la esperanza de vida al nacer y en las edades avanzadas. En promedio, la esperanza de vida al nacer en la subregión fue de 46 años en 1950. En 2024 sumó 28,8 años adicionales llegando a los 74,9 años, mientras que en 2070 llegará a los 82,3 años. El mayor incremento de la esperanza de vida al nacer ocurrió en la década de los sesenta. En promedio, este indicador progresó en 6,9 años con respecto al decenio anterior. De ahí en adelante las ganancias han ido menguando y, en la presente década, se espera que se sumen 1,3 años.

A escala nacional, los logros en la esperanza de vida al nacer no siguieron la misma trayectoria. Por un lado, en 2024, se encuentran Costa Rica (80,5 años), Panamá (78,7 años) y Cuba (78,5 años), y por el otro, Haití (65,4 años), El Salvador y Honduras (73,6 años). A El Salvador, le faltarían 39 años más para llegar a la esperanza de vida que exhibe hoy Costa Rica, Honduras se aproximará en 2070, pero Haití no lo logrará durante el período en estudio. En 2070, habrá llegado a los 72,7 años.

A escala de países, el comportamiento de la esperanza de vida a los 60 años ha sido disímil entre ellos. Entre 2019 y 2023 (un año antes y después de la pandemia por COVID-19), Guatemala presentó una disminución de 2,4 años y Haití de 0,4, por lo que son los únicos países de la subregión que no repuntaron en 2023. Costa Rica y Panamá tuvieron un aumento de 0,7 y 0,6 años, respectivamente, y El Salvador de 1,2 años; los demás países presentaron aumentos reducidos en este indicador (véase el gráfico 18).

Gráfico 18
Subregión (10 países): esperanza de vida a los 60 años según sexo, 2024 y 2070
(En número de años)

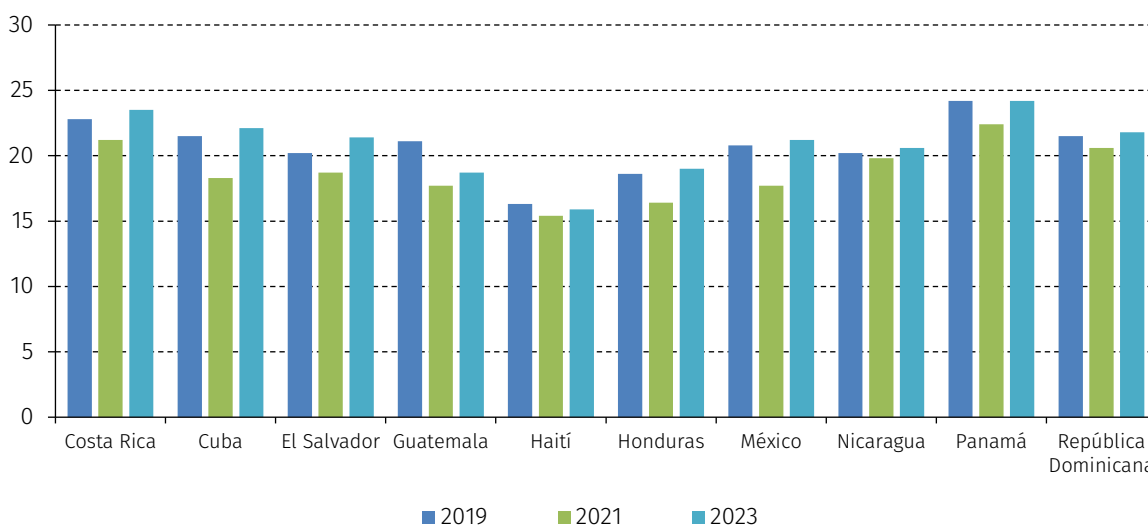


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, 2022.

En 2024, la esperanza de vida promedio a los 60 años es de 21,2 años. Para las mujeres es de 22,6 años y en los hombres baja a 19,7 años. La mayor esperanza de vida a esta edad la tiene Panamá con 24,3 años, seguido de Costa Rica (23,6 años) y Cuba (22,2 años). Y las diferencias más amplias entre mujeres y hombres ocurren en Honduras (3,5 años), seguido de los países que tienen la probabilidad de sobrevivencia a los 60 años más alta de la subregión (Panamá, Costa Rica y Cuba). En cambio, la menor diferencia se presenta en Guatemala, con 1,9 años; aunque en este caso son esperanzas de vida según sexo inferiores a las del promedio subregional. Estas disparidades de género en la esperanza de vida se explican en parte por la mayor exposición de los hombres a factores de riesgo, como el mayor consumo de tabaco, el exceso en el consumo de alcohol y una alimentación menos saludable. Además, los hombres tienen una mayor probabilidad de fallecer debido a muertes violentas, como suicidios y accidentes (OCDE, 2024).

En 2070, la esperanza de vida a los 60 años sube a 25,4 años para ambos sexos. La ganancia en más de cuatro décadas (2024-2070) es similar entre hombres (4,1 años) y mujeres (4,3 años). A nivel de países, con la excepción de Haití, los hombres aumentaron su esperanza de vida a los 60 años por sobre las mujeres. Las mayores ganancias que tuvieron los hombres se dieron en Costa Rica y Cuba, por sobre 5 años entre 2024-2070. De este modo, en el último año, las brechas de esperanza de vida en la vejez se irán reduciendo, aunque a ritmo distinto (DAES, 2024) (véase el gráfico 19).

Gráfico 19
Subregión (diez países): cambios en la esperanza de vida a los 60 años, 2019-2023
(En años)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de M. Del Castillo, "Procesamientos especiales de datos demográficos para la subregión", inédito, 2023; y de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, 2022.

Los aumentos de longevidad más lentos para las mujeres que para los hombres puede deberse a la ralentización de las mejoras en el tratamiento y la prevención de las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares. El aumento de los niveles de obesidad y diabetes, así como el envejecimiento de la población, han dificultado que los

países mantengan los avances anteriores en la reducción del número de muertes por estas enfermedades circulatorias (OCDE, 2024).

Los logros obtenidos en la esperanza de vida han sido descritos por algunos autores como una democratización de la supervivencia, aun cuando persisten diferencias entre países. Sin embargo, es un progreso que puede retrasarse o incluso disminuir (Chuliá, 2019). Tal como se observó durante la pandemia por COVID-19, los aumentos de la mortalidad tienen el potencial de provocar estancamientos o descensos en la esperanza de vida (Trias-Llimos y otros, 2022).

En la subregión, la pandemia por COVID-19 —que cobró gran número de vidas en las edades avanzadas— contuvo el avance de algunos indicadores clave sobre las personas mayores. Uno de ellos es la esperanza de vida promedio a los 60 años, que iba en aumento desde 1950, cuando fue de 14,3 años en promedio en la subregión, y que llegó a 20 años para inicios de este siglo. La evolución ascendente se conservó hasta 2019 (20,7 años), sin embargo, descendió en 2020 a 18,8 años en promedio, lo que equivale al número de años restantes que una persona de 60 años y más de Panamá podía vivir en 1974.

E. Conclusiones

El estudio del tamaño y evolución de la población total es fundamental para comprender el contexto general en el que se desarrollan los cambios demográficos. La proyección de que la población subregional continuará creciendo hasta 2059, alcanzando los 250,1 millones de habitantes, un 15,6% más que en 2024, tiene implicaciones significativas para la planificación de políticas públicas, incluidas las de cuidado de largo plazo. Este crecimiento poblacional, combinado con los cambios en la estructura por edades, significa que los sistemas de cuidado deberán atender a una población numerosa y envejecida simultáneamente.

El análisis desarrollado en este capítulo revela, asimismo, la profunda transformación demográfica que está experimentando la subregión, caracterizada por un rápido proceso de envejecimiento poblacional. Este fenómeno, sin embargo, no se manifiesta de manera homogénea, sino que presenta ritmos y trayectorias heterogéneas entre los países estudiados. Un hallazgo significativo es la diversidad de estructuras demográficas que se observan no solo a nivel nacional, sino también a escala subnacional y entre distintos grupos poblacionales, como los Pueblos Indígenas. Esta heterogeneidad subraya la necesidad de diseñar e implementar políticas de cuidado de largo plazo que sean sensibles y se adapten a estas realidades específicas.

El envejecimiento de la población en la subregión se manifiesta de manera multifacética. No solo se observa un aumento en el porcentaje de personas mayores en relación con la población total, sino que también se evidencia un envejecimiento interno de este grupo etario, con un crecimiento acelerado de la población de 75 años y más. Este fenómeno se acompaña de una expansión de la longevidad, reflejada en el aumento constante de la esperanza de vida al nacer y a los 60 años, aunque con diferencias notables entre países y entre hombres y mujeres.

La mayoría femenina en la población de edad avanzada persiste como una característica del envejecimiento poblacional en la subregión. No obstante, se observa una tendencia hacia una mayor equidad de género en la esperanza de vida en la mayoría de los países analizados, lo que podría tener implicaciones importantes para la planificación de los cuidados de largo plazo.

Los cambios en la estructura por edades de la población, particularmente la disminución relativa de la población en edad laboral frente al aumento de la población dependiente, plantean desafíos significativos para la sostenibilidad de las políticas de cuidado. Esta situación demanda una reflexión profunda sobre cómo adaptarlas a las nuevas realidades demográficas.

Las diferencias en el ritmo de envejecimiento entre los países de la subregión son notables. Un hallazgo crucial es la velocidad diferenciada con la que los países transitan hacia sociedades envejecidas y muy envejecidas. Cuba, por ejemplo, ya es considerada una sociedad muy envejecida, mientras que Costa Rica se clasifica como envejecida. El paso de una etapa a otra muestra variaciones significativas: mientras que a Cuba le tomó 41 años pasar de ser un país joven a uno que está envejeciendo, y otros 19 años para convertirse en una sociedad envejecida, países como Nicaragua y Guatemala proyectan realizar esta transición en apenas 14 y 13 años, respectivamente. Esta aceleración del proceso de envejecimiento en los países que iniciaron más tarde su transición demográfica implica un menor tiempo de preparación para enfrentar los desafíos asociados a una población envejecida.

Las proyecciones demográficas revelan tendencias significativas para la subregión. Se espera que la población continúe creciendo hasta 2059, alcanzando los 250,1 millones de habitantes, un 15,6% más que en 2024. El porcentaje de personas de 60 años y más aumentará considerablemente, pasando del 12,1% en 2024 al 29,8% en 2070. La población de 75 años y más experimentará un crecimiento aún más acelerado, aumentando de 6,8 millones en 2024 a 31,4 millones en 2070. Se proyecta una disminución en la proporción de niños (0-14 años) y un aumento en la edad mediana de la población, que pasará de 28,8 años en 2024 a 43,5 años en 2070. El índice de envejecimiento se cuadruplicará, pasando de 49,5 personas mayores por cada cien niños en 2024 a 201,6 en 2070.

Estas tendencias demográficas tendrán profundas implicaciones para los cuidados de largo plazo. El aumento de la población de edad muy avanzada, la disminución relativa de la población en edad laboral, y las disparidades entre y dentro de los países plantean desafíos significativos para la sostenibilidad de las políticas de cuidado.

En conclusión, el escenario demográfico proyectado para la subregión demanda una reflexión profunda sobre cómo adaptar los cuidados de largo plazo a estas nuevas realidades. Se requiere un enfoque que considere no solo el envejecimiento poblacional en términos generales, sino también las particularidades de cada contexto, la expansión de la longevidad, y las cambiantes estructuras familiares y sociales. El desafío consiste en desarrollar políticas y sistemas de cuidado flexibles, sostenibles y capaces de responder a las necesidades diversas y cambiantes de una población cada vez más longeva y heterogénea.

De igual manera, los cambios demográficos analizados en este capítulo tienen implicaciones directas para el logro de varios Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En particular, el envejecimiento poblacional y la expansión de la longevidad están estrechamente relacionados con el ODS 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. El aumento de la población de edad avanzada requiere una adaptación de los sistemas de salud y cuidados para garantizar el bienestar en la vejez.

Asimismo, las disparidades observadas en los procesos de envejecimiento entre países y dentro de ellos se vinculan con el ODS 10: “Reducir la desigualdad en y entre los países”. Abordar estas diferencias demográficas es crucial para asegurar que nadie se quede atrás en el proceso de desarrollo, especialmente en lo que respecta a los cuidados de largo plazo y la calidad de vida en la vejez. Por lo tanto, las políticas y estrategias para enfrentar los desafíos demográficos deben alinearse con estos objetivos globales, promoviendo un desarrollo inclusivo y sostenible que considere las necesidades de una población cada vez más envejecida.

Bibliografía

- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (s/f), CEPALSTAT “Tasa global de fecundidad. Ficha Técnica” [en línea] https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/technical-sheet.html?indicator_id=4786&lang=es.
- Chuliá, E. (2019), “La evolución de la población contemporánea: motivos la satisfacción y la inquietud”, *España ante el reto demográfico*, N° 908.
- Naciones Unidas (2024), *World Population Prospects 2024: Summary of Results* (DAES/POP/2024/TR/NO. 9), Nueva York, Publicación de las Naciones Unidas.
- Del Castillo, M. (2023), “Procesamientos especiales de datos demográficos para la subregión”, inédito.
- Huenchuan, S. (2023), *Cambio demográfico y brechas de protección social en el Caribe hispanohablante, Centroamérica y México*, Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Jaspers, D. (2012), “Envejecimiento, solidaridad y protección social: la hora de avanzar hacia la igualdad”, Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina, San José, del 8 al 11 de mayo de 2012.
- Krekula, C., P. Nikander and M. Wilińska (2018), “Multiple marginalizations based on age: gendered ageism and beyond”, *Contemporary Perspectives on Ageism*, L. Ayalon and C. Tesch-Römer (eds.), Suiza, Springer International Publishing.
- Miksa, B. (2015), “What are the economic consequences of rapidly ageing populations?”, Foro Económico Mundial [en línea] <https://www.weforum.org/agenda/2015/08/what-are-the-economic-consequences-of-rapidly-ageing-populations/>.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2024), *Society at a Glance: OCDE Social Indicators*.
- 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.
- ONEI (Oficina Nacional de Estadística e Información) (2023), Tablero resumen: Cuba y provincias “Evolución demográfica 2013 al 2022”.
- Robine, J. (2021), *Ageing Populations: We Are Living Longer Lives, but Are We Healthier?* (DAES/POP/2021/TP/NO.2) Nueva York.
- Sanderson, W. y S. Scherbov (2019), *Prospective Longevity: A New Vision of Population Aging*, Cambridge, Harvard University Press.
- Saucedo, S., S. Gietel-Basten y S. Scherbov (2024), “Prospective measures of aging for Central and South America”, *PLOS ONE*, vol. 15, N° 7 [en línea] <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236280>.
- Trias-Llimos, S. y otros (2022), “Caídas en la esperanza de vida en 2020 y seroprevalencia del SARS-CoV-2”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 36, N°4.

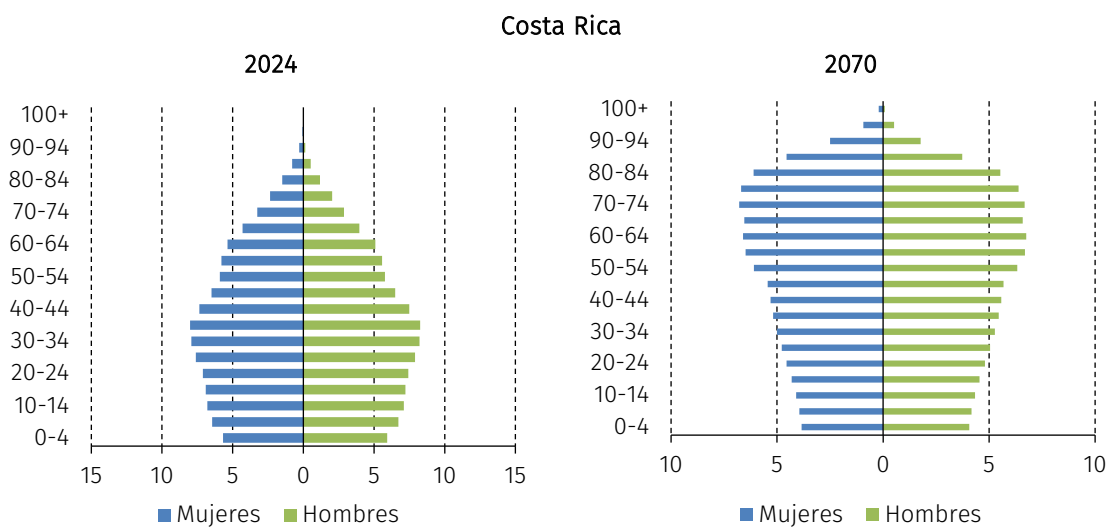
Anexo

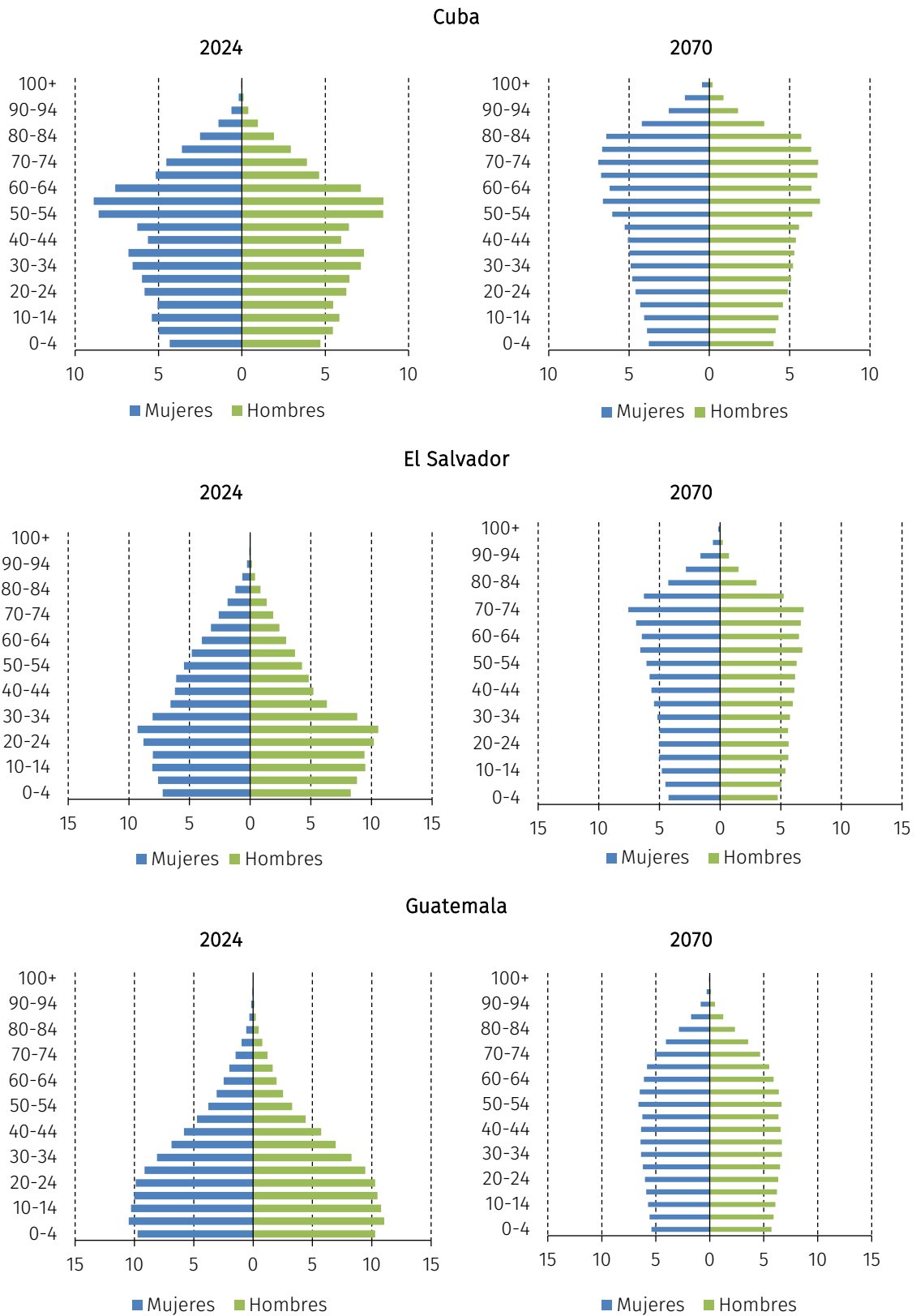
Cuadro II.A1.1
Subregión (10 países): crecimiento de la población en distintos períodos

País	TGF = 2,1			Máximo de Población		
	Año	Población total	Población de 0-14 años (En porcentajes)	Año	Población total	Población de 0-14 años (En porcentajes)
Costa Rica	2003	4 188 611	28,8	2049	5 703 325	17,1
Cuba	1978	9 729 986	34,3	2016	11 342 012	16,5
El Salvador	2014	6 209 527	29,0	2042	6 687 447	19,2
Guatemala	2030	20 003 638	28,1	2079	27 252 819	16,0
Haití	2048	14 888 886	24,4	2082	16 444 830	19,1
Honduras	2031	11 878 543	26,8	2079	15 611 546	16,3
México	2015	120 149 897	27,6	2052	143 851 146	16,3
Nicaragua	2028	7 512 564	27,3	2074	9 690 854	15,2
Panamá	2031	4 917 001	23,3	2068	6 271 365	16,3
República Dominicana	2026	11 627 302	25,8	2062	13 387 322	17,5

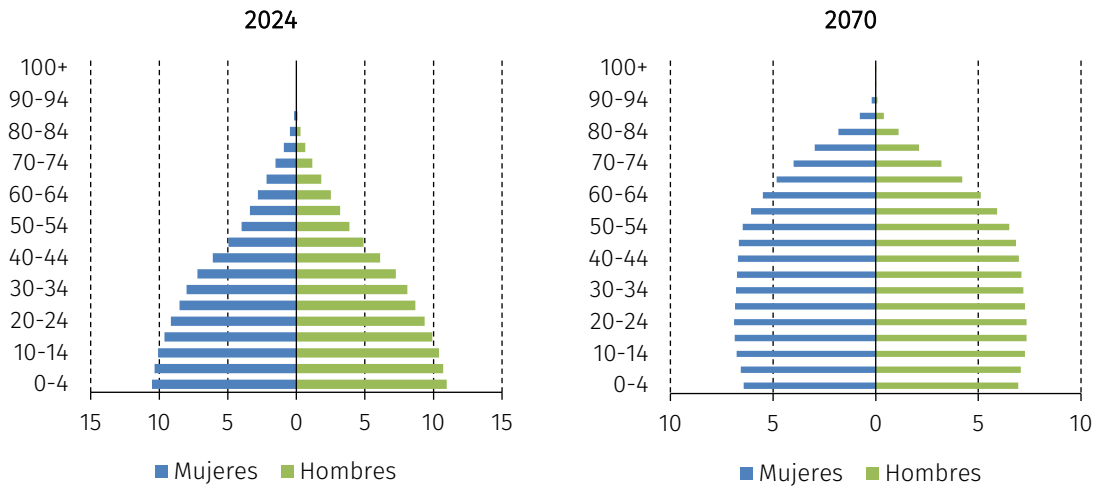
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Estimaciones y proyecciones de proyecciones de la población, Revisión 2022, Nueva York, 2022.

Gráfico II.A1.1
Subregión (10 países): estructura por edades de la población según sexo, 2024-2070
 (En porcentajes)

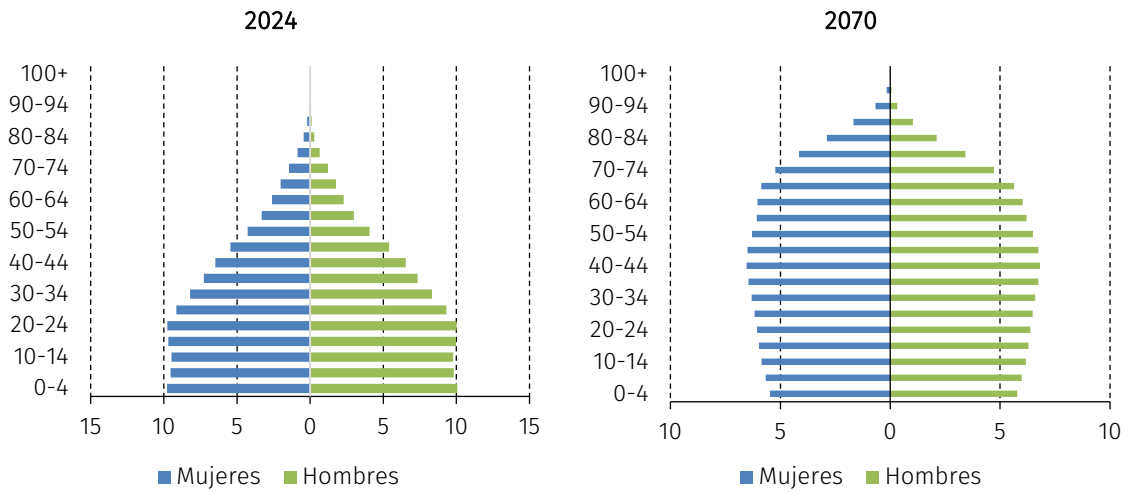




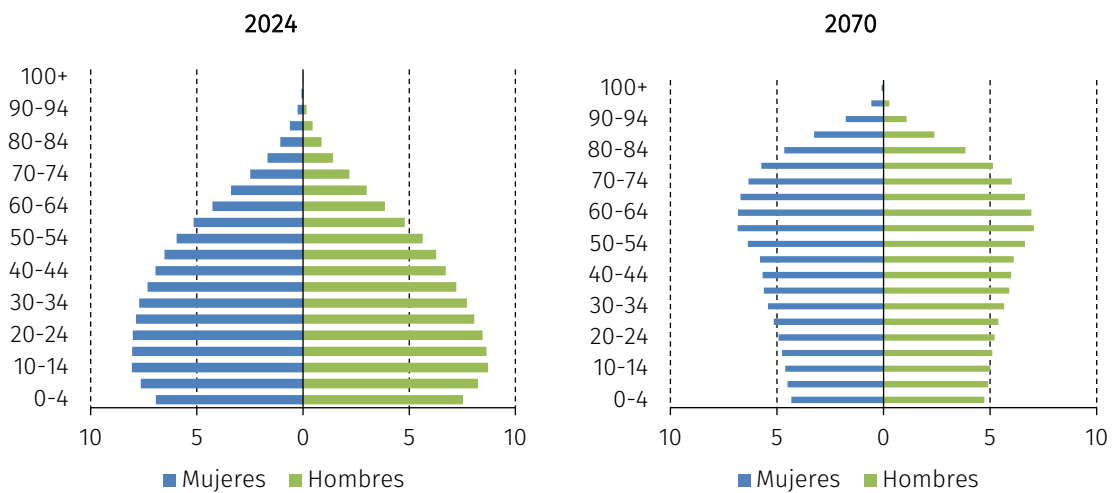
Haití

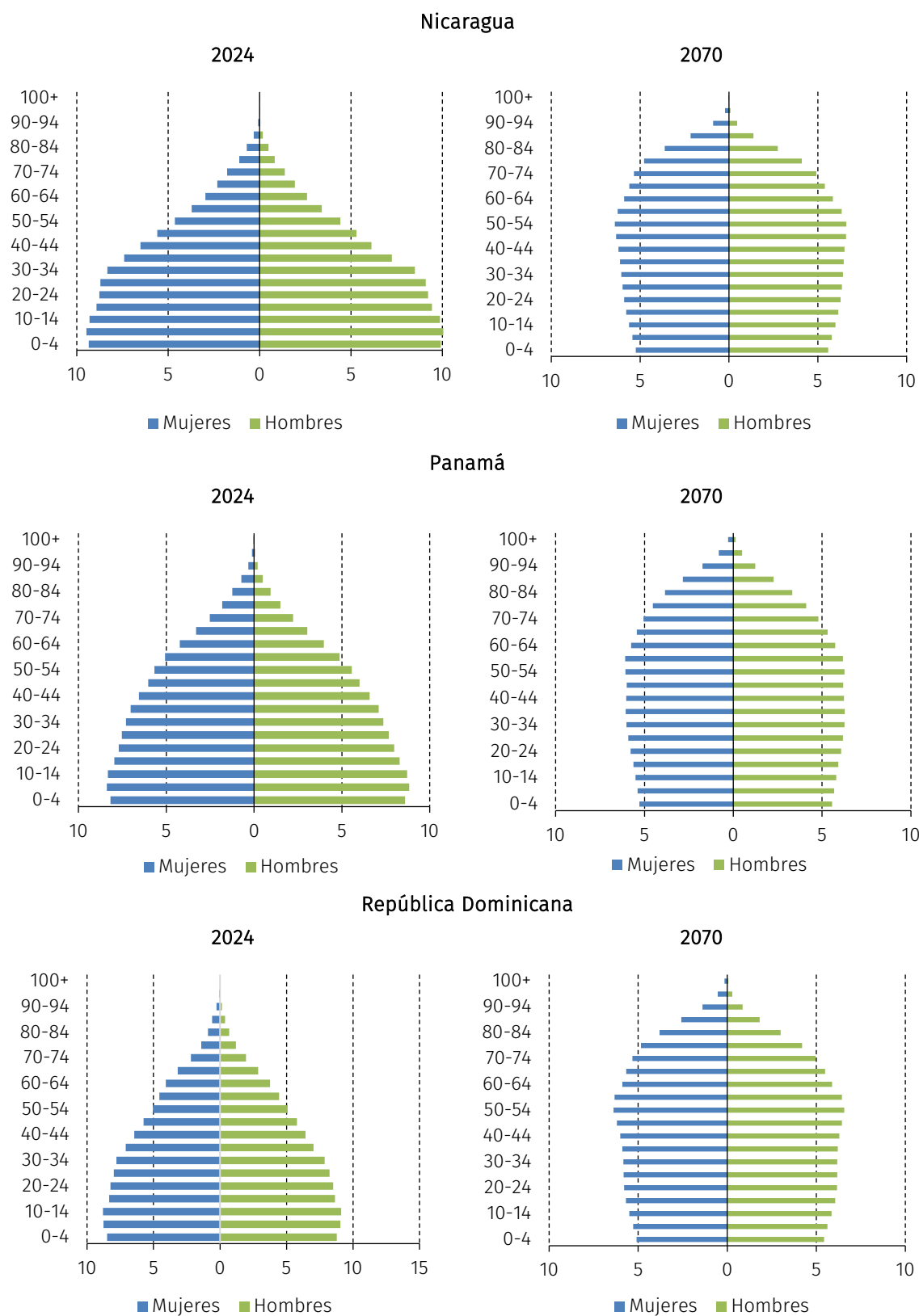


Honduras



México





Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, 2022.

Cuadro II.A1.2
Subregión (10 países): población total, 2000-2070

Año	Costa Rica	Cuba	El Salvador	Guatemala	Haití	Honduras	México	Nicaragua	Panamá	República Dominicana
2000	3 979 193	11 105 791	5 958 482	11 735 894	8 360 225	6 656 725	97873 442	5 123 223	3 001 732	8 540 792
2001	4 053 223	11 139 127	5 988 095	12 009 194	8 511 728	6 837 862	99 394 288	5 192 764	3 061 024	8 669 040
2002	4 122 623	11 170 051	6 011 275	12 289 856	8 661 546	7 019 908	100 917 081	5 259 006	3 120 991	8 795 101
2003	4 188 611	11 199 217	6026 849	12 570 504	8 812 245	7 201 881	102 429 341	5 323 062	3 181 608	8 919 852
2004	4 252 800	11 225 295	6 035 656	12 852 437	8 961 490	7 383 407	103 945 813	5 386 223	324 3311	9 043 127
2005	4 315 887	11 246 114	6 037 817	13 132 814	9 111 901	7 564 613	105 442 402	5 454 678	3 305 868	9 164 768
2006	4 378 172	11 260 630	6 034 436	13 412 406	9 266 288	7 745 200	106 886 790	5 529 812	3 368 574	9 284 168
2007	4 440 019	11 269 887	6 044 131	13 696 607	9 420 826	7 924 462	108 302 973	5 607 454	3 431 614	9 402 206
2008	4 501 921	11 276 609	6 068 099	13 979 451	9 575 248	8 101 777	109 684 489	5 687 744	3 495 277	9 522 948
2009	4 563 128	11 283 185	6 091 188	14 259 411	9 730 638	8 277 303	111 049 429	5 770 639	3 559 343	9 648 061
2010	4 622 252	11 290 418	6 114 035	14 543 121	9 842 880	8 450 933	112 532 401	5 855 734	3 623 618	9 775 755
2011	4 679 927	11 298 711	6 137 349	14 833 454	9 954 312	8 622 505	114 150 481	5 942 553	3 688 674	9 903 737
2012	4 736 594	11 309 290	6 161 289	15 128 306	10 108 539	8 792 367	115 755 909	6 030 607	3 754 862	10 030 883
2013	4 791 535	11 321 580	6 185 643	15 422 662	10 261 206	8 960 657	117 290 686	6 119 379	3 821 556	10 157 051
2014	4 844 289	11 332 026	6 209 527	15 713 740	10 412 740	9 127 847	118 755 888	6 208 676	3 888 793	10 282 115
2015	4 895 242	11 339 894	6 231 066	16 001 107	10 563 757	9 294 506	120 149 897	6 298 598	3 957 099	10 405 832
2016	4 945 205	11 342 012	6 250 510	16 291 004	10 713 849	9 460 798	121 519 222	6 389 235	4 026 337	10 527 592
2017	4 993 842	11 336 405	6 266 655	16 578 723	10 863 544	9 626 842	122 839 258	6 480 532	4 096 063	10 647 244
2018	5 040 734	11 328 244	6 276 343	16 850 176	11 012 421	9 792 850	124 013 862	6 572 233	4 165 255	10 765 531
2019	5 084 532	11 316 697	6 280 217	17 106 338	11 160 438	9 958 829	125 085 311	6 663 924	4 232 532	10 881 883
2020	5 123 105	11 300 698	6 292 731	17 362 719	11 306 802	10 121 763	125 998 302	6 755 896	4 294 397	10 999 664
2021	5 153 957	11 256 373	6 314 168	17 608 484	11 447 569	10 278 346	126 705 138	6 850 540	4 351 267	11 117 874
2022	5 180 829	11 212 191	6 336 392	17 843 908	11 584 996	10 432 860	127 504 126	6 948 392	4 408 581	11 228 821
2023	5 212 173	11 194 449	6 364 943	18 092 026	11 724 764	10 593 798	128 455 567	7 046 311	4 468 087	11 332 973
2024	5 246 714	11 174 588	6 396 289	18 358 430	11 867 030	10 759 407	129 388 468	7 142 529	4 527 961	11 434 006

Año	Costa Rica	Cuba	El Salvador	Guatemala	Haití	Honduras	México	Nicaragua	Panamá	República Dominicana
2025	5 280 200	11 152 631	6 426 229	18 636 532	12 009 507	10 923 967	130 301 391	7 237 313	4 586 673	11 532 152
2026	5 312 699	11 128 799	6 454 736	18 913 838	12 150 614	11 087 423	131 194 049	7 330 715	4 644 205	11 627 302
2027	5 344 138	11 103 139	6 481 920	19 189 498	12 290 342	11 249 392	132 061 171	7 422 450	4 700 639	11 719 851
2028	5 374 601	11 075 736	6 507 533	19 462 401	12 428 585	11 409 647	132 903 856	7 512 564	4 756 063	11 809 986
2029	5 404 012	11 046 696	6 531 581	19 733 843	12 564 896	11 568 061	133 729 252	7 601 361	4 810 535	11 897 571
2030	5 432 244	11 016 042	6 554 224	20 003 638	12 700 006	11 724 522	134 534 107	7 688 686	4 864 126	11 982 524
2031	5 459 303	10 983 570	6 575 290	20 271 428	12 834 396	11 878 543	135 318 243	7 774 418	4 917 001	12 065 051
2032	5 485 099	10 949 207	6 594 732	20 537 438	12 967 403	12 029 729	136 081 567	7 858 705	4 969 178	12 145 327
2033	5 509 609	10 913 301	6 612 594	20 800 765	13 098 831	12 178 241	136 816 373	7 941 633	5 020 569	12 223 234
2034	5 532 923	10 875 840	6 628 758	21 061 659	13 229 269	12 323 556	137 523 732	8 023 272	5 071 120	12 298 752
2035	5 554 929	10 836 646	6 642 981	21 319 952	13 359 167	12 465 996	138 200 923	8 103 379	5 120 748	12 372 136
2036	5 575 486	10 795 857	6 655 215	21574 343	13 488 390	12 605 633	138 844 305	8 181 701	5 169 384	12 443 225
2037	5 594 607	10 753 317	6 665 414	21 824 411	13 616 339	12 742 318	139 455 296	8 258 476	5 216 940	12 511 883
2038	5 612 274	10 708 951	6 673 556	22 070 798	13 743 136	12 876 433	140 028 842	8 333 755	5 263 458	12 578 040
2039	5 628 344	10 662 877	6 679 834	22 313 313	13 867 905	13 007 530	140 561 518	8 407 196	5 308 889	12 641 774
2040	5 642 848	10 615 035	6 684 174	22 550 243	13 990 109	13 135 763	141 055 172	8 478 904	5 353 222	12 703 248
2041	5 655 693	10 565 417	6 686 673	2 2781 262	14 109 872	13 261 233	141 509 850	8 548 953	5 396 390	12 762 152
2042	5 666 916	10 514 019	6 687 447	23 006 437	14 227 369	13 383 793	141 925 337	8 617 299	5 438 419	12 818 454
2043	5 676 705	10 460 869	6 686 596	23 225 677	14 343 069	13 503 682	142 297 952	8 683 724	5 479 535	12 872 473
2044	5 684 960	10 405 863	6 684 119	23 438 911	14 456 973	13 620 656	142 627 834	8 748 153	5 519 569	12 924 431
2045	5 691 659	10 348 775	6 679 968	23 646 222	14 568 753	13 734 814	142 919 109	8 810 804	5 558 419	12 974 297
2046	5 696 870	10 289 434	6 674 259	23 848 005	14 677 930	13 845 901	143 170 995	8 871 605	5 596 147	13 021 610
2047	5 700 565	10 227 682	6 667 097	24 044 235	14 784 689	13 953 405	143 384 384	8 930 546	5 632 900	13 065 952
2048	5 702 694	10 163 491	6 658 486	24 234 927	14 888 886	14 058 003	143 553 921	8 987 448	5 668 608	13 107 192
2049	5 703 325	10 096 926	6 648 423	24 420 291	14 990 139	14 159 746	143 680 430	9 042 169	5 703 036	13 145 386
2050	5 702 525	10 028 085	6 636 854	24 600 727	15 087 520	14 258 514	143 772 364	9 094 641	5 736 121	13 180 541
2051	5 700 313	9 956 916	6 623 674	24 775 938	15 181 601	14 354 329	143 829 565	9 144 844	5 767 903	13 212 861

Año	Costa Rica	Cuba	El Salvador	Guatemala	Haití	Honduras	México	Nicaragua	Panamá	República Dominicana
2052	5 696 704	9 883 419	6 608 955	24946 261	15 272 665	14 446 873	143 851 146	9 192 945	5 798 568	13 242 309
2053	5 691 823	9 807 823	6 592 679	25111 996	15 360 234	14 536 171	143 838 271	9 239 021	5 828 252	13 268 988
2054	5 685 689	9 730 625	6 574 781	25272 063	15 444 842	14 622 394	143 790 285	9 283 002	5 856 866	13 293 158
2055	5 678 350	9 652 117	6 555 297	25426 626	15 526 115	14 705 3 03	143 707 815	9 324 805	5 884 371	13 314 502
2056	5 669 889	9 572 189	6 534 368	25575 441	15 603 905	14 784 762	143 592 165	9 364 500	5 910 835	13 332 714
2057	5 660 388	9 491 219	6 511 985	25717 691	15 678 145	14 860 860	143 444 751	9 401 986	5 936 180	13 348 144
2058	5 649 895	9 409 710	6 488 040	25854 366	15 748 490	14 933 268	143 268 064	9 437 093	5 960 388	13 361 084
2059	5 638 287	9 327 767	6 462 632	25985 867	15 815 237	15 002 097	143 062 103	9 469 814	5 983 608	13 371 471
2060	5 625 591	9 245 789	6 435 806	26111 608	15 878 034	15 067 414	142 829 444	9 500 072	6 005 865	13 379 162
2061	5 611 905	9 164 137	6 407 504	26230 648	15 936 591	15 128 592	142 570 036	9 528 133	6 026 935	13 384 513
2062	5 597 251	9 083 047	6 377 657	26343 269	15 990 973	15 185 380	142 283 240	9 554 179	6 046 907	13 387 322
2063	5 581 709	9 002 825	6 346 333	26450 081	16 041 093	15 238 543	141 970 427	9 577 956	6 066 081	13 387 025
2064	5 565 354	8 923 573	6 313 486	26550 359	16 087 866	15 288 021	141 631 994	9 599 294	6 084 451	13 384 118
2065	5 548 158	8 845 508	6 279 006	26643 587	16 131 665	15 333 736	141 267 883	9 618 319	6 101 960	13 378 858
2066	5 530 112	8 768 802	6 242 974	26730 023	16 171 950	15 375 689	140 873 501	9 635 173	6 118 513	13 371 252
2067	5 511 075	8 693 526	6 205 575	26810 383	16 209 062	15 413 445	140 451 701	9 649 646	6 134 128	13 361 126
2068	5 490 939	8 619 642	6 166 724	26884 112	16 243 543	15 447 467	140 009 110	9 661 608	6 148 777	13 348 539
2069	5 469 789	8 547 093	6 126 258	26950 977	16 274 838	15 478 042	139 544 556	9 671 367	6 162 611	13 333 851
2070	5 447 614	8 475 821	6 084 247	27011 409	16 302 768	15 505 219	139 057 466	9 678 965	6 175 683	13 317 000

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Estimaciones y proyecciones de proyecciones de la población, Revisión 2022, Nueva York, 2022.

Cuadro II.A1.3
Subregión (10 países): población total por grandes grupos de edad, 2000-2070
 (En números y porcentajes)

Año	0 a 14 años		15 a 59 años		60 años y más	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
2000	56 683 189	35,8	93 726 878	57,0	11 925 429	7,2
2005	57 426 519,5	33,5	103 314 976	58,5	14 035 365,5	7,9
2010	57 204 493	31,1	113 010 773	60,1	16 435 878	8,7
2015	56 669 732,5	28,9	122 733 520	61,3	19 733 744,5	9,8
2020	55 314 723,5	27,0	130 753 918	62,0	23 487 433	11,0
2025	53 162 852,5	25,2	137 350 782	62,3	27 572 953	12,4
2030	50 660 366,5	23,3	142 916 064	62,4	32 923 682,5	14,2
2035	48 852 304,5	21,8	146 457 370	62,1	38 667 175	16,1
2040	47 777 866,5	20,6	147 976 487	61,5	44 454 357,5	17,9
2045	46 384 703	19,6	148 236 987	60,7	50 311 123	19,8
2050	44 566 136	18,6	147 157 180	59,5	56 374 568,5	21,9
2055	42 606 474	17,7	144 745 135	58,1	62 423 687,5	24,2
2060	40 772 174	17,0	141 292 647	56,6	68 013 958	26,4
2065	39 134 934,5	16,3	137 082 009	55,4	72 931 731	28,3
2070	37 603 882,5	15,8	132 446 968	54,2	77 005 336	30,0

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Estimaciones y proyecciones de proyecciones de la población, Revisión 2022, Nueva York, 2022.

Cuadro II.A1.4
Subregión (10 países): esperanza de vida al nacer para ambos sexos, 2000-2070

Año	Costa Rica	Cuba	República Dominicana	El Salvador	Guatemala	Haití	Honduras	México	Nicaragua	Panamá
2000	77,6	76,2	69,4	69,9	67,4	58,4	68,7	73,6	67,2	74,0
2005	78,5	77,0	70,9	70,4	69,2	60,4	70,1	74,4	67,9	75,8
2010	78,7	77,7	72,1	71,8	70,9	46,0	71,1	74,2	72,0	76,4
2015	79,1	77,8	73,0	71,8	72,1	63,2	72,5	74,7	73,0	77,5
2020	79,3	77,6	72,9	71,1	71,8	64,1	71,5	70,1	71,8	76,7
2025	80,7	78,7	74,7	73,8	74,2	65,6	73,8	75,4	75,2	78,9
2030	81,7	79,6	75,7	74,7	75,0	66,6	74,5	76,4	76,0	79,8
2035	82,6	80,4	76,6	75,6	75,8	67,5	75,2	77,3	76,9	80,7
2040	83,5	81,2	77,5	76,5	76,6	68,3	75,9	78,3	77,7	81,6
2045	84,3	82,1	78,4	77,4	77,4	69,1	76,6	79,2	78,6	82,5
2050	85,0	82,9	79,3	78,3	78,2	69,9	77,4	80,0	79,4	83,2
2055	85,7	83,6	80,1	79,1	79,0	70,6	78,1	80,9	80,2	84,0
2060	86,3	84,3	81,0	79,9	79,8	71,3	78,8	81,8	81,0	84,6
2065	87,0	84,9	81,8	80,7	80,5	72,0	79,6	82,6	81,8	85,3
2070	87,6	85,6	82,6	81,5	81,3	72,7	80,3	83,3	82,5	85,9

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Estimaciones y proyecciones de proyecciones de la población, Revisión 2022, Nueva York, 2022.

Cuadro II.A1.5
Subregión (10 países): esperanza de vida a los 60 años según sexo, 2024 y 2070

País	2024			2070		
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	Ambos sexos	Mujeres	Hombres
Costa Rica	23,6	25,1	22,0	28,9	30,2	27,6
Cuba	22,2	23,7	20,6	27,4	28,6	26,2
El Salvador	21,5	22,6	19,9	25,4	26,8	23,9
Guatemala	21,6	22,6	20,4	25,1	26,3	23,8
Haití	16,2	17,4	14,9	18,5	20,1	16,7
Honduras	19,1	20,8	17,3	23,3	24,9	21,6
México	21,3	22,7	19,8	26,1	27,3	24,7
Nicaragua	20,7	22,0	19,1	25,1	26,4	23,8
Panamá	24,3	25,9	22,7	28,5	29,8	27,1
República Dominicana	21,8	23,5	20,1	25,9	27,4	24,4

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Estimaciones y proyecciones de proyecciones de la población, Revisión 2022, Nueva York, 2022.

Cuadro II.A1.6
Subregión (10 países): años en que se entrará a las distintas etapas de envejecimiento

País	Sociedad joven	Sociedad envejeciendo	Sociedad envejecida	Sociedad muy envejecida
Costa Rica	1988	1989	2019	2033
Cuba	1960	1961	2001	2020
El Salvador	1999	2000	2031	2050
Guatemala	2019	2020	2049	2062
Haití	2020	2021	2054	2081
Honduras	2024	2025	2046	2061
México	1998	1999	2027	2042
Nicaragua	2017	2018	2042	2056
Panamá	1996	1997	2026	2045
República Dominicana	1999	2000	2031	2050

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, Estimaciones y proyecciones de proyecciones de la población, Revisión 2022, Nueva York, 2022.

III. El escenario socioeconómico de los cuidados de largo plazo

En este capítulo se examina el escenario socioeconómico de los cuidados de largo plazo en la subregión compuesta por el Caribe hispano, Centroamérica y México. El análisis se centra en varios aspectos clave que son fundamentales para comprender la creciente necesidad y complejidad de los cuidados de largo plazo en esta área geográfica. En primer lugar, se estudian los arreglos residenciales, observando los cambios en la composición de los hogares. Se destaca el aumento de hogares multigeneracionales y con presencia de personas mayores, lo que tiene implicaciones directas en la organización y provisión de cuidados a nivel familiar y comunitario.

Luego se aborda el estado de salud de la población adulta mayor, analizando indicadores como la esperanza de vida sana a los 60 años y los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Estos datos son esenciales para proyectar la futura demanda de cuidados de largo plazo y revelan disparidades significativas tanto entre países como entre géneros. Se presta especial atención a la carga de las enfermedades no transmisibles, que emergen como la principal causa de AVAD en la población de 60 años y más. Este hallazgo subraya la urgencia de fortalecer los sistemas de prevención y manejo de enfermedades crónicas.

El análisis también abarca la discapacidad en la vejez, presentando proyecciones sobre el aumento de la población adulta mayor con discapacidad severa. Estos datos tienen implicaciones directas en la planificación de servicios de cuidado y resaltan la necesidad de adaptar los sistemas de atención a una demanda creciente y diversa. Por último, el capítulo explora la necesidad de cuidados paliativos, un área que requiere mayor atención en la subregión. Se destaca la importancia de desarrollar estos servicios para garantizar una atención digna al final de la vida.

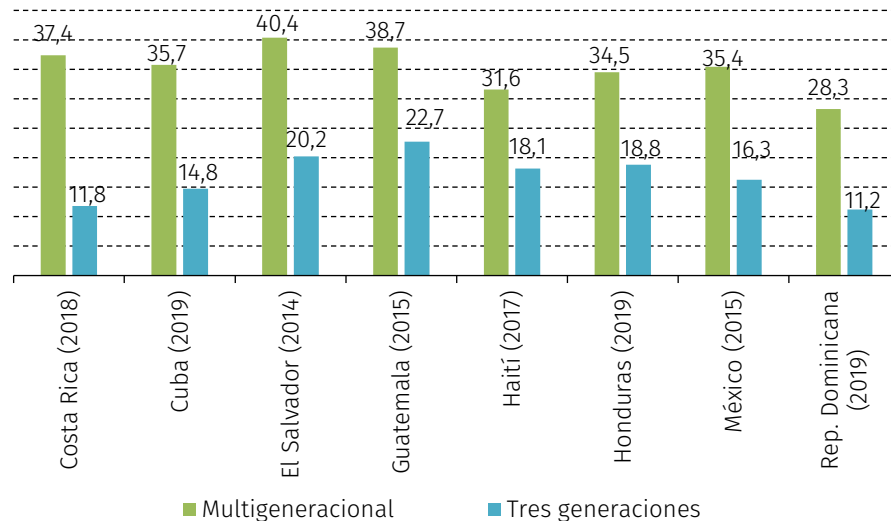
A. Arreglos residenciales

Los arreglos residenciales han experimentado cambios a causa del avance de la transición demográfica. A medida que la población envejece, aumenta el porcentaje de hogares con

presencia de personas de edad avanzada y los hogares intergeneracionales. A partir de los últimos datos publicados por la División de Población de las Naciones Unidas (2022), es posible acercarse a la situación por la que atraviesa los hogares, los que tradicionalmente ha proporcionado apoyo emocional, económico, social y de salud a sus miembros de mayor edad, por lo que se configuran como una de las entidades principales que asumen su cuidado e integración intergeneracional (Villa, 2004).

Sin embargo, la disminución del tamaño de los hogares, la pronunciada diversificación experimentada en las últimas décadas y la sobrecarga de tareas ocasionada por la necesidad de asumir nuevas responsabilidades en un ámbito de creciente debilidad del Estado, suelen derivar en una institución familiar con demandas excesivas que difícilmente puede cumplir con todas las funciones asignadas si no cuenta con el apoyo necesario para lograrlo. Una perspectiva subregional muestra que los hogares multigeneracionales (con dos o más generaciones unidas por lazos familiares), corresponden en promedio al 35,2% y los hogares con tres generaciones o más al 16,7%. En el caso de los primeros, El Salvador (40,3%) y Guatemala (38,7%) superan el promedio subregional. Lo mismo ocurre en los hogares multigeneracionales con el 20,2% y el 22,7% respectivamente (véase el gráfico 20).

Gráfico 20
Subregión (8 países): tipos de hogares intergeneracionales, última fecha disponible
(En porcentajes)

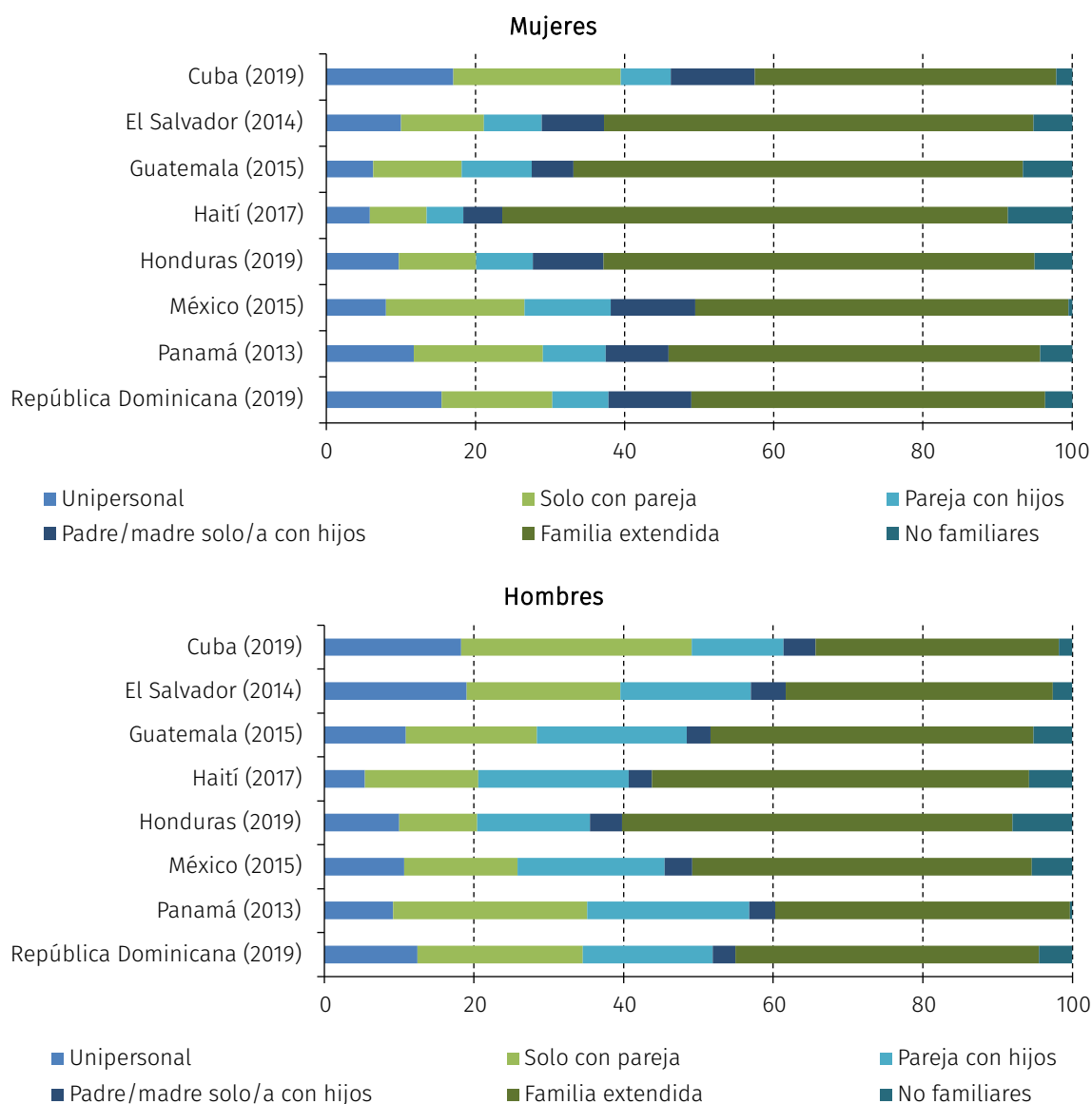


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES), Database on Household Size and Composition, 2022 [base de datos en línea] <https://www.un.org/development/desa/pd/data/household-size-and-composition>.

La mayoría de los hogares de la subregión tiene al menos una persona de 60 años y más. Ello es consecuencia de la estructura por edades de la población, por lo que en todos los países el peso relativo de hogares con algún miembro de edad avanzada suele ser superior al porcentaje de personas mayores dentro de la población total. Así ocurre en los países con bajos porcentajes de personas mayores como Haití, donde el 31,7% de los hogares tiene al menos una persona mayor, o en Honduras, con el 29,2%. En Cuba, el 48,2% de los hogares tiene al menos una persona mayor. En este país, las personas mayores

desempeñan un papel importante, con el 43,4% como jefe o jefa de hogar. En Guatemala dos de cada diez hogares tienen jefatura de hogar envejecida.

Gráfico 21
Subregión (países seleccionados): personas de 60 años y más por sexo, según tipo de hogar, último año disponible
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES), Database on Household Size and Composition, 2022.

Tan solo en algunos países es posible revisar la evolución de la composición y estructura del hogar a lo largo del tiempo. Uno de ellos es Guatemala, donde el porcentaje de hogares con seis miembros o más bajó del 42,4% en 1964 al 31,6% en 2015. La jefatura de hogar por parte de una persona mayor aumentó en 6 puntos porcentuales

en el mismo período; y, mientras los hogares con al menos un niño bajaron del 80,4% (1964) al 74,1% (2015), los hogares con al menos una persona mayor subieron del 20,5% al 27,2% en el mismo período. Los hogares nucleares no presentaron variaciones, pero sí los multigeneracionales (del 26,9% al 38,7%) y los compuestos por tres generaciones (del 15,5% al 22,7%).

Costa Rica muestra un perfil distinto. Los hogares con seis miembros o más bajaron en un 37,8% entre 1973 y 2018, mientras que los hogares con dos a tres miembros crecieron en un 26%. La jefatura de hogar adulta mayor pasó de un 17,1% a un 27,9% en el mismo lapso. Los hogares con al menos un niño bajaron en un 33,7% y aquellos donde hay por lo menos una persona mayor subieron en un 9,4%. En el caso de los hogares intergeneracionales, los que más crecieron fueron los multigeneracionales que pasaron del 29,4% en 1984 al 37,9% en 2018.

En los países de Europa occidental y los Estados Unidos de América, la coresidencia intergeneracional ha disminuido drásticamente, y la mayoría de las personas de edad viven ahora en hogares unipersonales o en hogares formados únicamente por una pareja o por una pareja y sus hijos solteros (DAES, 2017). Algo parecido ocurre en países del cono sur de América Latina, no es así en la subregión donde la distribución de las personas mayores según tipo de hogar al que pertenecen muestra que en su mayoría vive en familias extensas, le siguen la pareja sola y la pareja con hijos, aunque las diferencias por sexo son notables.

A diferencia del promedio mundial, donde es más común que las mujeres mayores vivan solas en comparación con los hombres mayores, en la subregión, la diferencia entre ambos sexos es de apenas de dos puntos porcentuales. Las mujeres mayores tienden más a vivir en familias extensas y solas con hijos/as, mientras que los hombres mayores suelen vivir con su cónyuge y en parejas con hijos/as en mayor proporción que las mujeres.

En cuanto al porcentaje de personas mayores en hogares que incluyen dos o más miembros que no están relacionados entre sí, no hay mucha diferencia según sexo, aunque si entre países, siendo superior en Haití y Guatemala con el 8,3% y 6,2%, respectivamente, y es más bajo en México (0,4%) y Cuba (1,9%). Aunque faltaría profundizar en el estudio de esta categoría, se podría pensar que parte de estos hogares están compuestos por personas mayores y sus cuidadores/as no familiares.

De lo anterior se puede concluir que en la subregión los arreglos residenciales varían con respecto a otras partes del mundo y entre países. Esto significa que, al analizar su composición y estructura, las necesidades son disímiles porque reflejan las transiciones que ocurren en su interior. En algunos, el cambio demográfico facilitaría la transmisión intergeneracional de recursos de todo tipo, aunque también podría incidir en la extensión y diversificación de la carga de cuidado o requerimientos de ingresos, así como en las funciones que cada miembro desempeña dentro del hogar, especialmente en los hogares intergeneracionales cuando no hay posibilidades de ayuda institucional.

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

En la subregión, el envejecimiento está aunado al crecimiento acelerado de la demanda de servicios sanitarios. Esta tendencia se ha visto exacerbada por la pandemia por COVID-19, que ha tenido un impacto desproporcionado en la población adulta mayor. Es muy probable que, desde inicios del siglo y particularmente después de la crisis sanitaria

global, las cohortes de 60 años presenten menores niveles de salud que los observados sus coetáneos de países desarrollados. Ello se debe a que sus ganancias de supervivencia obedecen más a mejores tratamientos y a las recuperaciones más rápidas que a los avances en materia de nivel de vida (Palloni, De Vos y Peláez, 2002).

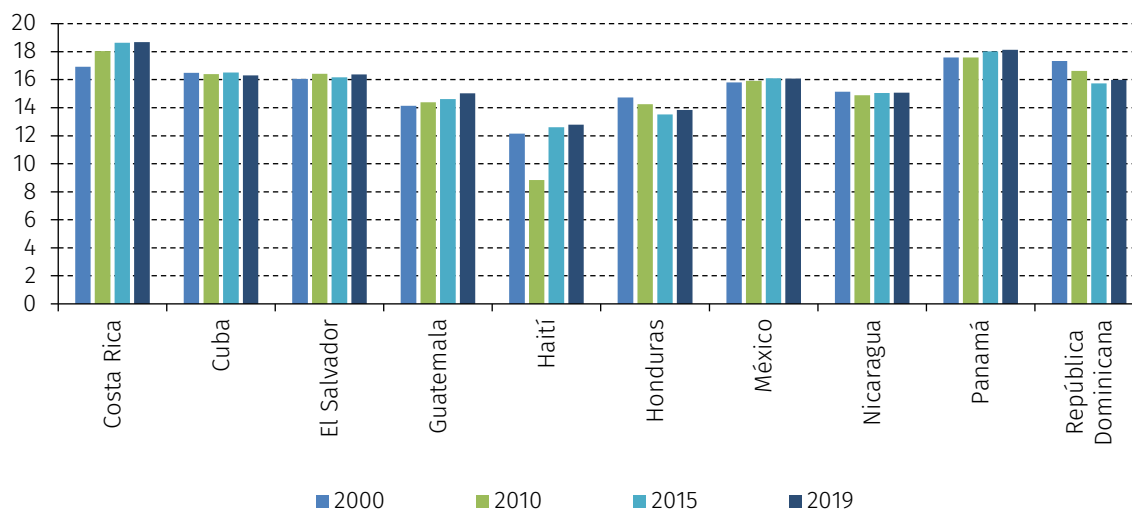
La pandemia ha puesto de manifiesto y acentuado las desigualdades preexistentes en el acceso a la atención sanitaria y ha evidenciado la vulnerabilidad de los sistemas de salud de la subregión frente a una crisis de gran magnitud. Además, las secuelas a largo plazo del COVID-19, especialmente en las personas mayores que sobrevivieron a la infección, podrían aumentar aún más la demanda de servicios de salud, rehabilitación y cuidados a largo plazo en los próximos años.

1. Esperanza de vida sana

En vista de que la esperanza de vida puede aumentar sin reflejar mejoras en la salud de la población, es fundamental valorar las verdaderas ganancias en longevidad mediante la esperanza de vida saludable. Este indicador mide el número de años que pasa una persona en buen estado de salud. Al comparar la esperanza de vida sana con la esperanza de vida a la misma edad es posible estimar el tiempo vivido con mala salud. En este análisis se consideran ambos indicadores a los 60 años para evaluar la calidad de vida en la vejez.

En 2000, la esperanza de vida sana a los 60 años en la subregión fue, en promedio, de 15,2 años (15 para los hombres y 16,3 para las mujeres). Diez años más tarde, este indicador experimentó un leve descenso para ambos sexos. En 2019, no hubo cambios para los hombres en comparación con 2000, pero mejoró levemente para las mujeres, alcanzando los 16,6 años. Los años de la esperanza de vida sana difieren de la expectativa de vida los 60 años, lo que indica que a partir de esta edad es probable vivir un período con mala salud, es decir, con enfermedades o discapacidades significativas que afectan la capacidad funcional (véase el gráfico 22).

Gráfico 22
Subregión (10 países): esperanza de vida saludable a los 60 años, 2019
(En número de años)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), The Global Health Observatory, 2022.

Según la información más reciente, las mujeres mayores de la subregión pasan 5,5 años con mala salud, mientras que en los hombres mayores esta cifra baja a 4,3 años. Así, las mujeres suelen transitar más años de vida con ciertas limitaciones que los hombres debido, principalmente, a las inequidades sufridas a lo largo de la vida. Para ellas, la enfermedad ha dejado de ser un momento agudo que desembocaba en la muerte para convertirse en un estado crónico que, sin cuidados necesarios, deteriora notablemente su calidad de vida en la vejez. Para comprender la magnitud del problema que afecta a las mujeres mayores, es útil considerar que los más de cinco años que pasan en malas condiciones de salud son equivalentes al período conocido como primera infancia.

Aunque existen dificultades para comparar este indicador entre los distintos países, es posible observar la heterogeneidad de situaciones existentes. La información disponible sobre 10 países analizados muestra que entre 2000 y 2019 solo Costa Rica, Guatemala y Panamá tuvieron un incremento constante del indicador para ambos sexos. En los demás hay una diversidad de situaciones.

En Cuba, por ejemplo, este indicador se mantuvo prácticamente similar, mientras que en Honduras bajó entre 2000 y 2015, y pese al aumento en 2019 no alcanzó el mismo valor de inicios de siglo. Lo mismo se observa en El Salvador y la República Dominicana. En Haití, la baja sustancial de la esperanza de vida saludable a los 60 años podría deberse al impacto del terremoto del 12 de enero de 2010, que cobró numerosas vidas, destruyó las instalaciones médicas y dificultó la atención en salud, a lo que se sumó un brote de cólera en octubre del mismo año.

Como ya se señaló, los años con mala salud son superiores en las mujeres mayores. Las diferencias más altas con respecto a los hombres se observan en Honduras y Haití, mientras que en Cuba la brecha es la menor de la subregión. Al examinar los cambios entre 2000 y 2019, solo cuatro países disminuyeron la brecha por sexo (Cuba, Guatemala, Panamá, El Salvador). En los demás aumentó en detrimento de las mujeres, con un máximo de 1,3 años en Costa Rica y Honduras.

2. Años de vida ajustados por discapacidad según causa

La transición epidemiológica hacia enfermedades no transmisibles ha modificado sustancialmente el panorama de salud pública. Esta transición refleja no solo un cambio en los patrones de enfermedad, sino también un reto creciente para los sistemas de salud, especialmente en el manejo de la carga de morbilidad y discapacidad a largo plazo. Por este motivo, la incidencia de las enfermedades no transmisibles ha sido calificada como una crisis de salud pública, incluso algunos autores la denominan pandemia debido a su capacidad para aumentar la carga de la morbilidad y la dependencia en todo el mundo.

a) Enfermedades no transmisibles

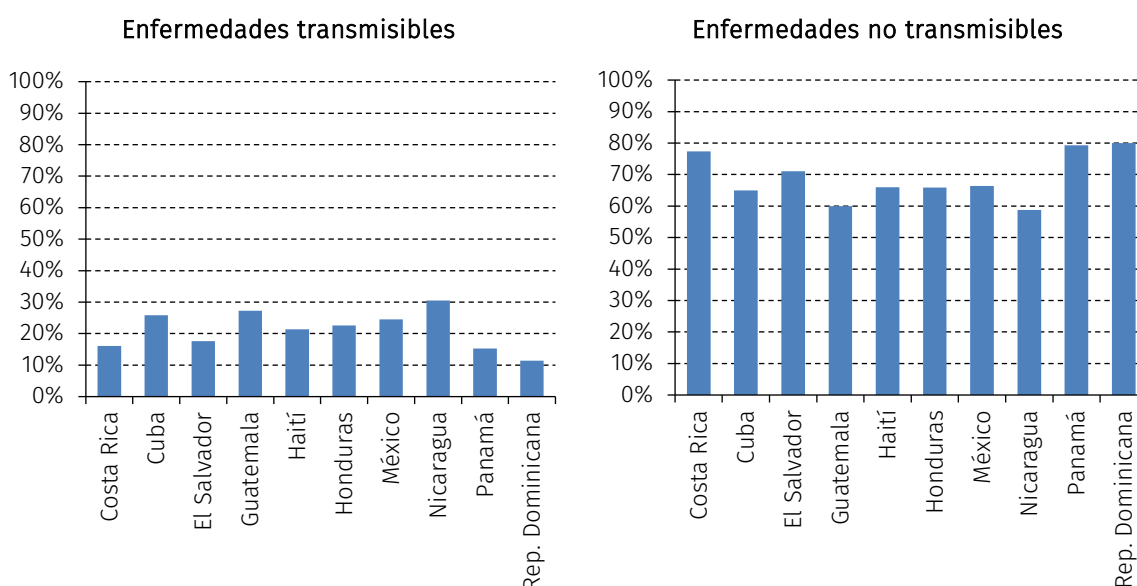
La prevalencia de la dependencia de cuidados en personas de 65 años y más varía significativamente según la presencia de enfermedades crónicas¹⁵. De acuerdo con la

¹⁵ Requerir asistencia debido a condiciones crónicas es notable, pero esta relación puede ser bidireccional. Es decir, no solo las enfermedades crónicas pueden llevar a una situación de dependencia, sino que también el estado de dependencia en sí mismo puede propiciar el desarrollo de condiciones crónicas. Esto puede ocurrir debido a factores como la reducción de la movilidad física, la aparición de síntomas depresivos o deficiencias en la nutrición, entre otros aspectos asociados a la situación de dependencia. Así,

información disponible, en Costa Rica, el 19,1% de las personas mayores con una enfermedad crónica requieren cuidados, mientras que en México esta cifra alcanza el 30,2%. La situación se agrava notablemente cuando se padecen dos o más enfermedades crónicas: en Costa Rica, la prevalencia de dependencia aumenta al 25% y en México se eleva hasta el 36,9%. Estos datos subrayan la estrecha relación entre la multimorbilidad y la necesidad de cuidados en la población adulta mayor de estos países (OPS, 2023).

El indicador más adecuado para expresar el impacto real de las enfermedades no transmisibles en la salud de la población, más allá de las tasas de mortalidad y morbilidad, son los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Este indicador combina los años de vida potencialmente perdidos y los años vividos con discapacidad por causa. En términos simples, se podría decir que cada AVAD representa un año de vida saludable perdido. De acuerdo con Richards y otros (2016), con los AVAD se asume que una condición médica particular tiene el mismo impacto en los años vividos con discapacidad, independiente del contexto en el que se desenvuelva la persona.

Gráfico 23
Subregión (10 países): años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en la población de 60 años y más según gran grupo de causa, 2021
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), "Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021): Results", Seattle, Estados Unidos, 2022.

Según los grandes grupos de causas, las enfermedades no transmisibles representan la mayor carga de AVAD para los 60 años y más. En promedio, para los países de la subregión representaron el 69% de los AVAD en 2021. Le siguen las enfermedades transmisibles que alcanzaron el 21%. Aunque las lesiones constituyen un tercer grupo

se establece un ciclo potencialmente negativo entre la dependencia y las enfermedades crónicas en la población adulta mayor (OPS, 2023).

significativo en la carga global de enfermedad, para efectos de este capítulo no se hace un análisis explícito de su impacto.

En 2021, no se observaron diferencias notables entre los grupos de edad dentro de la población adulta mayor con respecto al indicador analizado, pero sí se evidenciaron variaciones entre territorios. Por ejemplo, en Nicaragua las enfermedades no transmisibles son responsables del 58,8% de los AVAD entre la población adulta mayor, y en Guatemala lo son del 60%. Ambos países tienen, a su vez, las proporciones más elevadas de AVAD por enfermedades transmisibles en este rango de edad (30,5 y 27,3%, respectivamente).

En Cuba, el 80% de los AVAD se debe a enfermedades no transmisibles, en Panamá el 79,3% y en Costa Rica el 77,4%. En estos dos últimos países la medida aumenta a la par de lo que lo hace la edad. En el caso de Costa Rica, la diferencia entre el grupo de 60 a 64 años y el de 75 años y más es de tres puntos porcentuales, y en Panamá de dos. No ocurre así en Cuba, donde a los 75 años y más, los AVAD por enfermedades no transmisibles disminuyen en cinco puntos porcentuales y se incrementan por enfermedades transmisibles. Algo similar sucede en Guatemala y Nicaragua, aunque en distinta proporción, lo que puede explicarse por el incremento de pérdida de años de vida saludables debido a la pandemia por COVID-19.

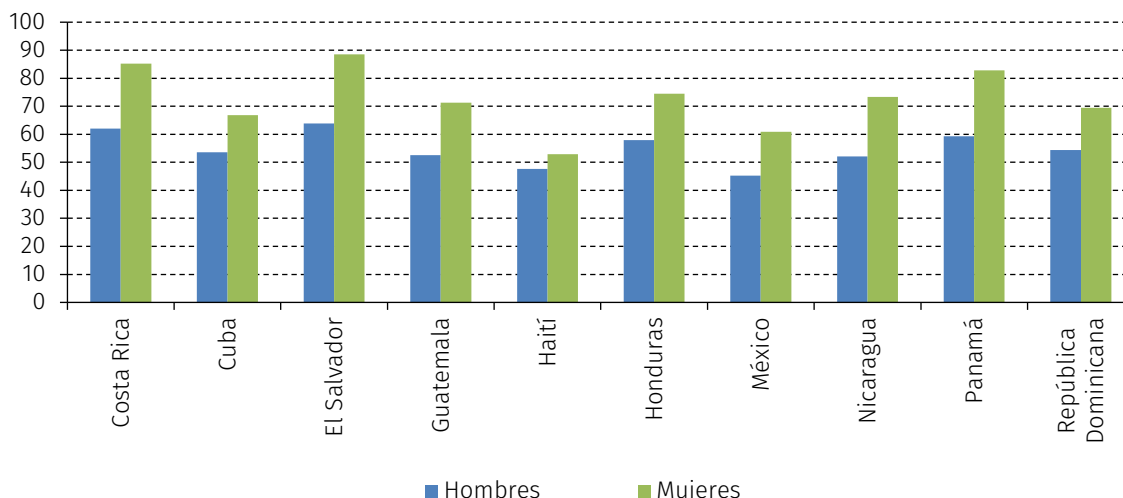
b) Enfermedades neurodegenerativas

Las demencias son un grupo de síntomas relacionados asociados con un deterioro continuo del funcionamiento cerebral. Existen muchas causas diferentes de demencia y muchos tipos diferentes. La enfermedad de Alzheimer constituye la mayoría de los casos (OMS, 2023). Los síntomas son similares y pueden incluir problemas para recordar nombres, eventos o conversaciones, problemas de concentración, cambios de personalidad y estado de ánimo, depresión, deterioro del juicio y la toma de decisiones, y confusión. Estos problemas pueden hacer que las actividades diarias sean cada vez más difíciles y una persona con la afección puede llegar a ser incapaz de cuidar de sí misma. La lenta progresión de la enfermedad hace que sea una condición angustiante y debilitante para las personas que viven con la enfermedad y sus familias (OPS, 2024).

A medida que la población envejece, en todo el mundo se prevé que el número de personas con demencia aumentará, lo que tiene implicaciones para las familias, los costos del tratamiento, y la atención sociosanitaria, incluidos los cuidados de largo plazo (Mukadam y otros, 2024). Entre las enfermedades neurodegenerativas con mayor carga de dependencia está el Alzheimer, que tiene enormes repercusiones personales, sociales y económicas, ya que provoca un incremento en los costos de los cuidados a largo plazo para los gobiernos, las comunidades, las familias y las personas, además de causar pérdidas de productividad en las economías (Alzheimer's Disease International, 2023).

En la subregión, el análisis de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) debido a esta enfermedad revela que las mujeres de 75 años y más se ven más afectadas por las limitaciones de capacidad física y mental que provoca el Alzheimer. En promedio para los diez países de la subregión, la enfermedad de Alzheimer representa el 5,6% del total los AVAD en mujeres de 75 años y más, y el 3,4% en hombres del mismo grupo de edad. Esto se traduce en promedio en 72,5 años de vida saludable perdidos por cada 1.000 personas para las mujeres mayores y 54,8 años para los hombres de la misma edad. Las diferencias más significativas entre mujeres y hombres de 75 años y más se observan en Costa Rica, El Salvador, Nicaragua y Panamá. Estos países, en conjunto, representan la mitad de la brecha de años de vida saludables perdidos por género debido al Alzheimer.

Gráfico 24
Subregión (10 países): años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) como consecuencia de la enfermedad de Alzheimer en la población de 75 años y más, 2021
(Tasa por cada 1.000 personas)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), “Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021): Results”, Seattle, Estados Unidos, 2022.

La enfermedad de Parkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa más común después del Alzheimer entre la población adulta mayor. Algunos estudios indican que las diferencias en el grado de envejecimiento de una población pueden contribuir de manera significativa en las variaciones de su prevalencia (Zhu y otros, 2024). En la subregión, al igual que en otras partes del mundo, la prevalencia es más alta en hombres de 75 años y más que entre sus coetáneas.

La tasa de años de vida saludables perdidos es de 18 por cada 1.000 personas en los hombres mayores y en las mujeres baja a 10,8. En la cúspide de la clasificación para los hombres se encuentra Honduras con una tasa que dobla el promedio subregional (36 por 1.000), seguido de Haití (20,9), lo cual se repite entre las mujeres mayores, con 18 por 1.000 en Honduras y 13,6 por 1.000 en Haití). Estudios indican que esta prevalencia puede estar relacionada con sistemas de salud menos desarrollados, aunque los factores socioeconómicos también juegan un papel importante. La pobreza y la falta de educación pueden limitar el acceso a la atención médica preventiva y a tratamientos adecuados, lo que contribuye a una mayor carga de la enfermedad (Zhu y otros, 2024).

La situación descrita ilustra cómo las enfermedades no transmisibles pueden afectar significativamente la capacidad intrínseca de las personas mayores. Cabe señalar que, a excepción de la enfermedad de Alzheimer, la mayoría de estas enfermedades pueden prevenirse y tratarse. Aunque los tratamientos pueden no conducir a una recuperación completa, sí permiten mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

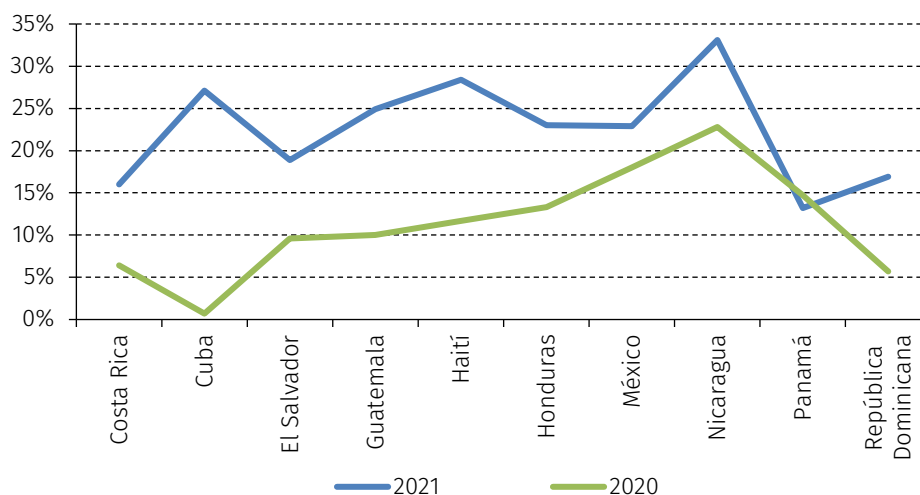
En el contexto actual, es posible vivir con enfermedades crónico-degenerativas y, al mismo tiempo, fortalecer la capacidad de las personas para evitar que estas condiciones se conviertan en limitaciones que conlleven a la dependencia funcional. Con intervenciones adecuadas, se puede prevenir la progresión de estas enfermedades y

reforzar la autonomía de los individuos mayores, mejorando así su bienestar general y reduciendo el impacto social y económico asociado.

c) COVID-19

Los datos corroboran que la pandemia por COVID-19 afectó de manera particular a la población adulta mayor de la subregión, que presentó una mayor tasa de mortalidad y gravedad de la infección por enfermedades preexistentes (como las cardiovasculares, la diabetes y enfermedades respiratorias crónicas). Esto perjudicó especialmente a los grupos de más avanzada edad (75 años y más) en 2021 (véase el gráfico 25). En ese año, en promedio para los diez países, los AVAD por COVID-19 representaron el 20,8% del total, casi el doble de lo registrado un año antes, y cinco puntos porcentuales más que el grupo de 60 a 64 años. El promedio para los 75 años en la subregión fue superior al de América Latina y el Caribe en 2020 (13,5%) y 2021 (18,4%).

Gráfico 25
Subregión (10 países): años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) como consecuencia del COVID-19 en la población de 75 años y más, 2020 y 2021



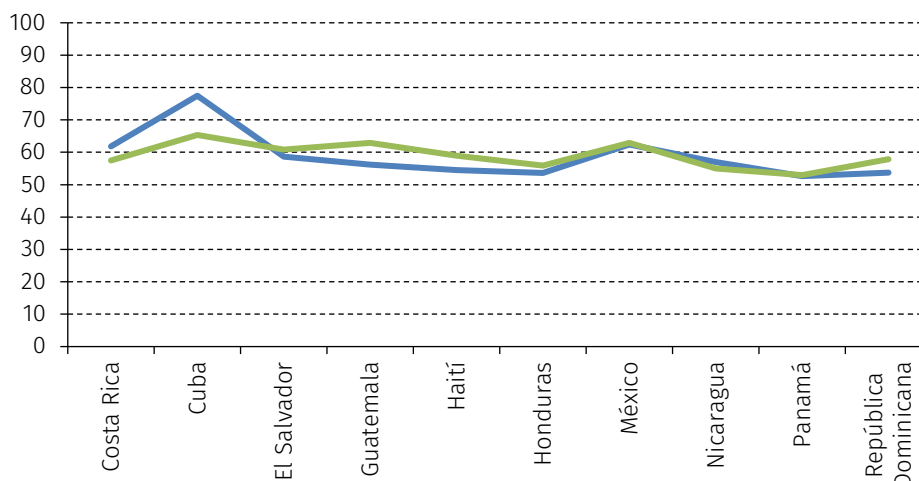
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), "Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021): Results", Seattle, Estados Unidos, 2022.

3. Necesidad de rehabilitación por enfermedad o lesión

Otro tema relacionado con la necesidad de cuidados de largo plazo es la rehabilitación. De acuerdo con Cieza y otros (2020), a nivel mundial, al menos una de cada tres personas necesita rehabilitación en algún momento durante el curso de una enfermedad o lesión. Este tipo de atención puede ser de carácter temporal, aunque puede prolongarse durante la vida, para evitar la pérdida de capacidad funcional.

En el caso de las personas mayores, la necesidad de rehabilitación puede deberse a distintas enfermedades, entre ellas las musculoesqueléticas y las enfermedades neurológicas. En 2019, en promedio para los países de la subregión, la necesidad de rehabilitación de personas entre 75 años y más por enfermedades musculoesqueléticas fue de 58,9 por cada 1.000. Se observa que, en todos los países, a medida que la edad se eleva hay una mayor necesidad de rehabilitación por esa causa.

Gráfico 26
Subregión (10 países): necesidad de rehabilitación por enfermedades musculoesqueléticas
de población de 75 años y más, según sexo, 2019
(En tasas por cada 1.000 personas)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), “WHO Rehabilitation Need Estimator”, Seattle, University of Washington, 2021.

Entre las mujeres y hombres de 75 años y más que requieren rehabilitación por enfermedades musculoesqueléticas, se observa la misma tendencia con respecto a la edad. Se presentan variaciones por sexo a nivel nacional; por ejemplo, en Costa Rica, Cuba y Nicaragua la necesidad de rehabilitación por este tipo de enfermedad es superior en mujeres que en hombres. En los demás países ocurre lo contrario, por lo que los hombres son los más afectados.

C. La discapacidad y la dependencia

Los cambios demográficos y de salud actuales están llevando a un rápido incremento en el número de personas que experimentan discapacidades o disminuciones en su capacidad funcional durante períodos significativamente más largos de sus vidas (Cieza y otros, 2020). Sin embargo, no todas las personas con discapacidad tienen una dependencia. La dependencia es de carácter funcional y se diferencia de la discapacidad en que este último concepto se basa en la relación entre determinado impedimento y los obstáculos ambientales y culturales que impiden la participación plena, efectiva y en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad en la sociedad (Addati y otros, 2022).

Las estimaciones del Banco Mundial (2021), basadas en los datos de la última ronda de censos en 21 países de la región, indican que en América Latina y el Caribe habría 85 millones de personas con discapacidad, con aproximadamente uno de cada tres hogares con al menos una persona con discapacidad. Alrededor del 29% de las personas con discapacidad en la región (16,9 millones) reportan tener una discapacidad severa. Las principales causas de discapacidad serían las condiciones de salud crónicas (especialmente cardiovasculares y congénitas), el envejecimiento y las lesiones provocadas por la violencia, los accidentes laborales y de tráfico, y los desastres naturales.

Cuadro 3
Subregión (10 países): población de 60 años y más con discapacidad severa, 2000-2050
 (En números y porcentajes)

Año	Costa Rica		Cuba		El Salvador		Guatemala		Haití	
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje
2000	39 504,3	11,7	195 960,9	12,7	50 401,9	11,9	72 516,0	11,3	53 296,8	10,9
2010	57 472,7	11,4	257 882,3	13	73 278,9	12,4	98 369,3	11,2	65 608,7	10,9
2020	87 813,1	11,5	306 275,2	12,9	94 400,5	13,2	133 651,8	10,9	83 610,4	10,6
2030	124 462,8	11,5	412 447,7	12,9	132 456,7	14,6	186 653,5	11,4	111 832,5	10,8
2040	161 291,6	11,6	459 122,1	12,9	205 572,2	17,8	283 972,4	11,7	161 913,7	11,6
2050	199 709,8	11,4	446 054,1	12,2	261 029,9	18,7	430 325,2	11,7	245 127,1	12,5

Año	Honduras		México		Nicaragua		Panamá		República Dominicana	
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje
2000	35 570,2	11,8	846 456,0	11,9	26 012,8	10,4	27 302,8	12,1	68 429,8	11,4
2010	49 845,4	11,9	1 228 248,8	12,3	38 956,3	11,3	40 179,3	11,8	95 223,5	12,1
2020	75 040,8	11,5	1 876 486,2	12,7	59 049,6	11,5	59 575,9	11,5	140 357,9	12,1
2030	109 988,1	11,4	2 717 184,9	13	94 211,6	12,3	85 727,4	11,2	203 312,0	12,2
2040	167 138,3	10,9	3 831 809,0	13,4	148 592,6	12,9	108 045,5	10,4	258 249,0	11,7
2050	246 435,9	10,8	4 632 072,0	12,9	218 315,6	13,3	128 837,9	9,8	317 622,6	11,4

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030", Observatorio de la Salud y Envejecimiento para las Américas, y de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, División de Población, 2022.

La información disponible a nivel nacional muestra que, al desagregar por grupos de edad, las personas mayores suelen presentar una prevalencia elevada de discapacidad. Es así en el caso de Panamá donde, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de 2023, el 42% del total de personas con discapacidad tiene 60 años y más. Este porcentaje sube al 47,3% entre las mujeres y baja al 38,7% entre los hombres. En México, los resultados del Censo de 2020 indican que el 38,1% de las personas con discapacidad tienen 60 años y más, lo que aumenta al 39,3% entre las mujeres y disminuye al 36,6% entre los hombres¹⁶.

De acuerdo con las proyecciones de la OPS (s.f.), en términos absolutos, entre 2000 y 2050 la población adulta mayor con discapacidad severa en la subregión se incrementaría cinco veces, pasando de 1,4 a 7,1 millones de personas. En Nicaragua, el incremento será de ocho veces, en Honduras de seis y en Guatemala de cinco veces. Cuba sería el país donde menos se incrementaría la prevalencia de discapacidad severa en las personas mayores, pasando de 195.000 a 446.000, un aumento de dos veces en 2050 con respecto al año 2000.

En México, la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC, 2022) muestra que la posibilidad de recibir apoyo por parte de las personas con discapacidad no siempre es extendida (52,8%). No hay una diferencia importante entre los hombres y mujeres con discapacidad que reciben ayuda y cuidados dentro del hogar, aunque si la hay con respecto

¹⁶ La medición de la discapacidad a nivel nacional en los tres países de los que se cuenta con información a partir de la última ronda de censos se basa en la presencia de dificultades básicas de vida diaria.

a quién ofrece ese apoyo. Entre las mujeres, el 48,3% recibe apoyo de hijas; en cambio, entre los hombres el 42,5% lo obtiene de la madre. De acuerdo con esta encuesta, la proporción de personas con discapacidad que asisten a un centro de cuidado es muy baja, llegando apenas al 3,3% (INEGI, 2023).

En el caso de las personas mayores con discapacidad, el 28,8% recibe apoyo dentro del hogar, subiendo al 32,1% entre las mujeres mayores y bajando al 24,7% entre sus coetáneos. Según parentesco, el 41% de las mujeres de 60 años y más con discapacidad recibe apoyo de sus hijas, y entre los hombres el 60,2% lo recibe de su cónyuge o pareja. En cuanto a las necesidades de apoyo complementario, el 62,2% de las personas mayores con discapacidad declara requerir una persona cuidadora, y el 8,4% requeriría ingresar en una residencia de cuidado de largo plazo, este porcentaje es más alto en mujeres (8,9%) que entre hombres (7,3%).

D. Necesidad de cuidados paliativos

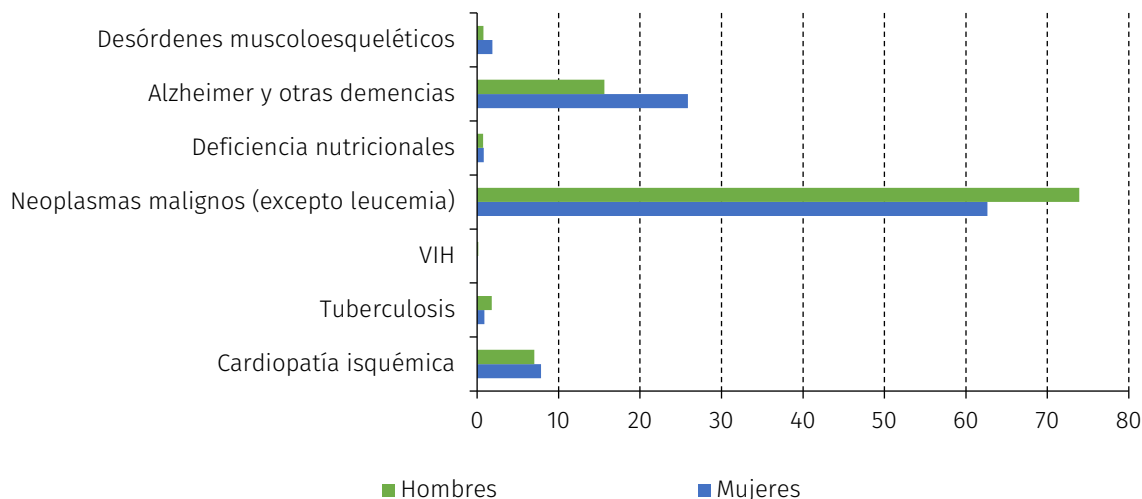
Con el envejecimiento de la población, el incremento de las personas mayores en condición de dependencia y de las enfermedades no transmisibles se augura que la necesidad de cuidados paliativos aumente en todo el mundo (OCDE, 2023). En 2017, el 14,1% de la necesidad mundial de cuidados paliativos en adultos se concentraba en la región de las Américas. En el mundo, de acuerdo con la edad, el 27,1% de las personas que necesitó cuidados paliativos tenía entre 50 y 69 años, y el 40% tenía 70 años y más. En América Latina la demanda de cuidados paliativos es muy variada. Cuba se encuentra en el primer lugar de la región y en el número 22 del mundo; le siguen Costa Rica y la República Dominicana, lo que está estrechamente ligado con el perfil epidemiológico y demográfico de la población (Worldwide Palliative Care Alliance, 2020).

Una forma de medir la necesidad de cuidados paliativos es el indicador de sufrimiento relacionado con la salud (SRS), que está asociado con enfermedades o lesiones de cualquier tipo. El sufrimiento es grave cuando no se puede aliviar sin intervención médica y cuando compromete el funcionamiento físico, social o emocional. En este marco, de acuerdo con un reporte de *The Lancet*, los cuidados paliativos deben centrarse en aliviar el sufrimiento que está asociado con enfermedades limitantes o amenazantes para la vida o el final de la vida (Knaul y otros, 2018).

A partir de cálculos propios para los diez países de la subregión con base a la metodología propuesta por la Comisión Lancet sobre Cuidados Paliativos, se obtuvo que del total de personas de 75 años y más que fallecieron por cardiopatías isquémicas, tuberculosis, VIH, neoplasmas (excluida la leucemia), deficiencias nutricionales, Alzheimer y otras demencias, y desórdenes alimentarios, el 38,3% lo hicieron con sufrimiento relacionado con la salud. En el caso de las mujeres la proporción es del 37%, mientras que en los hombres sube al 39,5%.

De entre las causas de muerte analizadas, el 67% de las muertes con sufrimiento relacionado con la salud son a causa de neoplasias malignas (excepto la leucemia), le sigue el Alzheimer y otras demencias y las cardiopatías isquémicas. En el caso de los hombres, la proporción que fallece con sufrimiento relacionado con la salud por causa de neoplasias sube al 73,9%, y en las mujeres pasa lo mismo con el Alzheimer y otras demencias, donde sube al 22,2% (véase el gráfico 27).

Gráfico 27
Subregión (10 países): personas de 75 años y más que mueren con sufrimiento relacionado con la salud según tipo de enfermedad, 2021
 (En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de K. E. Sleeman y otros (2019), “The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions”, *The Lancet Global Health*, vol. 7, N° 7; Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), “Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021): Results”, Seattle, Estados Unidos, 2022.

Por otra parte, el acceso a la atención al final de la vida es desigual y depende mucho de la capacidad de pago de las familias, dado que el gasto de bolsillo es sustancial en el último año de vida. Se calcula que, en los Estados Unidos, “el 30% de los costos de Medicare se atribuyen al 5% de los beneficiarios que mueren cada año, y el 78% de esos costos se derivan de la atención aguda de soporte vital” (Arcadia, 2016, pág. 9). En México, un estudio efectuado a partir de los datos de las rondas de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEN) realizadas entre 2001 y 2015, halló que el 63% de las personas de 60 años y más que fallecieron lo hicieron con riesgo de un gasto de bolsillo elevado durante su último año de vida, sobre todo aquellas de 90 años y más y que residen en zonas rurales (Zazueta, 2018).

El desarrollo de los cuidados paliativos es un ámbito que requiere mayor atención en la subregión. En la República Dominicana y Guatemala, la prestación de cuidados paliativos es aislada. En El Salvador y Panamá, los cuidados paliativos están en una etapa inicial de integración en los servicios de salud. En México, los cuidados paliativos se ubican en una etapa moderada de desarrollo y en Costa Rica, en una etapa avanzada (Worldwide Palliative Care Alliance, 2020). Por otra parte, el estudio de Pérez (2023) muestra que entre 2012 y 2020, con la excepción de Panamá y El Salvador, los demás países han presentado un retroceso en el desarrollo de los cuidados paliativos.

E. Los costos de los cuidados de largo plazo

Los cuidados de largo plazo representan un desafío financiero significativo para las personas mayores, tanto en economías desarrolladas como en países en vías de desarrollo. En los países de la OCDE y de la Unión Europea, por ejemplo, se ha constatado que los

costos totales de estos cuidados son inasequibles para la mayoría de la población sin una protección social adecuada. Esta problemática no se limita únicamente a quienes perciben ingresos medios, sino que también afecta a aquellos ubicados en los segmentos superiores de la distribución de ingresos, evidenciando la magnitud del desafío económico que representan estos servicios (Oliveira y Llena-Nozal, 2020).

En la subregión, la escasez de información sobre los costos de los servicios de cuidados de largo plazo dificulta un análisis exhaustivo. No obstante, con base en datos proporcionados por los gobiernos se estima que el costo mensual de una residencia privada de cuidado de largo plazo se aproxima a los 1.000 dólares. Esta cifra resulta alarmante al compararla con los ingresos por pensiones y jubilaciones de las personas de 65 años y más en los países estudiados, pues los supera ampliamente y pone de manifiesto la brecha existente entre los costos de estos servicios y la capacidad económica de quienes los necesitan.

El simulador de costos de atención a la dependencia desarrollado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) ofrece estimaciones detalladas para Costa Rica, El Salvador y México, considerando diferentes niveles de dependencia y tipos de servicios. Según este simulador, los costos mensuales en dólares para 2020 varían de manera significativa. Por ejemplo, las residencias oscilan entre 800 dólares para dependencia leve y 1.750 dólares para dependencia severa. La asistencia personal en el domicilio y los centros diurnos presentan costos de 200 dólares para dependencia leve y se incrementan a 600 y 583 dólares, respectivamente, para casos severos. Los servicios de teleasistencia y respiro, aunque más accesibles, también muestran variaciones según el grado de dependencia (véase el cuadro 4).

Cuadro 4
Costo de los servicios de cuidado de largo plazo, según tipo de dependencia, 2020
(En dólares)

Tipo de servicio	Dependencia leve	Dependencia severa
Residencias	800	1 750
Asistencia personal en el domicilio	200	600
Centro diurno	200	583
Teleasistencia	35	70
Servicios de respiro	50	150

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de N. Medellín, "Simulador de costos de sistemas de atención a la dependencia", Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, División de Protección Social y Salud, 2020.

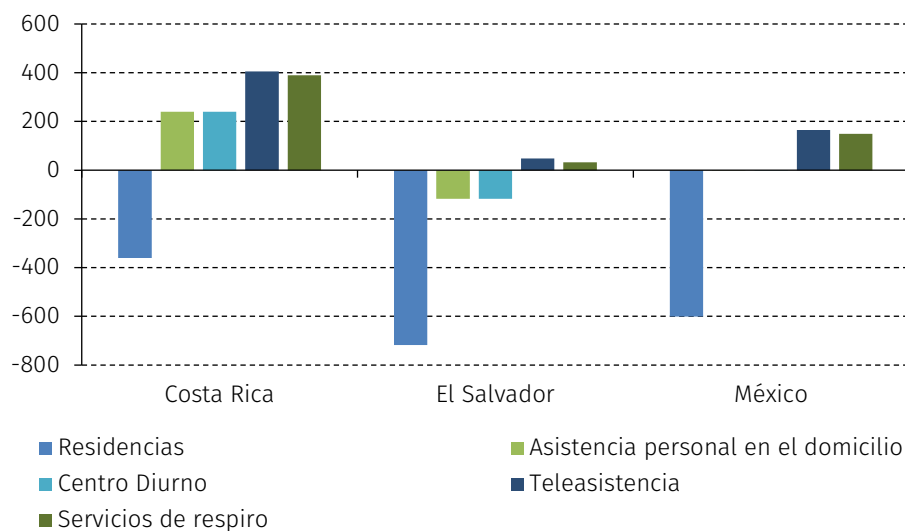
Al contrastar estos costos con los ingresos promedio mensuales por jubilaciones y pensiones de las personas de 65 años y más, la situación se torna crítica. En Costa Rica, con un ingreso promedio por este concepto de 440,1 dólares, México con 199,7 dólares y El Salvador con apenas 82,9 dólares, se evidencia que en ninguno de estos países las personas mayores jubiladas o pensionadas podrían financiar los cuidados en residencias utilizando únicamente estos ingresos. La brecha es particularmente alarmante en El Salvador y México, donde los ingresos por pensiones no alcanzan ni siquiera para cubrir los servicios más básicos de cuidado de largo plazo.

El déficit de ingresos después de pagar por los servicios de cuidado varía significativamente según el tipo de servicio y el grado de dependencia. Para casos de dependencia leve, servicios como teleasistencia y respiro podrían ser relativamente asequibles en Costa Rica, pero las residencias quedan fuera del alcance de los ingresos por pensiones y jubilaciones en todos los países analizados. En situaciones de dependencia severa, la brecha se amplía dramáticamente, haciendo que la mayoría de los servicios sean prácticamente inaccesibles sin apoyo adicional o una robusta protección social.

En los gráficos 28 y 29 se ilustran estas brechas de manera más detallada, mostrando el saldo de ingresos después de pagar por diferentes tipos de servicios tanto para dependencia leve como severa a partir de los ingresos por jubilaciones o pensiones. Esto pone de manifiesto la precaria situación económica a la que se enfrentan las personas mayores que requieren cuidados de largo plazo en estos países.

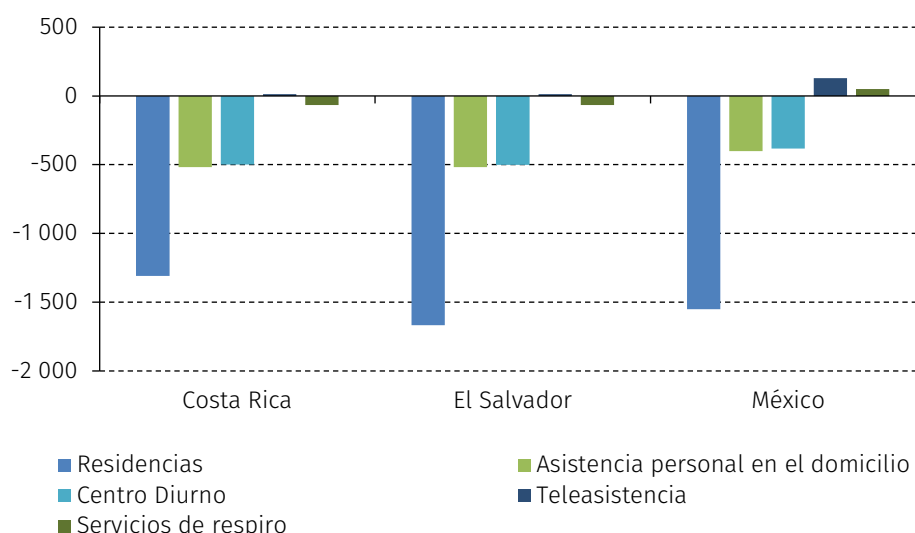
La gravedad de la situación se acentúa al considerar que el gasto de bolsillo de las personas mayores que requieren cuidados en residencias sería extremadamente alto, incluso si destinaran la totalidad de su pensión o jubilación al pago de estos servicios. Esta realidad no solo compromete la calidad de vida de las personas mayores, sino que también aumenta significativamente su probabilidad de caer en la pobreza o verse obligadas a desatender otras necesidades básicas para poder costear los cuidados necesarios.

Gráfico 28
Países seleccionados: estimación del saldo de ingresos por jubilaciones y pensiones luego del pago de servicios de cuidado de largo plazo para dependencia leve, por tipo de servicio, 2022



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de N. Medellín, "Simulador de costos de sistemas de atención a la dependencia", Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, División de Protección Social y Salud, 2020, y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), CEPALSTAT [base de datos en línea] <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html?lang=es>.

Gráfico 29
Países seleccionados: estimación del saldo de ingresos por jubilaciones y pensiones luego del pago de servicios de cuidado de largo plazo para dependencia severa, por tipo de servicio, 2022



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de N. Medellín, "Simulador de costos de sistemas de atención a la dependencia", Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, División de Protección Social y Salud, 2020, y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), CEPALSTAT [base de datos en línea] <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html?lang=es>.

F. Conclusiones

El análisis presentado en este capítulo muestra la intrincada relación entre los cambios demográficos, epidemiológicos y socioeconómicos, y su profundo impacto en la necesidad de cuidados de largo plazo en la subregión. Esta transformación multifacética plantea desafíos significativos para las políticas públicas y los sistemas de protección social. En primer lugar, se observa una tendencia marcada hacia la formación de hogares multigeneracionales, con una alta proporción de estos incluyendo al menos una persona mayor. Esta configuración familiar tiene implicaciones directas en la organización y provisión de cuidados, resaltando la necesidad de políticas que apoyen a las familias para no sobrecargarlas con tareas de cuidado.

El análisis de la esperanza de vida sana a los 60 años revela disparidades significativas tanto entre países como entre géneros. Particularmente preocupante es la situación de las mujeres, quienes tienden a vivir más años con mala salud, aumentando así su necesidad de cuidados a largo plazo. Esta brecha de género en la salud subraya la importancia de incorporar una perspectiva de género en las políticas de cuidado y salud pública.

Las enfermedades no transmisibles emergen como la principal causa de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en la población de 60 años y más, aunque con variaciones notables entre países. Este hallazgo resalta la urgencia de fortalecer los sistemas de prevención y manejo de enfermedades crónicas, adaptándolos a las realidades específicas de cada contexto nacional. La pandemia por COVID-19 tuvo un impacto particularmente severo en la salud de las personas mayores, especialmente en el grupo de 75 años y más. Este evento puso de manifiesto la vulnerabilidad de esta población y ha influido en el incremento de la necesidad de cuidados y servicios de rehabilitación, subrayando la importancia de contar con sistemas de salud y cuidado resilientes y adaptables.

Las proyecciones indican un aumento sustancial en la población adulta mayor con discapacidad severa para 2050. Este incremento plantea desafíos significativos para los cuidados de largo plazo, que deberán expandirse y adaptarse para satisfacer esta creciente demanda. La necesidad de cuidados paliativos está en aumento, especialmente entre la población de muy avanzada edad. Sin embargo, el desarrollo de estos servicios en la subregión es desigual y, en varios países, insuficiente. Esta situación requiere una atención urgente para garantizar una atención digna al final de la vida para todas las personas mayores, y de otros grupos sociales.

Las desigualdades de género persisten tanto en la provisión como en la recepción de cuidados. Las mujeres mayores son más propensas a vivir con familias extensas y a requerir cuidados por períodos más prolongados. Esta realidad demanda que se reconozca y valore el trabajo de cuidado, predominantemente realizado por mujeres, y que se busque una distribución más equitativa de estas responsabilidades. Finalmente, el acceso a servicios de rehabilitación y cuidados de largo plazo es desigual y a menudo depende de la capacidad de pago de las familias. Esta situación subraya la necesidad de desarrollar políticas públicas más robustas que garanticen el acceso universal a estos servicios esenciales.

Abordar los desafíos socioeconómicos de los cuidados de largo plazo identificados en este capítulo es crucial para el logro de varios Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En particular, las mejoras en la esperanza de vida sana y la atención a las enfermedades no transmisibles se alinean directamente con el ODS 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. La necesidad de abordar las desigualdades de género en la provisión y recepción de cuidados se vincula con el ODS 5: “Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas”. Además, las disparidades observadas en el acceso a servicios de rehabilitación y cuidados paliativos resaltan la importancia del ODS 10: “Reducir la desigualdad en y entre los países”. El desarrollo de sistemas de cuidados de largo plazo integrales, justos y sostenibles no solo mejorará la calidad de vida de las personas mayores y sus cuidadores, sino que también contribuirá significativamente al progreso hacia estos objetivos globales.

En conclusión, estos hallazgos resaltan la urgente necesidad de desarrollar cuidados de largo plazo que sean integrales, justos y sostenibles en la subregión. Estos deben ser capaces de adaptarse a las diversas realidades sociales y epidemiológicas de cada país, abordar las desigualdades de género, y proporcionar un continuo de cuidados que abarque desde la prevención hasta los cuidados al final de la vida. Asimismo, se requiere una mayor inversión en investigación, formación de personal especializado y desarrollo de infraestructura para hacer frente a la creciente demanda de cuidados de largo plazo en las próximas décadas. Solo a través de un enfoque integral y basado en derechos humanos se podrá garantizar una vejez digna y con calidad de vida para la creciente población adulta mayor de la subregión.

Bibliografía

- Addati, L. y otros (2022), *Los cuidados en el trabajo: Invertir en licencias y servicios de cuidados para una mayor igualdad en el mundo del trabajo*, Organización Internacional del Trabajo.
- Alzheimer’s Disease International (2023), *Informe Mundial sobre el Alzheimer 2023. Cómo reducir el riesgo de demencia*, Londres, Alzheimer’s Disease International.
- Arcadia Data Platform (2016), “The final year. Where and how we die”, Arcadia solutions, LLC [en línea] <https://arcadia.io/resources/final-year-visualizing-end-life>.

- Banco Mundial (2021), *Inclusión de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe: Un camino hacia el desarrollo sostenible*, Washington, Grupo Banco Mundial.
- Cieza, A. y otros (2020), "Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019", *The Lancet*, vol. 396, N° 10267 [en línea] [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32340-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32340-0/fulltext).
- DAES (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales) (2022), Database on Household Size and Composition [base de datos en línea] <https://www.un.org/development/desa/pd/data/household-size-and-composition>.
- INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo) (2023), Censo de Población y Vivienda, 2020. [base de datos en línea] <https://www.inec.gob.pa>.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2023), *Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC), 2022*, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México, Comunicado de prensa Núm. 578/23, 3 de octubre.
- Knaul, F. M. y otros (2018), "Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report", *The Lancet*, vol. 391, N° 10128.
- Medellin, N. (2020), "Simulador de costos de sistemas de atención a la dependencia", Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, División de Protección Social y Salud. Distribuido por Números para el Desarrollo
- Mukadam, N. y otros (2024), Changes in prevalence and incidence of dementia and risk factors for dementia: an analysis from cohort studies, *Lancet Public Health*.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2023), *Time for Better Care at the End of Life, OCDE Health Policy Studies*, París, OCDE Publishing.
- Oliveira, T. y A. Llena-Nozal (2020), "The effectiveness of social protection for long term care in old age: is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs?", *OECD Health Working Paper*, N° 117.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2023), "Demencia" [en línea] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2024), Leading causes of death and disease burden in the Americas, Washington, D.C., OPS.
- _____ (s/f), Observatory on Health and Aging for the Americas [en línea], <https://www.paho.org/en/decade-healthy-aging-2020-2030/observatory-health-and-aging-americas>.
- Palloni, A., S. de Vos y M. Peláez (2002), "Aging in Latin America and the Caribbean", Working Paper, N° 99-02, Madison, Wisconsin, Center for Demography and Ecology, Universidad de Wisconsin.
- Richards, N. y otros (2016), "Disability, noncommunicable disease and health information", *Bulletin of the World Health Organization*, 94(3) [en línea] <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4773929/>.
- Sleeman, R. E. y otros (2019), *The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions*, *The Lancet Global Health*, vol. 7, N° 7.
- Worldwide Palliative Care Alliance (2020), *Global Atlas of Palliative Care*, London, Worldwide Palliative Care Alliance.
- Zazueta, J. (2018), "Cambios en los gastos de salud y tipo de gasto durante el último año de vida de la población de 60 años y más en México", tesis de maestría, Tijuana, B.C., Colegio de la Frontera Norte.
- Zhu, J. y otros (2024), "Temporal trends in the prevalence of Parkinson's disease from 1980 to 2023: a systematic review and meta-analysis", *The Lancet Healthy Longevity*, vol. 5, N° 7 [en línea] [https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568\(24\)00094-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568(24)00094-1/fulltext).

Anexo

Cuadro III.A1.1
Subregión (10 países): indicadores de hogares, último año disponible

País	Hogares con jefe de 60 años y más	Hogares con al menos un miembro de 60 años y más	Hogares con al menos un miembro de menos de 15 años y un miembro de 60 años y más	Hogares que incluyen dos o más generaciones de miembros de 20 años y más	Hogares que incluyen dos o más generaciones de miembros relacionados de 20 años o más
Costa Rica (2019)	27,9	32,91	6,07	37,4	11,8
Cuba (2019)	43,4	48,23	8,7	35,7	14,8
El Salvador (2014)	27,6	33,48	12,79	40,4	20,2
Haití (2012)	21,9	29,22	17,26	29,7	17,5
Honduras (2019)	25,1	29,23	12,76	34,5	18,8
México (2015)	24,3	28,34	8,92	35,4	16,3
Panamá (2013)	28,3	32,97	10,71	33,3	15,7
República Dominicana (2019)	24,2	28,61	7,68	28,3	11,2

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES), Nueva York, 2022 [sitio web] <https://population.un.org/DataPortal> [fecha de consulta: 9 de noviembre de 2022].

IV. Estimaciones de la demanda de cuidados de largo plazo

En este capítulo se examinan diversas metodologías para estimar la demanda de cuidados de largo plazo en la subregión. En primer lugar, se exploran las limitaciones de la tasa de dependencia demográfica tradicional, que no considera factores como la participación laboral de las personas mayores o las condiciones de salud de la población. Para abordar estas limitaciones, se introducen indicadores más sofisticados como la tasa de dependencia prospectiva, la tasa de dependencia ajustada por salud y la tasa de dependencia de cuidados. El estudio revela diferencias significativas entre los países de la subregión al aplicar estos indicadores. En algunos las tasas más altas tanto en dependencia ajustada por salud como en dependencia de cuidados sugiere una mayor carga de enfermedades asociadas al envejecimiento y una mayor demanda de servicios de cuidado a largo plazo.

Se analiza también la relación de apoyo a los padres, que proyecta un futuro con menos adultos de mediana edad disponibles para cuidar a un número creciente de personas de muy avanzada edad. Este fenómeno, junto con cambios sociales como la migración y la informalidad laboral, puede debilitar las formas tradicionales de cuidado. El capítulo concluye con un análisis de escenarios de inversión en cuidados de largo plazo para Costa Rica y México, utilizando el Simulador de la OIT. Los resultados muestran el potencial de estas inversiones para generar empleo, especialmente para mujeres, y contribuir a la formalización del trabajo.

A. Tasa de dependencia demográfica y prospectiva en la vejez

En distintos estudios se estima el impacto del incremento de las personas mayores en el gasto social con base en la tasa de dependencia demográfica de la vejez, cuyo objetivo es proporcionar información sobre cómo la estructura demográfica de un país afecta a la proporción de personas que están en edad de trabajar. En este documento la medición se realiza con la población de 60 años y más que serían las personas categorizadas como dependientes, mientras que la población en edad de trabajar comprende personas de 15 a 59 años. Se parte del supuesto de que “quienes trabajan contribuyen a la financiación de los servicios públicos, como la educación, la salud y las pensiones, a través de impuestos y cotizaciones a la seguridad social. Los que no trabajan o los que ya no trabajan

siguen aportando al sistema de financiación pública a través de impuestos indirectos, pero se cree que se benefician en gran medida de las contribuciones de la población activa” (Harasty y Ostermeier, 2020, pág. 9).

El principal problema del cálculo de la tasa de dependencia demográfica es que deja de lado que las personas mayores también participaron en el mercado laboral (y pueden seguir haciéndolo)¹⁷ y que no todas las personas en edad de trabajar lo están haciendo. Los empleos de baja calidad, la pobreza y la elevada proporción de formas atípicas de empleo asociadas a inseguridad y salarios bajos (Comisión Europea, 2023) son parte de los riesgos a los que se enfrenta la población en edad de trabajar. Estos elementos se pasan por alto cuando se utiliza el indicador de dependencia demográfica de la vejez.

Para la OMS (2015) “hay muchas fallas en este indicador, sobre todo porque supone que la edad cronológica es un marcador válido del comportamiento” (pág. 18). Yendo más allá, la Comisión Europea (2021) ha señalado que, en la actualidad existe una amplia interdependencia entre las distintas generaciones¹⁸, lo que hace ambiguo considerarlas por separado, como se hace con la tasa de dependencia demográfica.

Una medición distinta es la tasa de dependencia prospectiva de la vejez, que ajusta el criterio cronológico tradicional de inicio de la vejez al combinar las características de las poblaciones relacionadas con la capacidad funcional, la esperanza de vida restante y la ausencia de enfermedades (Scherbov y Sanderson, 2020). El resultado se obtiene al comparar el número de personas que se espera tengan una esperanza de vida restante de aproximadamente 15 años con el número de personas comprendidas entre 20 y esa edad. De esta forma, busca aproximarse al cálculo de la carga de la dependencia, estimando la posible presión sobre la sociedad en general (DAES, 2023).

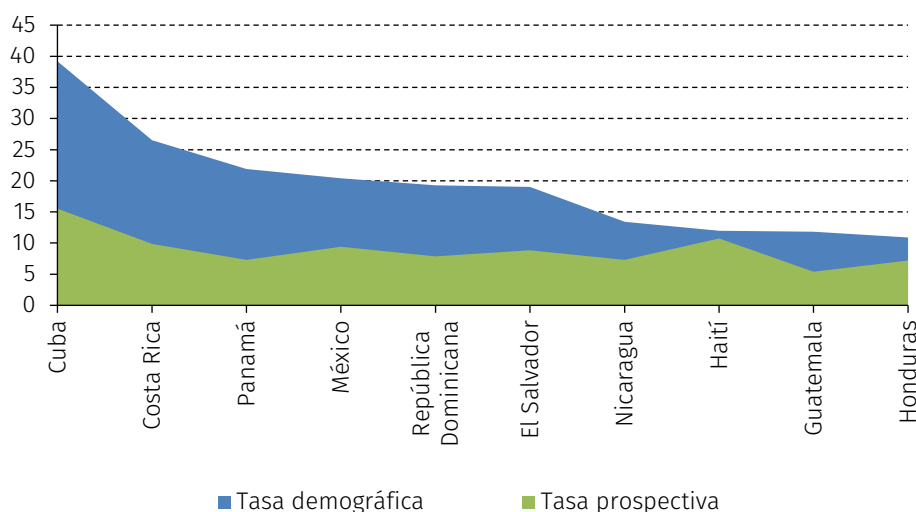
En el gráfico 30 se muestra el resultado del cálculo de las dos tasas de dependencia de la vejez mencionadas en los párrafos anteriores. Como era de esperarse, estos difieren según la metodología empleada. Las diferencias entre la tasa de dependencia tradicional y la prospectiva son contundentes.

La tasa de dependencia prospectiva revela una imagen más optimista para los países con poblaciones más envejecidas, ofreciendo una perspectiva matizada del impacto del envejecimiento poblacional. En todos los países analizados, se observa una disminución en la carga de dependencia en la vejez cuando se utiliza esta medida en comparación con la tasa de dependencia tradicional. Notablemente, en países con mayor longevidad como Cuba, Costa Rica y Panamá, la diferencia es sustancial, oscilando entre 14 y 23 puntos porcentuales menos que la tasa tradicional. Este hallazgo sugiere que en poblaciones con alta esperanza de vida, el impacto real del envejecimiento podría ser significativamente menor de lo que se estima con el índice de dependencia demográfica convencional de la vejez (DAES, 2023).

¹⁷ A medida que la población envejece, también lo hace la fuerza laboral. A nivel mundial, la proporción de trabajadores de más edad de 55 a 64 años en la fuerza laboral total ha aumentado desde el año 2000 y seguirá aumentando significativamente hasta 2030. Esta tendencia será particularmente marcada en los países emergentes y desarrollados, donde alcanzará el 13,2% y el 17,7% de la fuerza laboral, respectivamente, en comparación con el 7,9% en los países en desarrollo. En total, entre 2000 y 2030, la proporción de trabajadores de más edad en la fuerza laboral habrá aumentado un 2,5% en los países en desarrollo, un 76% en las economías desarrolladas y un 80% en los países emergentes (Harasty y Ostermeier, 2020, pág. 2).

¹⁸ Véase el apartado sobre arreglos residenciales intergeneracionales.

Gráfico 30
Subregión (10 países): tasa de dependencia demográfica de la vejez (60/15-59) y tasa de dependencia prospectiva de la vejez, 2024



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de S. Gietel-Basten, S. E. G. Saucedo y S. Scherbov, "Prospective measures of aging for Central and South America", *PLOS ONE*, vol. 15, N° 7 [en línea] <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236280>, y Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES), *World Population Prospects 2022*, División de Población, 2022.

En contraste, los países con esperanza de vida más baja muestran diferencias menos pronunciadas entre ambas mediciones. Por ejemplo, en Haití la diferencia es de apenas 1,2 puntos porcentuales y en Honduras de 3,7. Esto parece indicar la utilidad de la tasa de dependencia demográfica tradicional fuera más útil para países menos envejecidos y con menor esperanza de vida.

Recuadro 6

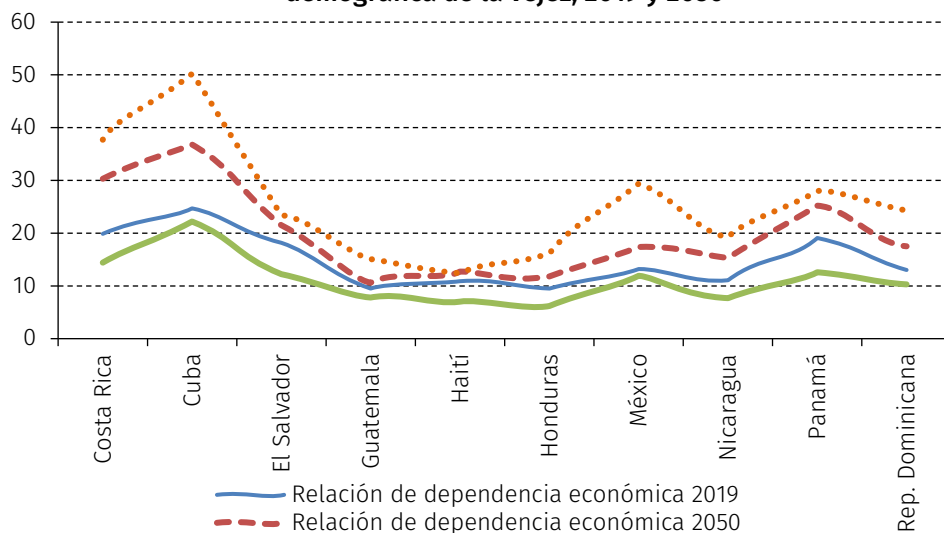
Tasa de dependencia económica en la vejez

Como ya se dijo, la tasa de dependencia demográfica tiene limitaciones, ya que no todos los individuos en edad laboral están activamente empleados. Algunos pueden estar estudiando, jubilados, desempleados o han optado por no trabajar por diversas razones, incluyendo aquellos desalentados por una larga búsqueda de trabajo sin éxito. Además, algunas personas mayores continúan participando en la fuerza laboral, mientras que muchos en edad laboral pueden estar fuera de ella (Harasty y Ostermeier, 2020). Para abordar estas limitaciones, se han propuesto medidas alternativas como la tasa de dependencia económica, la tasa de dependencia ajustada al mercado laboral y la tasa de dependencia basada en el empleo (Harasty y Ostermeier, 2020).

La tasa de dependencia económica en la vejez se define como el número de consumidores de 65 años^a y más dividido por el número efectivo de trabajadores de todas las edades (DAES, 2019). De acuerdo con este indicador, se prevé un incremento potencial de consumidores de edad avanzada con respecto a los trabajadores en todos los países entre 2019 y 2050. Sin embargo, a diferencia de la tasa de dependencia demográfica, el incremento sería menor. Incluso en 2050, la tasa de dependencia económica en la vejez seguiría siendo más baja que la tasa de dependencia tradicional.

Las medidas alternativas, como la tasa de dependencia económica, brindan una perspectiva más precisa y realista de la relación entre la población en edad de trabajar y la población adulta mayor, al considerar factores como la participación efectiva en la fuerza laboral. Esto permite una mejor comprensión de los desafíos y las implicaciones de los cambios demográficos para los sistemas de seguridad social y bienestar de la población.

Gráfico
Subregión (diez países): relación de dependencia económica y tasa de dependencia demográfica de la vejez, 2019 y 2050



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Ageing 2019: Highlights* (ST/ESA/SER.A/430), Nueva York, División de Población 2019 [en línea] <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>.

^a Número de personas mayores cuyo consumo está por arriba del promedio del grupo de edad de 30 a 49 años. Un aumento en la relación de dependencia económica significa que hay un mayor número de personas mayores consumidoras por trabajador.

B. Tasa de dependencia ajustada por salud y tasa de dependencia de cuidados de la vejez

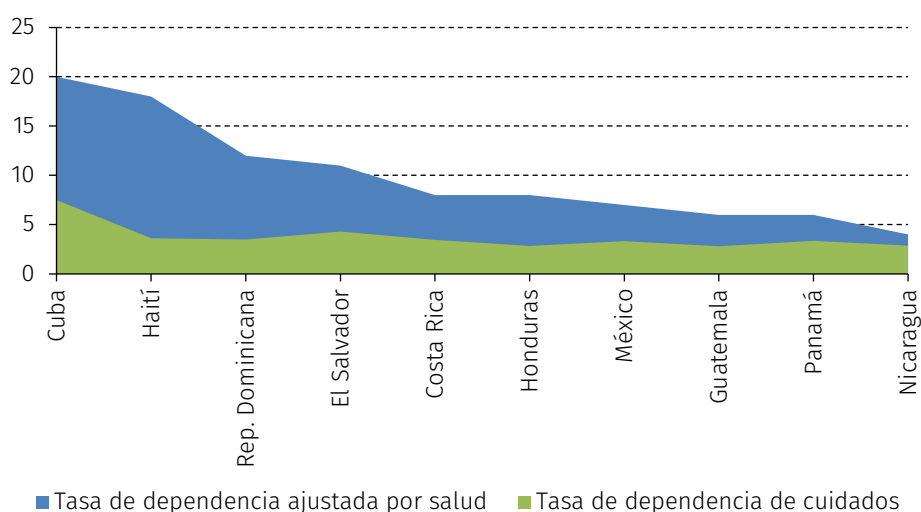
La tasa de dependencia ajustada por salud es un indicador que incluye la carga de enfermedades asociadas al envejecimiento. En esta medición, la población dependiente se define como aquella con una carga de enfermedad igual o mayor al promedio de las personas de 65 años y más a nivel global. Por otro lado, la población de apoyo se compone de aquellas personas con una carga de enfermedad menor que la del primer grupo. Este enfoque facilita la observación del impacto que tienen las condiciones de salud de una población en la tasa de dependencia. Además, destaca la importancia de las inversiones para el bienestar a lo largo del ciclo de vida, así como del correcto ejercicio de las funciones de salud pública y la implementación de intervenciones preventivas y de promoción de la salud, especialmente a nivel de atención primaria.

Otra medición relevante es la tasa de dependencia de cuidados, que es el cociente entre las personas mayores que han superado la esperanza de vida saludable y aquellas de 15 años hasta la edad de la esperanza de vida sana menos seis años. Este indicador intenta aproximarse a la cuantificación de las personas mayores que requieren cuidados.

La tasa de dependencia de cuidados resulta muy útil para este trabajo, ya que permite calcular la demanda actual de cuidados, su distribución por edades, y anticipar los cambios que se producirán a medida que las sociedades envejecen. Esta información es fundamental para la planificación y el diseño de políticas públicas enfocadas en atender las necesidades de la población adulta mayor.

Como se observa en el gráfico 31, en todos los países la tasa de dependencia ajustada por salud es superior a la tasa de dependencia de cuidados. Cuba presenta las tasas más altas en ambas categorías, con una tasa de dependencia ajustada por salud superior a 20 y una tasa de dependencia de cuidados cercana a 7. Esto sugiere que Cuba enfrenta una carga significativa de enfermedades asociadas al envejecimiento, lo que se traduce en una mayor demanda de servicios de cuidado a largo plazo.

Gráfico 31
Subregión (diez países): tasa de dependencia ajustada por salud y tasa de dependencia de cuidados de la vejez, 2024



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de S. Gietel-Basten, S. E. G. Saucedo y S. Scherbov, (2020) "Prospective measures of aging for Central and South America", *PLOS ONE*, vol. 15, N° 7 [en línea] <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236280>, y Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, 2022.

En el caso de Haití, aunque tanto la tasa de dependencia ajustada por salud como la tasa de dependencia de cuidados son menores que en Cuba, siguen siendo elevadas. Esto podría indicar problemas de salud persistentes en la población, a pesar de estar en una etapa incipiente del envejecimiento. Se sabe que la mayor carga de enfermedad recae en grupos desfavorecidos, y la población haitiana, con desventajas socioeconómicas, tiene un mayor riesgo de afecciones al largo plazo, con mayor gravedad de la enfermedad. De hecho, la tasa ajustada de mortalidad prematura en Haití en 2019 fue un 167,5% superior al promedio para las Américas (Kunonga y otros, 2023).

Por otro lado, la República Dominicana, El Salvador y Costa Rica muestran tasas moderadas de dependencia ajustada por salud, lo que sugiere que la carga de cuidados en estos países no se debe únicamente al envejecimiento, sino también al estado de salud general de la población. En contraste, Honduras, México, Guatemala, Panamá y Nicaragua

presentan las menores tasas de dependencia ajustada por salud y de dependencia de cuidados. Sin embargo, aún se enfrentan necesidades de cuidado significativas, aunque menores que en los países previamente mencionados.

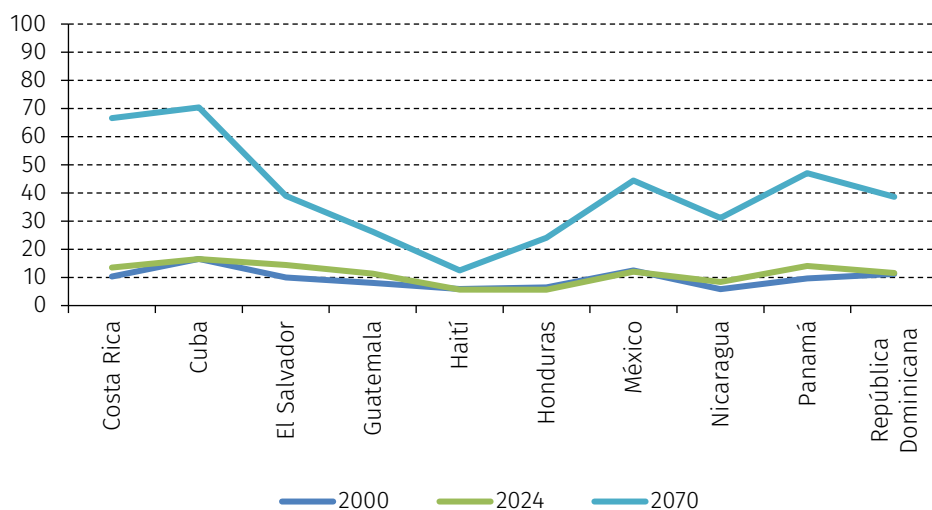
Este análisis es relevante para comprender las demandas de cuidados a largo plazo, ya que valora las ganancias en la esperanza de vida y el estado de salud de la población. Por ejemplo, en Cuba (por sus ganancias en esperanza de vida) y Haití (por el estado de la salud de la población), se debería priorizar el fortalecimiento de los sistemas de salud y de cuidados para hacer frente a la alta demanda por una causa u otra. En los países con tasas moderadas y bajas, las intervenciones preventivas y de promoción de la salud serán fundamentales para gestionar la carga de enfermedad y la necesidad de cuidados.

C. Relación de apoyo de los padres

El incremento y la modificación de la carga de cuidado ocurren en un contexto en el que la posibilidad demográfica de contar con asistencia será limitada. En general, son los hijos, sobre todo las hijas, quienes cubren las necesidades de salud y cuidado de las personas en edad avanzada cuando estos lo requieren. Este fenómeno se representa por medio del indicador de relación de apoyo a los padres, que se define como el cociente entre la población de 80 años o más y el número de personas de 50 a 64 años (en teoría, los hijos de las personas de edad muy avanzada), multiplicado por 100.

Entre 2000 y 2070, el valor del indicador se cuadruplicará, pasando de 9,6 a 40. En los países actualmente muy envejecidos, como Cuba, se observa que ya desde inicios del siglo XXI la relación de apoyo de los padres es superior a las 16 personas de edad muy avanzada por cada 100 adultos de entre 50 y 64 años y se mantuvo en 2024. En Costa Rica, un país envejecido, este indicador es de 13,5 en 2024, pero es superado por Panamá con 14,1, y está cercano a México con 12. Por el contrario, la relación es menor en Haití (5,7), Honduras (2,6) y Nicaragua (8,4). En todos los demás es superior a 10.

Gráfico 32
Subregión (diez países): evolución de la relación de apoyo a los padres, 2000-2070
(En número de personas de 80 años o más por cada 100 personas de 50 a 64 años)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2022*, 2022.

En 2070, la situación se vuelve más compleja. En Cuba habrá 70,4 personas de edad muy avanzada por cada 100 adultos de entre 50 y 64 años. Costa Rica aumentará más de cuatro veces el valor del indicador, con 66,6 en 2070, y Panamá también lo hará, pero la relación será menor, con 47,1. Otro país que habrá aumentado su valor rápidamente en las próximas décadas será Honduras, con 24,1 en 2070, un incremento de más de cuatro veces con respecto a 2024. La misma trayectoria tendrá México, que pasará de 12 a 44,4. En el caso de Haití y Guatemala, la relación se habrá duplicado su valor con respecto a 2024.

Las diferencias entre los países se deben, entre otras cosas, a la transición demográfica. Cuba ha experimentado una transición demográfica temprana, con una disminución de la tasa de natalidad y una mayor esperanza de vida desde mediados del siglo XX. Sin embargo, la emigración de jóvenes ha reducido el número de adultos jóvenes, aumentando la proporción de personas mayores (ONEI, 2022). Los desafíos económicos y la emigración también han influido en la estructura demográfica de El Salvador, con muchos jóvenes migrando a otros países (UNFPA, 2022).

Guatemala todavía tiene una tasa de natalidad relativamente alta, aunque ha disminuido en las últimas décadas, y el envejecimiento de la población es menos pronunciado que en otros países debido a la alta fecundidad (INE, 2023). Honduras tiene una alta tasa de natalidad y una baja esperanza de vida en comparación con otros países de la subregión; sin embargo, la reducción de la mortalidad infantil ha comenzado a cambiar la estructura demográfica, aumentando paulatinamente el número de personas mayores (INE, 2023).

A la elevada relación de apoyo a los padres en varios países de la subregión, habría que sumar que la expectativa de que las generaciones intermedias presten apoyo social a las personas de edad no siempre se cumple. La solidaridad invertida —hacia los mayores— es un acontecimiento nuevo, producto del aumento de la esperanza de vida y del incremento absoluto del número de personas que viven más allá de los 60 años. Este fenómeno se presenta en un contexto de donde las formas tradicionales de asegurar el cuidado en la vejez, principalmente mediante arreglos que tienen que ver con la herencia y el patrimonio, se han debilitado a causa de distintos procesos como las migraciones, la pobreza o la informalidad del trabajo, los que dificultan la estabilidad para acumular patrimonio y sitúan a las personas mayores en una posición diferente a la que tenían hace algunas décadas atrás.

D. Escenarios de inversión en cuidados de largo plazo

Los cuidados de largo plazo (CLP) representan un desafío creciente para los países de la subregión. Una forma de acercarse a los requerimientos fiscales que implican este tipo de servicios se puede hacer mediante el simulador de la OIT de inversiones en políticas de cuidados, que permite visualizar escenarios potenciales de los cuidados de largo plazo para 2030 en países como Costa Rica y México, ilustrando el impacto de invertir en sistemas de CLP más robustos (OIT, 2024).

Para el simulador, los servicios de CLP incluyen la ayuda o asistencia a personas mayores, adultos y niños con limitaciones funcionales para realizar actividades de la vida diaria. Estos servicios pueden prestarse en entornos basados en la comunidad o en instituciones residenciales. La herramienta modela principalmente los servicios basados en la comunidad, aunque considera los cuidados en residencias como una extensión de estos.

La metodología de la OIT ha establecido para Costa Rica y México parámetros similares en sus políticas de CLP. Entre ellos, un ratio de 2,5 beneficiarios de 65 años y más por persona cuidadora, y una remuneración de las personas cuidadoras equivalente al 75% del salario del personal de enfermería. Estos parámetros reflejan un enfoque en cuidados personalizados con una fuerza laboral especializada y relativamente bien remunerada.

En términos de creación de empleo, en 2030 México generaría un número significativamente mayor de nuevos puestos de trabajo en términos absolutos: 4.012.273 empleos netos sin efectos inducidos, frente a 172.908 en Costa Rica. Sin embargo, es importante contextualizar estas cifras considerando la diferencia en el tamaño de las poblaciones y economías de ambos países.

Cuadro 5
Costa Rica y México: escenarios de inversión en cuidados de largo plazo, 2030

Cuidados de larga duración (CLD)	Costa Rica	México
Necesidades de inversión		
Gasto de referencia CLP (<i>en porcentajes del PIB</i>)	0,11	0,00
Inversión bruta anual adicional (<i>en millones de dólares</i>)	2 264	19 882
Inversión bruta anual adicional (<i>en porcentajes del PIB</i>)	2,87	1,36
Incremento de la inversión anual hasta el año proyectado	0,36	0,17
Generación de empleo		
Empleo neto total generado (sin efectos inducidos)	172 908	4 012 273
Porcentaje directo	76,63	80,78
Porcentaje de mujeres	72,92	76,11
Porcentaje formal (todos)	90,44	89,73
Porcentaje formal (mujeres)	94,57	94,71
Empleo neto total generado (con efectos inducidos)		
	243 827,00	4 490 851,00
Porcentaje directo	54,34	72,18
Porcentaje de mujeres	63,56	72,38
Porcentaje formal (todos)	78,36	85,13
Porcentaje formal (mujeres)	86,05	91,79
Igualdad de género en empleo y salarios		
Tasa de empleo (todos) (sin efectos inducidos)	66,65	66,40
Tasa de empleo (mujeres) (sin efectos inducidos)	53,48	55,51
Tasa de empleo (hombres) (sin efectos inducidos)	81,12	77,12
Tasa de empleo (todos) (con efectos inducidos)	67,16	68,35
Tasa de empleo (mujeres) (con efectos inducidos)	53,89	57,11
Tasa de empleo (hombres) (con efectos inducidos)	81,74	79,43

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Organización Internacional del Trabajo (OIT), Simulador de Inversiones en políticas de cuidados de la OIT, Ginebra, 2023.

En suma, la inversión en CLP promete tener un impacto positivo significativo en el empleo de ambos países, con un énfasis particular en el empleo formal y femenino. Aunque México generaría un mayor número absoluto de empleos, Costa Rica parece mostrar un impacto relativo más fuerte, especialmente cuando se consideran los efectos inducidos. Estos escenarios subrayan el potencial de las políticas de CLP no solo para mejorar la provisión de cuidados, sino también como una estrategia para el desarrollo económico y la igualdad de género.

E. Conclusiones

En las últimas décadas, el envejecimiento poblacional ha emergido como un fenómeno de creciente importancia, planteando desafíos significativos para los sistemas de protección social y, en particular, para la provisión de cuidados de largo plazo. Ante esta realidad, se ha vuelto imperativo desarrollar métodos más precisos para estimar la demanda futura de cuidados y diseñar políticas públicas adecuadas.

El análisis de las diversas metodologías para calcular las tasas de dependencia revela la complejidad del fenómeno y la necesidad de un enfoque multidimensional. La tasa de dependencia demográfica tradicional, si bien útil, presenta limitaciones al no considerar factores como la participación laboral de las personas mayores o las condiciones de salud de la población. En respuesta a estas limitaciones, se han desarrollado indicadores más sofisticados como la tasa de dependencia prospectiva, la tasa de dependencia ajustada por salud y la tasa de dependencia de cuidados.

Al aplicar estos indicadores en diversos países de la subregión, se observan diferencias significativas que reflejan no solo las distintas etapas de la transición demográfica, sino también las particularidades socioeconómicas de cada país. Por ejemplo, Cuba muestra las tasas más altas tanto en dependencia ajustada por salud como en dependencia de cuidados, lo que sugiere una mayor carga de enfermedades asociadas al envejecimiento y, por ende, una mayor demanda de servicios de cuidado a largo plazo.

El escenario se complejiza aún más al considerar la relación de apoyo a los padres, que proyecta un futuro donde habrá menos adultos de mediana edad disponibles para cuidar a un número creciente de personas de muy avanzada edad. Este fenómeno, aunado a cambios sociales como la migración y la informalidad laboral, está debilitando las formas tradicionales de cuidado y situando a las personas mayores en una posición de mayor vulnerabilidad.

En este contexto, la inversión en cuidados de largo plazo se presenta como una estrategia prometedora. El análisis de los escenarios proyectados para Costa Rica y México en 2030, utilizando el Simulador de la OIT, revela el potencial de estas inversiones para generar empleo, especialmente para mujeres, y contribuir a la formalización del trabajo. Sin embargo, también se evidencian diferencias importantes entre países en cuanto al impacto relativo de estas inversiones, lo que subraya la necesidad de políticas adaptadas a cada contexto nacional. La aplicación de estos diversos indicadores en el diseño de políticas de cuidados a largo plazo ofrece la posibilidad de una planificación más precisa y focalizada. No obstante, también presenta desafíos significativos, desde la disponibilidad y calidad de los datos hasta la necesidad de una coordinación intersectorial efectiva.

En conclusión, el envejecimiento poblacional y la creciente demanda de cuidados de largo plazo representan un desafío multifacético que requiere un abordaje integral y basado en evidencia. La utilización de indicadores más precisos y contextualizados, junto con la inversión estratégica en los cuidados, puede contribuir significativamente a la sostenibilidad de los sistemas de protección social y al bienestar de las personas mayores en la subregión. Sin embargo, es crucial que estos esfuerzos se realicen de manera proactiva y sistemática, considerando las particularidades de cada país y anticipando los cambios demográficos y sociales futuros.

Bibliografía

- Comisión Europea (2023), *The future of social protection and of the welfare state in EU*, Bruselas.
- _____(2021), *Libro verde sobre envejecimiento: fomentar la solidaridad y responsabilidad entre generaciones*, Bruselas.
- Gietel-Basten, S., S. E. Giorguli Saucedo y S. Scherbov (2020), "Prospective measures of aging for Central and South America", *PLOS ONE*, vol. 15, N° 7 [en línea] <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236280>.
- Harasty, C. y M. Ostermeier (2019), *Population ageing: Alternative measures of dependency and implications for the future of work*, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- INE (Instituto Nacional de Estadística de Guatemala) (2023), *Estadísticas demográficas de Guatemala*, Ciudad de Guatemala.
- INE (Instituto Nacional de Estadísticas de Honduras) (2023), *Indicadores demográficos de Honduras*, Tegucigalpa.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2024), *ILO care policy investment simulator: Technical note*, Ginebra.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2015), *Informe mundial sobre envejecimiento y salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- ONEI (Oficina Nacional de Estadística e Información) (2022), *Anuario demográfico de Cuba*, Oficina Nacional de Estadística e Información, La Habana.
- Scherbov, S. y W. Sanderson (2016), *New Approaches to the Conceptualization and Measurement of Age and Aging*, Laxenburg, International Institute for Applied Systems Analysis (IIASA).
- Kunonga, T. P. y otros (2023), "Health interventions and the unseen impact on equality", *The Lancet Healthy Longevity*, vol. 4, N° 1.
- DAES (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales) (2023), *Leaving No One Behind in an Ageing World, World Social Report 2023*, Nueva York.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2022), *Informe sobre la situación demográfica de El Salvador*, San Salvador.

V. La situación de los cuidados de largo plazo en la subregión

Los servicios de cuidado de largo plazo para personas mayores en los países de la subregión muestran una variedad de enfoques y niveles de progreso. En general, se observa que mientras algunos países han desarrollado políticas y programas más integrales y estructurados de cuidados de largo plazo, otros están en etapas más tempranas de desarrollo. Los desafíos comunes incluyen la limitada cobertura, la necesidad de mayor inversión en infraestructura y personal capacitado, la sostenibilidad del financiamiento y la adaptación a las crecientes demandas de una población que envejece.

En este capítulo se ofrece, en primer lugar, una síntesis de las estrategias implementadas en Costa Rica, Cuba y la República Dominicana. El análisis de estos modelos ofrece valiosas lecciones para otros países que buscan desarrollar o fortalecer sus políticas de cuidados de largo plazo. En segundo lugar, se presentan los resultados de entrevistas realizadas a especialistas de la subregión para conocer el panorama de los cuidados de largo plazo. De acuerdo con los resultados obtenidos se aprecian desafíos significativos, pero también oportunidades para la innovación y el mejoramiento.

Los especialistas consultados enfatizan la necesidad de un enfoque amplio que involucre a todos los actores sociales, desde el Estado hasta las familias, pasando por el sector privado y la sociedad civil. La creación de políticas públicas coherentes, la mejora de la regulación, la profesionalización de los cuidadores, y la implementación de mecanismos de financiamiento sostenibles son algunas de las áreas clave que requieren atención urgente. Al mismo tiempo, los países buscan implementar iniciativas innovadoras, a pesar de las restricciones que enfrentan.

A. Modelos de cuidados de largo plazo en la subregión

1. Costa Rica¹⁹

El país ha desarrollado un enfoque innovador y comprensivo para el cuidado de las personas mayores, respondiendo al acelerado envejecimiento de su población. Este proceso comenzó a tomar forma a principios del siglo XXI, cuando el país estableció un marco institucional robusto para abordar las necesidades de este grupo demográfico creciente. En el año 2000, Costa Rica dio un paso significativo al crear el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), estableciéndolo como una de las primeras instituciones rectoras de América Latina en materia de envejecimiento y vejez. A esta acción se unió la aprobación de leyes específicas para proteger y apoyar a las personas mayores, abarcando aspectos como vivienda, transporte y otros servicios esenciales.

El corazón de la estrategia costarricense de cuidados de largo plazo es la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral. Esta iniciativa se fundamenta en el fortalecimiento y la promoción de las capacidades a nivel local, mediante la coordinación de los esfuerzos de redes comunitarias. Estas redes las componen varios actores, incluyendo representantes de instituciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, personas mayores y grupos organizados de la comunidad. La gestión de la red puede estar a cargo de entidades tanto públicas como no estatales. En el ámbito público, son los gobiernos locales o municipalidades los que asumen esta responsabilidad.

Por otro lado, en el sector privado, esta función es desempeñada por organizaciones no gubernamentales. Estas últimas deben estar legalmente constituidas como asociaciones sin fines de lucro, cumpliendo con la normativa nacional. Para 2022, la mayor parte de la implementación de la red de cuidado a nivel comunitario estaba en manos del sector privado. Específicamente, el 80% de las organizaciones que desarrollaban esta iniciativa eran entidades privadas, mientras que solo el 20% correspondía a gobiernos locales o municipalidades (Rivera, 2023b).

La implementación se realiza a través de comités de apoyo locales que integran a una amplia gama de actores, desde el gobierno local y las ONG hasta voluntarios, iglesias y empresas privadas. Esta estructura permite generar una respuesta más adaptada y cercana a las necesidades específicas de cada comunidad.

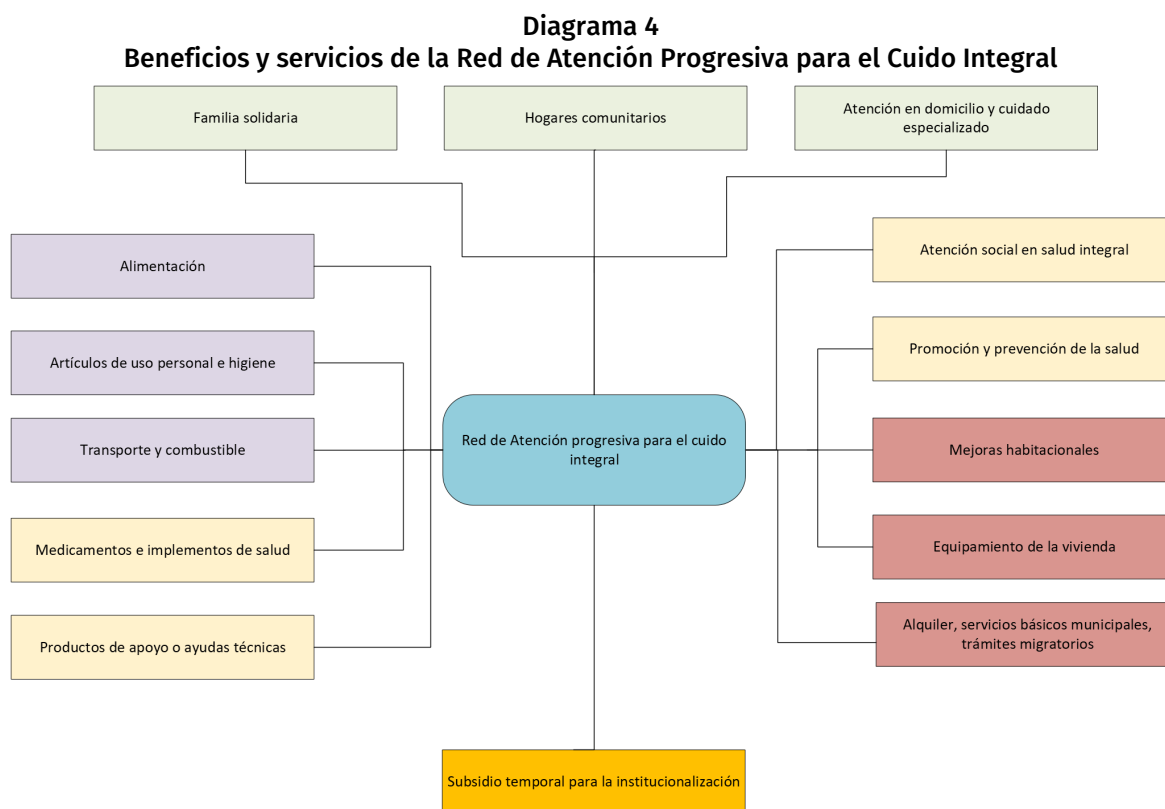
Lo que distingue a este modelo es su enfoque de prevención y centrado en la comunidad. Las alternativas de servicios ofrecidas son diversas y comprensivas. Hay servicios relacionados con la satisfacción de las necesidades elementales de las personas mayores, como la alimentación, la higiene personal y la movilidad. Otros están relacionados con la salud de la persona mayor. También hay una serie de servicios destinados a la tenencia y mantención de la vivienda.

Por otra parte, hay servicios específicos de cuidado para que la persona permanezca en su comunidad, como los hogares comunitarios, las familias solidarias y la atención domiciliar. Dentro del abanico de intervención de las redes hay un beneficio relacionado con la institucionalización de las personas mayores que presentan dependencia, violencia o abandono, y que consiste en el pago de un subsidio para solventar el costo de una

¹⁹ Para desarrollar este apartado se contó con la colaboración de Carlos Medina, del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) de Costa Rica.

institución por el plazo de dos años. Esta variedad de servicios y beneficios permite una atención personalizada según las necesidades de cada individuo (véase el diagrama 4).

El éxito de este enfoque se refleja en su crecimiento. Entre 2011 y 2022, el número de redes de cuidado se duplicó, mientras que la cantidad de beneficiarios aumentó en más de un 600%. Notablemente, la mayoría de los beneficiarios (72%) reciben apoyo a través de la red de cuidado, lo que demuestra la efectividad de este modelo comunitario (Rivera, 2023b). Sin embargo, a pesar de estos logros significativos, la experiencia enfrenta desafíos importantes, como la sobrecarga de trabajo en las redes de cuidado, una cobertura aún insuficiente frente a la creciente demanda, la falta de articulación entre los diferentes programas existentes y limitaciones en la generación de recursos económicos adicionales. Además, se reconoce la necesidad de una evaluación constante para mejorar y adaptar el programa a las necesidades cambiantes de la población (Rivera, 2023a).



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de E. Rivera, "Cuidados en vejez en Costa Rica: experiencias de buenas prácticas", Ciudad de México, presentación realizada en el *Conversatorio sobre experiencias sobre cuidados*, 8 de agosto de 2023a; y E. Rivera, "Políticas de cuidado en la vejez en Costa Rica. Experiencia de buenas prácticas", *Ciudadanía. Revista de Políticas sociales urbanas*, N° 13, 2023b [en línea] <https://revistas.untref.edu.ar/index.php/ciudadanias/article/view/1930>.

Asimismo, Costa Rica ofrece otras dos modalidades de atención, los centros diurnos y hogares, que operan bajo la autorización del Ministerio de Salud y la municipalidad respectiva. Algunas organizaciones buscan certificarse con el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) como organizaciones de bienestar social (OBS), que pueden recibir fondos públicos del CONAPAM para subsidiar la atención de personas mayores en situación de pobreza

extrema. De acuerdo con la información disponible, en el país habría 71 centros diurnos y 73 hogares de ancianos. La distribución por provincia se muestra en el cuadro 6.

Como en otros países, en 2021, Costa Rica presentó la política nacional de cuidados con vigencia hasta 2031. Esta política busca fortalecer la autonomía de las personas y mejorar la coordinación de los servicios de atención para la población dependiente. Su objetivo es abordar la brecha entre la demanda y la oferta de servicios de cuidado, garantizando los derechos de las personas vulnerables y reconociendo la importancia de los cuidadores. La política pretende ordenar los programas estatales y sus prioridades dentro de un sistema nacional de cuidados, enfocándose en las necesidades de las personas dependientes, sus familias y las comunidades que les brindan apoyo. Se estima que esta política afectará a aproximadamente una cuarta parte de la sociedad costarricense (IMAS, 2021).

Cuadro 6
Costa Rica: centros diurnos y hogares de ancianos por provincia, agosto de 2024

Provincia	Centros diurnos	Hogares de ancianos
Alajuela	11	14
Cartago	12	5
Guanacaste	5	7
Heredia	12	7
Limón	1	6
Punta Arenas	5	11
San José	25	23
Total	71	73

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), "Directorio", 2024 [en línea] <https://conapam.go.cr/directorio/>.

En junio de 2022, Costa Rica dio un paso adicional al aprobar la Ley de Creación del Sistema Nacional de Cuidados y Apoyos para Personas Adultas y Personas Adultas Mayores en Situación de Dependencia (SINCA). Con esta ley se busca optimizar los recursos existentes y articular los servicios de atención, tanto públicos como no estatales, para mejorar la calidad de vida de las personas que requieren cuidados y de sus cuidadores. La ley enfatiza que los servicios deben centrarse en la persona y su curso de vida, abarcando diversas modalidades como atención residencial, domiciliaria, asistencia personal y servicios educativos, de salud, recreativos, sociales y psicológicos. Se promueve un modelo que integra la acción del Estado, las comunidades, las familias, las organizaciones sociales y el sector privado, todos contribuyendo como proveedores de servicios y recursos al sistema (Costa Rica, 2022).

En resumen, el enfoque de Costa Rica para el cuidado de largo plazo se distingue por su componente de atención comunitaria, la integración de diversos actores sociales y la búsqueda de alternativas que permitan a las personas mayores mantenerse en sus entornos familiares y comunitarios. Aunque enfrenta desafíos, este modelo ofrece valiosas lecciones para otros países que buscan abordar las necesidades de una población que envejece.

2. Cuba²⁰

Las profundas transformaciones políticas de Cuba en la década de 1960 influyeron decisivamente en la concepción y el tratamiento de temas relacionados con el cuidado de la vida. El proyecto de país, fundamentado en un enfoque centrado en el ser humano, perseguía alcanzar la igualdad mediante la atención a las necesidades básicas de la población. Este principio rector se materializó en la puesta en marcha de políticas sociales con tres características esenciales: la universalidad en su cobertura, la gratuidad en el acceso y su naturaleza eminentemente pública (Fernández y Medina, 2022).

Durante este período se producen transformaciones legislativas o programas nacionales destinados a la atención de grupos de cuidado (Romero y Rodríguez, 2020). La Ley Orgánica Núm. 111, promulgada el 27 de febrero de 1959, estableció un importante precedente en materia de asistencia social en Cuba. Esta ley reconoció la responsabilidad fundamental del gobierno en garantizar el bienestar de los sectores más vulnerables de la sociedad. En concreto, la ley declaró que el Estado tenía la obligación de ocuparse de la prevención, asistencia y rehabilitación de individuos y grupos vulnerables. El objetivo era asegurar que estos pudieran alcanzar y mantener un nivel de vida adecuado. Como consecuencia de esta legislación, todas las cuestiones relacionadas con la asistencia social pasaron a ser competencia exclusiva del Estado (Ramos, Yordi y Proenza, 2023).

Por medio de la Ley Orgánica la Núm. 845 emitida el 8 de julio de 1960, el Ministerio de Bienestar Social tuvo una reestructuración que condujo a que la Dirección de Asistencia Institucional se encargara de la organización, orientación y dirección de los programas de asistencia social de las instituciones destinadas a prestar atención al desvalido que, por una o varias causas, estuviese privado de disfrutar de una vida en el hogar o de algunos de los elementos esenciales para su subsistencia.

Estas instituciones constituyen la modalidad más antigua de atención a las personas mayores, especialmente a las desamparadas y pobres, cuya condición de necesidad debía ser acreditada como requisito para recibir el servicio. El Ministerio de Bienestar Social se disolvió en 1961 y, en ese mismo año, se promulgó la Ley de Salud Pública Núm. 959, a partir de la cual tanto las acciones de organización, administración y dirección como los servicios de protección, fomento y atención de la salud en los hogares de ancianos pasan a formar parte del Ministerio de Salud Pública (Ramos, Yordi y Proenza, 2023).

Más adelante, la Constitución de la República, promulgada en 1976, señaló en su artículo 48 que el Estado protege, mediante la asistencia social, a los ancianos sin recursos ni amparo (República de Cuba, 1976). Dos años antes, el país ya contaba con el primer programa de atención al adulto mayor que, entre sus propósitos fundamentales, contemplaba el desarrollo de la geriatría (Fernández, 2014). En 1983, la ley Núm. 41 de Salud Pública:

“por primera vez incorpora una sección dedicada exclusivamente a la atención a los ancianos, donde se ratifica al Sistema Nacional de Salud como el encargado de brindar atención a los ancianos mediante acciones preventivas, curativas y de rehabilitación de índole biopsicosocial, con el objetivo de lograr una vida activa y creativa en este grupo de edad” (Ramos, Yordi y Proenza, 2023, pág. 5).

²⁰ Para desarrollar este apartado se contó con la colaboración de Alberto Fernández y Caridad Medina, del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) de Cuba.

En 1984 se aprueba el Proyecto de Atención Institucional al Anciano, modalidad de atención para el cuidado a largo plazo y en 1985 se instaura el Programa de Atención al Anciano institucionalizado, que siguió los criterios de enfoque integral de equipo multidisciplinario para realizar una evaluación multidimensional con triple aspecto: biológico, psicológico y social, con elementos de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación (Fernández y Medina, 2022).

En 1988, el Reglamento de la Ley de Salud Pública en su artículo 55 define los hogares de ancianos como “institutos del Sistema Nacional de Salud, [que] brindarán atención médica a los ancianos carentes de amparo familiar o de otras personas que puedan atenderlos, así como prestarán los servicios de albergues, alimentación, vestuario y programas recreativos de laborterapia y sociales” (República de Cuba, 1988, pág. 8), y a las casas de abuelos como “institución del Sistema Nacional de Salud que brindará atención médica y social en régimen diurno a los ancianos con validismo, carentes de amparo familiar o de otras personas que puedan atenderlos, o que teniéndolas éstas se vean limitadas para estar con ellos durante el día” (República de Cuba, 1988, pág. 8). En la misma legislación se establecen requisitos de ingreso a ambas instituciones.

En 1996 comenzó a funcionar el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, con el objetivo de contribuir a elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida de la persona mayor, mediante acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación ejecutadas por el Servicio Nacional de Salud en coordinación con otros organismos y organizaciones del Estado involucradas en esta atención, teniendo como protagonistas a la familia, la comunidad y a la propia persona mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas” (Fernández, 2014, pág. 321). Para desarrollar este trabajo se cuenta en el primer trimestre de 2024 con recursos humanos especializados en la atención de la persona mayor: 371 especialistas en geriatría y gerontología y 149 residentes en formación de la especialidad.

En la actualidad, Cuba cuenta con una sólida red estatal de servicios de cuidados de largo plazo para las personas mayores, sustentado en un marco normativo que garantiza la atención integral a este grupo poblacional y que incluye la modalidad comunitaria e institucional. Los servicios incluyen:

- Círculos de abuelos: Acción grupal que contribuye a la recuperación de las capacidades físicas, la socialización y la autonomía de las personas mayores. Es una experiencia genuinamente cubana acerca de la aplicación de los criterios de promoción de salud en las personas mayores (Fernández y Medina, 2022). Al cierre del primer trimestre de 2024, se contaban con 15.648 círculos de abuelos, con 919.648 participantes, lo que representa el 40 % del total de la población adulta mayor.
- Casas de abuelos: Centros de atención diurna que acogen a personas sin amparo filial o cuyos familiares no pueden atenderlos durante el día. Se ofrecen actividades físicas, recreativas y sociales a personas mayores que no pueden permanecer solas en su hogar durante el día. Existen 303 casas de abuelos para la atención diurna de la población adulta mayor, con una capacidad instalada de 13.868 plazas. El 98,2% de los municipios cuentan con este servicio.

- Asistente social a domicilio: Consiste en pagar los servicios de un o una trabajadora social para brindar atención a personas vulnerables, incluyendo acompañamiento, movilización, gestiones fuera del hogar y otras actividades de cuidado personalizado.
- Hogares de ancianos: Instituciones de larga estadía que brindan alojamiento, alimentación, atención médica y cuidados integrales a personas mayores que requieren apoyo permanente. Hay 158 hogares de ancianos a nivel nacional, con capacidad para 12.644 camas. El 87,4% son estatales y el 12,6% son mixtos que pertenecen a instituciones religiosas u órdenes fraternales, pero reciben aporte estatal.
- Centros Médicos Psicopedagógicos: Instituciones especializadas en la atención a personas mayores con discapacidad severa o profunda, en modalidad de internos o seminternados. Hay 30 centros de este tipo, con capacidad total de 3.374 personas (2.323 en internos y 1.051 en seminterno). El 87,5% de las provincias dispone de este tipo de instituciones.
- Escuelas de cuidadores: La Ley de Salud Pública aprobada en 2023 instituyó que el MINSAP es el organismo encargado de las regulaciones y políticas específicas a cumplir por las personas cuidadoras, y que para brindar cuidados se debe recibir la capacitación en correspondencia con las formas que determine el Sistema. En este marco, el MINSAP ha implementado las escuelas para personas cuidadoras. Al cierre de 2023, el 55,5% de los Policlínicos cuenta con estas escuelas. El 60% de las personas cuidadoras remuneradas certificadas en la comunidad y el 80% de las certificadas en instituciones sociales han accedido a la formación (MINSAP, 2024).

El Ministerio de Salud Pública desde hace más de 10 años ha elaborado normas para regular los servicios de cuidado de largo plazo. Entre ellas, la Resolución Núm. 33/2013 que establece el Reglamento General de Hogares de ancianos, la Resolución Núm. 34/2013 que aborda el Reglamento General de Casas de abuelos. Por su parte, la Resolución Núm. 36/2013 se enfoca en el Reglamento General de Centros médicos psicopedagógicos, destacando la importancia de la atención integral para aquellos con necesidades psicopedagógicas. La Resolución Núm. 217/2014 detalla las enfermedades que requieren condiciones específicas en el hogar para preservar la vitalidad del paciente, reconociendo la importancia de un entorno adecuado para la recuperación y el bienestar.

Por su parte, las Resoluciones Núm. 867/2014 y Núm. 866/2014 establecen los procedimientos para el acceso a las casas de abuelos y hogares de ancianos, así como los requisitos para su certificación, garantizando estándares de calidad en su funcionamiento. La Resolución Núm. 871/2015 promueve la interrelación entre las unidades asistenciales y los hogares de ancianos, casas de abuelos y centros médicos psicopedagógicos, fomentando una colaboración efectiva para mejorar la atención y el apoyo a estos grupos. Por último, la Resolución Núm. 138/2023 establece el procedimiento para el funcionamiento de las escuelas para las personas cuidadoras en el sistema nacional de salud. El Ministerio también ha flexibilizado los criterios de ingreso a los hogares de ancianos y a las casas de abuelos y están en proceso el reglamento de instituciones de orden fraternal o religiosas y la resolución para residencias diurnas y permanentes por gestión no estatal.

Por otra parte, en 2023, el Consejo de Ministros aprobó el Sistema Nacional para el Cuidado Integral de la Vida en Cuba, que se define como instrumento de gobierno acerca de la visión estratégica de los cuidados, implementado sobre la base de un modelo de gobernanza que facilite la coherencia y coordinación entre políticas, programas, y acciones, así como la articulación entre ministerios y actores (coordinación horizontal), desde los niveles nacionales hasta los niveles locales (coordinación vertical). El 15 de octubre de 2024, se publicó en la Gaceta Oficial el Decreto 109/2024 “Sistema Nacional para el Cuidado Integral de la Vida” (Ministerio de Justicia, 2024).

Este sistema, sustentado en un amplio marco legal y programático, se organiza en una red de servicios estatales y no estatales. Entre su mecanismo de gestión institucional incorpora a representantes de organizaciones políticas, de masas, asociaciones de personas con discapacidad y otros actores relevantes en los grupos municipales, para promover el desarrollo de nuevas intervenciones comunitarias y evaluar el funcionamiento de los servicios. Su mecanismo de implementación, monitoreo y evaluación incluye la elaboración de un plan quinquenal de implementación, un sistema de monitoreo anual basado en indicadores y una evaluación quinquenal que examina aspectos como la oferta y calidad de los servicios, la capacitación del personal, el efecto de la comunicación y el gasto por tipo de servicio y población beneficiaria.

En este sistema, el Estado cubano nuevamente ha puesto énfasis en la población adulta mayor, sin descuidar a otros grupos sociales. Ello obedece, entre otras razones, al envejecimiento de la población, la extensión de la longevidad y la previsión de la disminución de la población en edad de trabajar en las próximas décadas. Esto es particularmente importante para el funcionamiento de la economía y la retención en el empleo de las mujeres en edad de trabajar, puesto que la mayor parte de la población que sale del mercado de trabajo para asumir funciones de cuidado es femenina. Según datos de la Encuesta Nacional sobre Igualdad de Género de 2016, de 19.189 personas entrevistadas, 964 declararon que tuvieron que abandonar el trabajo o el estudio para cuidar, el 83,2% fueron mujeres y el 43% de ellas era trabajadora remunerada. Entre una de las causas del abandono del trabajo se encuentra el cuidado de personas de 60 años y más (30,5%) (Palmero, 2021).

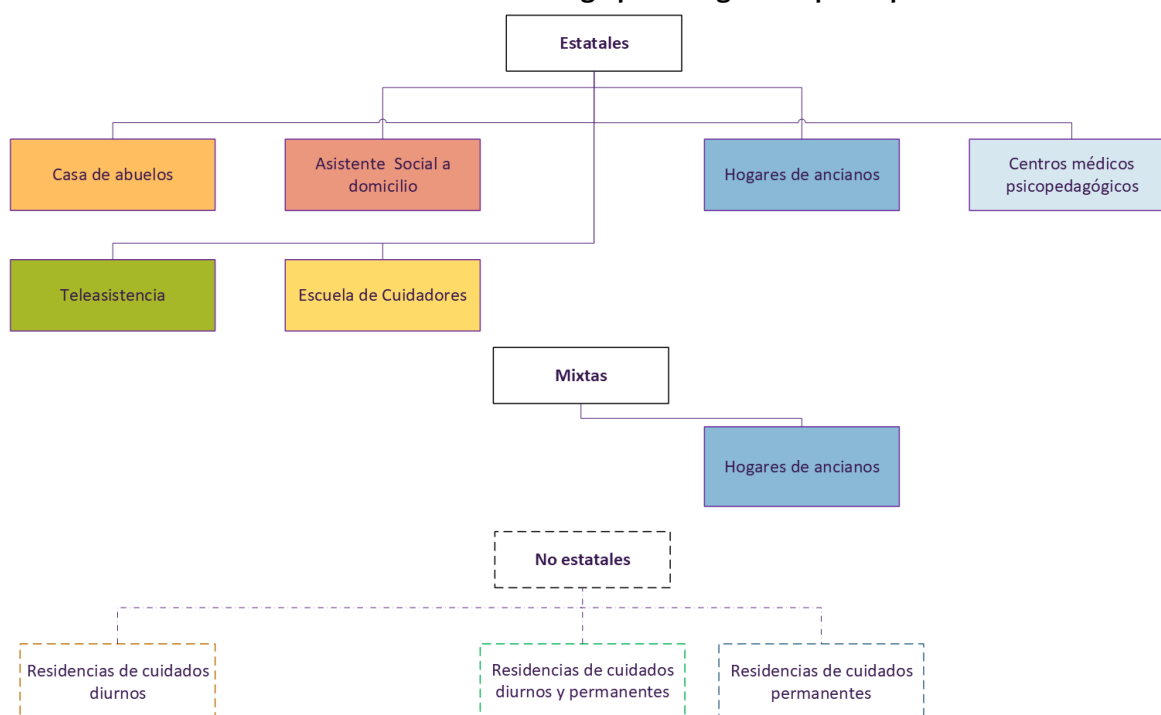
El Sistema Nacional para el Cuidado Integral de la Vida fortalece los servicios existentes para las personas mayores e incorpora otros como el desarrollo de servicios de teleasistencia. Por su parte, el Ministerio de Salud Pública, atendiendo a las necesidades que enfrenta un país muy envejecido, incorporará nuevos prestadores para el cuidado de las personas mayores por medio de la constitución de instituciones no estatales para el cuidado de las personas en situación de dependencia (residencias de cuidados diurnos, residencias de cuidados permanentes, y residencias de cuidados diurnos y permanentes), como complemento a los servicios de cuidados que se brindan por el Estado.

La contribución del sector no estatal de cuidados permitiría ampliar la cobertura de los servicios y generar empleo, siendo uno de los principales desafíos en este tema garantizar la calidad y accesibilidad de estos servicios, manteniendo los principios de igualdad y universalidad del sistema de bienestar social cubano. El Estado cubano tendrá la responsabilidad de desarrollar mecanismos de regulación, supervisión y acreditación efectivos para asegurar que los servicios no estatales cumplan con estándares de calidad y no discriminen por capacidad de pago. Otro desafío sería la coordinación y articulación entre los servicios estatales y no estatales, para evitar duplicidades, fragmentación y falta

de continuidad en la atención. Sin embargo, la larga experiencia en cuidados de largo plazo en el país augura un buen desempeño de estas actividades por la versatilidad de sus instituciones para adaptarse a los cambios.

En definitiva, el modelo de cuidados de largo plazo en Cuba mantiene una fuerte impronta pública con la oferta de servicios estatales, con servicios centrados en la comunidad (Círculos de abuelos, Casa de abuelos, Asistente Social a domicilio y Teleasistencia), e instituciones de cuidado de largo plazo permanente dedicadas a la atención de personas con dependencia o discapacidad que no pueden valerse por sí mismas. Mientras que, la formación especializada, a través de las escuelas de cuidadores, indica el esfuerzo del gobierno cubano por profesionalizar y mejorar la calidad de los servicios ofrecidos (véase el diagrama 5).

Diagrama 5
Cuba: servicios de cuidados de largo plazo según el tipo de prestador



Fuente: Elaboración propia.

Nota: Las líneas punteadas indican que los servicios de cuidado están en proceso de desarrollo.

3. República Dominicana²¹

En la República Dominicana, el cuidado de las personas mayores ha experimentado importantes avances en las últimas décadas, gracias en gran parte al rol rector asumido por el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE). Esta institución, creada mediante la Ley 352-98 sobre Protección a la Persona Envejeciente, tiene la responsabilidad de diseñar, ejecutar e implementar las políticas nacionales dirigidas a garantizar los derechos y el

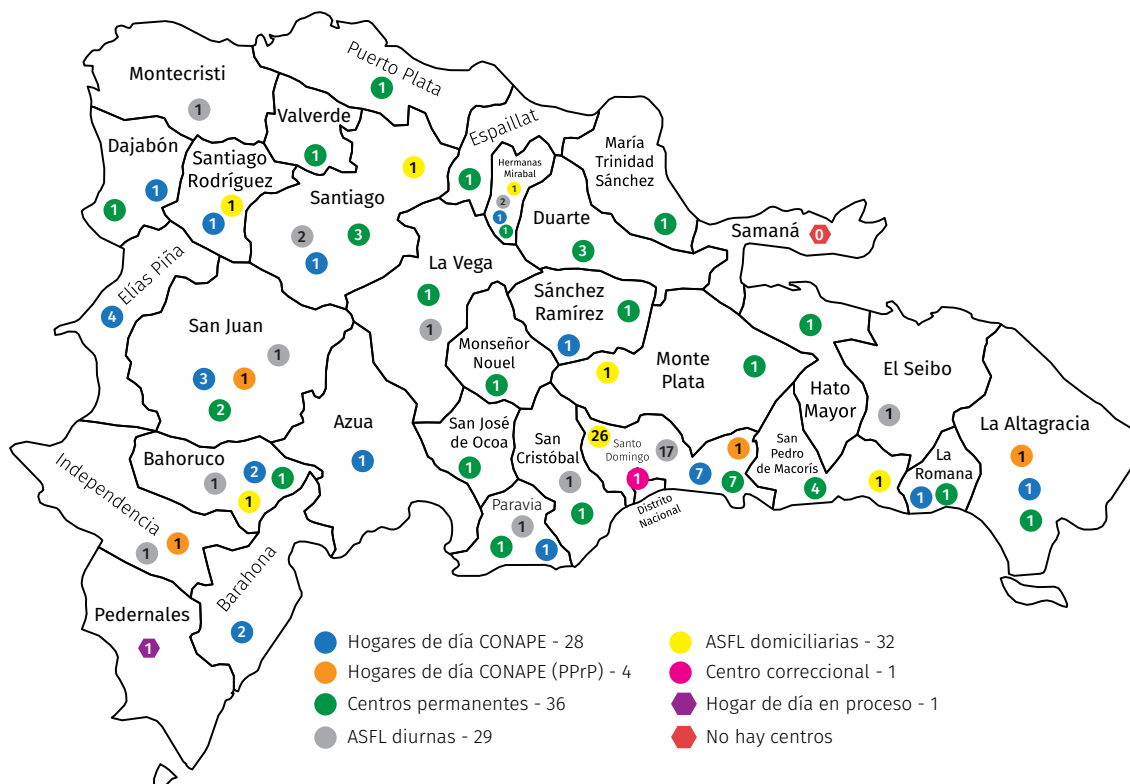
²¹ Este apartado se desarrolló gracias a la colaboración de Natalia Gómez, Diana Mejías y Yissel Alcántara, del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE) de la República Dominicana.

bienestar de las personas mayores de 65 años, o de 60 años si presentan condiciones de salud que requieran protección social (República Dominicana, 1998).

El CONAPE ejerce sus funciones a través de la coordinación y asesoría a organizaciones públicas y privadas, el desarrollo de programas educativos, preventivos y de capacitación, y la fiscalización y supervisión de los centros de atención a las personas mayores. Para cumplir con este mandato, la institución ha desarrollado una amplia red de servicios que incluye 110 asociaciones sin fines de lucro (ASFL) acreditadas, 35 hogares de día dependientes del CONAPE y 7 centros privados acreditados (véase el mapa 1).

Estos servicios tienen presencia en casi todas las provincias del país, a excepción de Samaná donde se implementa el programa de cuidado comunitario “Familias de Cariño”, que atiende a personas mayores con dependencia moderada o severa en sus propios hogares. Este programa otorga un incentivo salarial a los cuidadores, sean familiares, miembros de la comunidad o cuidadores particulares. Esta iniciativa ha tenido un impacto positivo en el mantenimiento de las capacidades de las personas mayores y en el reconocimiento y valorización del trabajo de los cuidadores no regularizados.

Mapa 1
República Dominicana: servicios de cuidado de largo plazo, febrero de 2023



Fuente: Elaboración propia, sobre la base a N. Gómez, N. Mejías y Y. Alcántara, “Desafíos legales y administrativos en la gestión no estatal del cuidado de las personas mayores en la República Dominicana”, *Taller Intercambio sobre Desafíos Legales y Administrativos en la Gestión*, Ciudad de México, 2024.

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

La acreditación y supervisión por parte del CONAPE es un requisito indispensable para todas las entidades que ofrecen servicios de atención a las personas mayores, sean estas públicas, privadas o mixtas. Las residencias públicas son las gestionadas por el Estado, aunque actualmente no existen en el país. Las residencias privadas pertenecen al sector privado y requieren el pago de los usuarios por los servicios prestados. Por su parte, las residencias mixtas son gestionadas por Asociaciones sin Fines de Lucro (ASFL) que reciben una subvención del Estado y el ingreso de las personas mayores puede darse por derivación del CONAPE o por pago privado (Gómez, Mejías y Alcántara, 2024).

Independientemente de su naturaleza, todas las residencias deben ofrecer alojamiento, atención médica y de enfermería, asistencia en las actividades de la vida diaria, actividades recreativas y sociales, alimentación adecuada y terapia ocupacional. Las residencias mixtas también pueden ofrecer servicios de rehabilitación. En el caso de las residencias privadas, se pueden brindar servicios adicionales como habitaciones individuales, suministro de medicamentos, realización de laboratorios y consultas con especialistas, entre otros.

Para garantizar la calidad de la atención, el CONAPE ha desarrollado una serie de normativas y estándares que evalúan aspectos como la infraestructura, los servicios y la dotación de personal. La acreditación se otorga con una vigencia de 1 a 5 años, según el puntaje obtenido en la evaluación. Además, se han establecido ratios de personal por residente según su nivel de dependencia, que establecen un cuidador por cada 5 personas mayores con dependencia moderada a severa y 1 por cada 10 con dependencia leve.

En los últimos años, el CONAPE ha realizado importantes inversiones para mejorar la infraestructura de los centros de atención. A través de un programa de remozamiento y construcción de hogares, se han implementado mejoras como estructuras físicas seguras, baños adaptados, accesorios de seguridad, áreas de terapia y talleres, y espacios para la recreación y el esparcimiento. La División de Ingeniería de la institución ha desarrollado cinco modelos de diseño de hogares que contemplan la seguridad y comodidad de los residentes, reduciendo las barreras físicas (Gómez, Mejías y Alcántara, 2024).

En cuanto a los recursos humanos, las residencias cuentan con equipos multidisciplinarios que incluyen médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, cuidadores, terapeutas ocupacionales, fisiatras y personal administrativo y de apoyo. El CONAPE ofrece capacitaciones continuas para garantizar la actualización y mejora de las competencias del personal.

La gestión de las residencias se basa en un sistema de atención integral que permite dar seguimiento detallado a la condición de salud de cada residente, incluyendo un expediente para medir su nivel de dependencia. Recientemente se han implementado nuevas herramientas como el Comité Institucional de Calidad, los Acuerdos de Desempeño, los Planes de Atención Individualizada y los Protocolos con enfoque de género y atención centrada en la persona.

Un aspecto fundamental en la atención a las personas mayores es el respeto a sus derechos fundamentales, que incluyen el derecho a la vida, la dignidad, la igualdad, la integridad personal, el libre tránsito, la intimidad y el honor personal. Los residentes de las instituciones de cuidado tienen derecho a circular libremente dentro y fuera de la residencia, a recibir visitas de familiares y amigos, a otorgar su consentimiento informado para procedimientos médicos y a tomar decisiones sobre su vida de manera autónoma.

El CONAPE también promueve el involucramiento de la familia en el cuidado de la persona mayor residente, facilitando la comunicación y las visitas periódicas. Se reconoce que la responsabilidad del cuidado no debe recaer únicamente en la residencia, sino que la familia debe mantener un papel activo y comprometido. En las residencias mixtas, el CONAPE ofrece apoyo emocional y psicológico a las familias cuando es requerido.

A pesar de los avances logrados, el país aún enfrenta importantes desafíos en la atención a las personas mayores. Uno de ellos es lograr la acreditación de un mayor número de centros privados, para ampliar la cobertura y garantizar la calidad de los servicios. También se requiere avanzar hacia esquemas sociosanitarios integrados que permitan una atención más coordinada y eficiente. Otro reto es aumentar los servicios que permitan la permanencia de la persona mayor en su hogar y en su comunidad, como la atención domiciliaria, los centros de día y los programas de apoyo a los cuidadores familiares. Esto requiere el desarrollo de una política integral de cuidados, que articule los esfuerzos de diferentes sectores y actores sociales.

Otro desafío es integrar la perspectiva de género en las políticas de envejecimiento y cuidados. Se reconoce que las mujeres enfrentan mayores riesgos y vulnerabilidades en la vejez, debido a factores como la mayor esperanza de vida, la menor participación en el mercado laboral formal y el rol tradicional de cuidadoras que asumen a lo largo de su vida. Por lo tanto, se requieren acciones específicas para promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres mayores (Gómez, Mejías y Alcántara, 2024).

Por otra parte, con la estrategia piloto “Comunidades de Cuidado”, impulsada por el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD), se busca avanzar y unificar los esfuerzos públicos, comunitarios y privados para construir un Sistema Nacional de Cuidados. Se proyecta que, al cubrir la demanda de cuidados en los grupos más vulnerables, se podrían generar más de 118.000 empleos, incluyendo 67.740 empleos directos en servicios de cuidados (MEPyD, 2021).

Para lograr estos objetivos, se requiere una articulación intersectorial efectiva que involucre a instituciones como el Ministerio de Salud, el Ministerio de Trabajo, el Sistema Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (INAIFI), el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (CONANI), entre otros. También es necesario asegurar estrategias de financiamiento sostenibles a corto y mediano plazo (Gobierno de la República Dominicana, 2023).

En conclusión, la República Dominicana ha logrado importantes avances en los cuidados de largo plazo de las personas mayores, gracias al liderazgo del CONAPE y al desarrollo de una red de servicios. Se han establecido normativas y estándares de calidad, se ha mejorado la infraestructura y se ha capacitado al personal para brindar una atención integral y centrada en la persona. El país está reconociendo cada vez más la importancia de los cuidados para el bienestar social y el desarrollo económico, por lo que requiere un compromiso sostenido de todos los actores involucrados para garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las personas mayores y construir una sociedad más justa y solidaria para todas las edades.

4. Lecciones de las experiencias documentadas

El análisis de los modelos de cuidados de largo plazo implementados en Costa Rica, Cuba y la República Dominicana revela estrategias diversas, pero con objetivos comunes:

atender las necesidades de una población que envejece y garantizar el bienestar de las personas mayores. Cada país ha desarrollado un modelo que responde a su contexto socioeconómico y político particular, ofreciendo lecciones valiosas para la subregión.

Costa Rica se destaca por la puesta en marcha de un enfoque innovador centrado en la comunidad, que complementa la atención diurna y residencial de modalidad institucionalizada. El corazón de su estrategia es la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral, que se fundamenta en el fortalecimiento de las capacidades locales y la coordinación de esfuerzos comunitarios. Este modelo tiene la ventaja de ofrecer una atención más personalizada y cercana a las necesidades específicas de cada comunidad. La diversidad de servicios ofrecidos, desde la satisfacción de necesidades más elementales hasta opciones de cuidado que permiten a las personas mayores permanecer en su entorno familiar, demuestra su flexibilidad.

Una fortaleza del modelo costarricense es su énfasis en la prevención y en mantener a las personas mayores integradas en sus comunidades. Esto no solo mejora la calidad de vida de los beneficiarios, sino que también puede resultar más costo-efectivo a largo plazo al retrasar o evitar la institucionalización. El crecimiento significativo de las redes de cuidado y el número de beneficiarios en la última década es un indicador del éxito y la aceptación de esta modalidad de atención.

Cuba presenta un modelo de servicios de cuidados ofrecidos por el Estado, respaldado por un sólido marco normativo, una larga trayectoria en la atención integral a las personas mayores y la coordinación intersectorial en los cuidados. La ventaja principal de este modelo es su alcance universal y gratuito, garantizando que todas las personas mayores, independientemente de su situación económica, tengan acceso a servicios de cuidado.

El modelo cubano se distingue por su amplia gama de servicios, que van desde los Círculos de Abuelos, que promueven la socialización y la autonomía, hasta instituciones especializadas para personas con discapacidades severas. Se trata de un modelo progresivo que facilita la continuidad de los cuidados de acuerdo con las necesidades que experimentan las personas mayores. La reciente implementación de las escuelas de cuidadores demuestra el compromiso del país con la profesionalización y mejora continua de la calidad de los cuidados ofrecidos.

Una ventaja significativa del modelo cubano es su integración con el sistema de salud pública, lo que facilita una atención más coordinada y holística, incluyendo los cuidados paliativos. Además, el Sistema Nacional para el Cuidado Integral de la Vida sugiere una visión estratégica a largo plazo, que busca articular esfuerzos entre diversos actores y niveles de gobierno.

La República Dominicana, por su parte, presenta un modelo en transición con el que se busca un mayor protagonismo gubernamental en la provisión y regulación de los cuidados de largo plazo. El papel rector del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE) ha sido fundamental en el desarrollo de normativas, estándares de calidad y en la supervisión de los centros de atención.

Una característica del modelo dominicano es su flexibilidad al incorporar prestadores públicos, privados y mixtos. El sistema de acreditación y supervisión implementado por el CONAPE contribuye a garantizar la calidad de los servicios ofrecidos por los distintos prestadores, independiente de su naturaleza. El énfasis en la mejora de la infraestructura y en la capacitación continua del personal demuestra un compromiso

con la calidad de la atención. Además, la iniciativa “Comunidades de Cuidado” sugiere un movimiento hacia un enfoque más comunitario, similar al modelo costarricense.

En conclusión, cada país presenta fortalezas únicas en sus modelos de cuidados de largo plazo. Costa Rica se destaca por su modelo comunitario y preventivo que complementa la atención institucional, Cuba por su sistema universal y estatal con un enfoque de progresividad a través de distintas modalidades de atención y la República Dominicana por su enfoque regulatorio y su transición hacia un sistema más integral, con una inversión pública en la creación de centros diurnos.

Otro aspecto clave en la atención de largo plazo en la República Dominicana y en Costa Rica es que una buena parte de los prestadores de los servicios de cuidados son de carácter no estatal o mixto. Esta forma de proveer los cuidados de largo plazo es parecida a lo que ocurre en otros países de la región donde la concentración en proveedores privados con o sin fines de lucro es la regla, lo cual requiere una reflexión particular pero que excede este documento. En tal sentido, la experiencia europea ha mostrado que “la participación de proveedores privados con fines de lucro y sin fines de lucro en la prestación de servicios de bienestar puede ser indicativo del tránsito hacia modo de prestación de servicios más orientado al mercado” (Hjelmar y otros, 2018, pág. 2).

Por otra parte, a diferencia de Europa, donde los servicios de cuidado de largo plazo suelen ser financiados con impuestos y con seguros de salud, en Cuba y la República Dominicana los cuidados de largo plazo forman parte de la asistencia social financiada a través de impuestos y en Costa Rica una mezcla del seguro social y los impuestos (Addati y otros, 2022). Cuando esto ocurre, los cuidados de largo plazo, especialmente la atención residencial enfrenta varias limitaciones. Usualmente tiende a ser selectivo, lo que resulta en una cobertura limitada, y es vulnerable a recortes presupuestarios y fluctuaciones económicas, lo que afecta la calidad y continuidad de la atención. Estas limitaciones sugieren la necesidad de un enfoque sostenible para el financiamiento de los cuidados de largo plazo, sobre todo en un escenario de rápido envejecimiento.

Por último, otro reto para los cuidados de largo plazo en estos tres países, al igual que ocurre en otras latitudes de la región, es la constitución de sistemas nacionales de cuidados que incluyen no solo a las personas mayores, sino también a todos aquellos grupos que requieren ayuda de otros, como las personas con discapacidad, y las y los niños. La idea general de estos sistemas es articular la gestión de los cuidados, sin embargo, esta integración también conlleva preocupación para los cuidados de largo plazo. Uno de ellos es el soslayar el quehacer de las instituciones gubernamentales que tienen años de experiencia en cuidados de largo plazo.

Integrar todos los grupos de cuidados en un solo sistema suele llevar a privilegiar las necesidades de unos en desmedro de otros. Hay grupos de cuidado que suelen tener una mayor legitimidad, como ocurre con las y los niños, por lo que las intervenciones dirigidas a este segmento de la población suelen competir con aquellas ofrecidas a otros grupos de población en un escenario de escasez de recursos. Por ello, es fundamental ampliar el debate y la acción de los cuidados de largo plazo para que tengan la visibilidad que requieren en los sistemas nacionales de cuidado. Esto debe ser así no solo en los países envejecidos, sino también en aquellos que están en transición.

B. Necesidades y desafíos de los cuidados de largo plazo en la subregión

El envejecimiento poblacional y la extensión de la longevidad están generando nuevos retos en la subregión, especialmente en lo que respecta a los cuidados de largo plazo. Con el propósito de comprender mejor esta situación, se consultó a varios especialistas de Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá y la República Dominicana para recoger sus experiencias y perspectivas. A través de un cuestionario detallado, estos expertos compartieron sus visiones sobre las necesidades existentes, la capacidad de respuesta actual, los elementos clave para diseñar políticas efectivas, el papel de los diferentes actores sociales y las iniciativas innovadoras en sus respectivos países.

1. Las necesidades de los cuidados de largo plazo

Al analizar las respuestas de los especialistas, se hace evidente que las necesidades asociadas al envejecimiento y los cuidados de largo plazo son multifacéticas y requieren un enfoque integral (véase el diagrama 6). Uno de los temas más recurrentes es el limitado acceso a servicios especializados de calidad para las personas mayores. En las entrevistas se señala la urgencia de contar con servicios que consideren la diversidad de esta población, abarcando aspectos como el género, la etnia, la edad, el área de procedencia y las condiciones de discapacidad.



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de consulta a expertos en cuidados de largo plazo de ocho países de la subregión.

Esta carencia de servicios especializados se ve agravada por la falta de conocimiento y profesionalización en el ámbito de los cuidados de largo plazo. Los especialistas identifican un desconocimiento generalizado sobre estos cuidados, tanto entre los cuidadores como en la sociedad en general. La ausencia de espacios de capacitación y la falta de implementación de protocolos de atención específicos contribuyen a esta brecha de conocimiento, afectando directamente la calidad de los cuidados proporcionados.

Otro obstáculo significativo mencionado por los entrevistados es la insuficiencia presupuestaria. Las instituciones vinculadas a la atención de cuidados carecen de recursos suficientes para fortalecer acciones inclusivas en favor de comunidades y familias, lo que repercute directamente en la calidad y alcance de los servicios ofrecidos.

Los cambios demográficos y migratorios también están contribuyendo a la complejidad de la situación. Las estructuras familiares más pequeñas y la migración de la población joven reducen la disponibilidad de cuidadores familiares, aumentando la presión sobre los sistemas de cuidado formales, que en muchos casos ya están sobrecargados o son inexistentes.

En el ámbito de la salud, los especialistas identifican el reforzamiento de la prevención y el manejo de enfermedades crónico-degenerativas desde edades tempranas como un reto crucial. La escasez de servicios de salud públicos y gratuitos, la insuficiencia de medicamentos y la comunicación inefectiva entre el personal de salud y las personas usuarias contribuyen a agravar este problema, lo que a futuro puede remitir a una población de edad avanzada que requiera cuidados intensivos.

2. La capacidad de respuesta frente a la demanda de cuidados de largo plazo

Frente a estas necesidades crecientes, la capacidad de respuesta de los países de la subregión se revela, en general, como insuficiente. La mayoría de los países enfrentan dificultades significativas para atender la demanda de cuidados de largo plazo. Esta insuficiencia se debe a una compleja interacción de factores políticos, económicos y sociales.

En primer lugar, los especialistas señalan una clara falta de políticas públicas integrales y efectivas. Aunque algunos países cuentan con herramientas legales y experiencias piloto, existe una brecha significativa entre estas iniciativas aisladas y una política nacional coherente y comprensiva. Varios entrevistados mencionan la ausencia de un marco legal y político que priorice las necesidades de las personas mayores en áreas clave para los cuidados de largo plazo, tales como la seguridad económica, la salud y el bienestar, y los entornos adecuados.

Esta falta de políticas integrales se refleja en la sobrecarga que experimentan las familias. En varios países, la responsabilidad del cuidado recae principalmente en el núcleo familiar, que a menudo carece de los recursos y conocimientos necesarios para proporcionar una atención adecuada. La escasez de residencias de larga estadía y la falta de servicios de cuidados domiciliarios, tanto en el sector público como en el privado, agravan esta situación.

Otro factor que contribuye a la insuficiente capacidad de respuesta es la ausencia de un enfoque intersectorial y de curso de vida en la planificación y ejecución de los cuidados en general. Algunos países están trabajando en la creación de sistemas

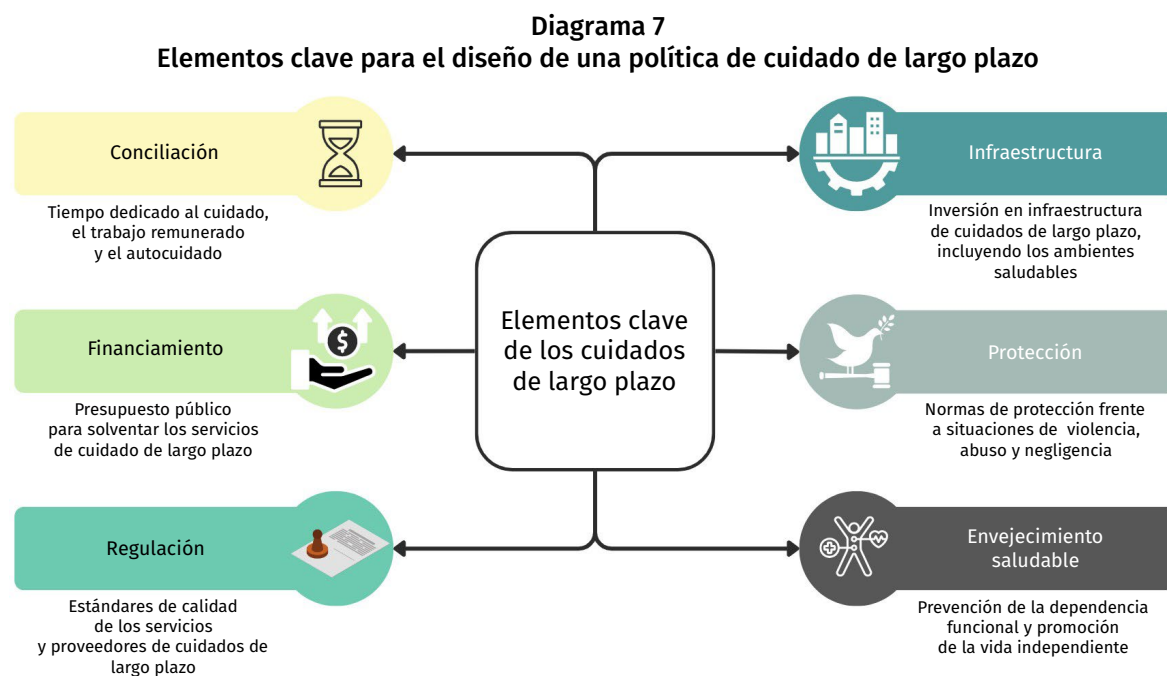
nacionales de cuidado, pero la falta de claridad en las responsabilidades institucionales y la coordinación entre diferentes actores limita la efectividad de estas iniciativas.

Los especialistas también señalan la escasez de conciencia social sobre la importancia de los cuidados de largo plazo y la necesidad de una distribución más equitativa de estas responsabilidades. La persistencia de roles de género tradicionales en el cuidado y la falta de reconocimiento y remuneración adecuada para los trabajadores del cuidado son problemas mencionados por varios entrevistados.

3. Elementos clave para el diseño de una política de cuidado de largo plazo

Ante este panorama de necesidades crecientes y capacidad de respuesta limitada, los especialistas identifican varios elementos cruciales que deberían incorporarse en el diseño de políticas de cuidado de largo plazo efectivas (véase el diagrama 7). Uno de los elementos más frecuentemente mencionados es el apoyo para equilibrar el tiempo dedicado al cuidado, el trabajo remunerado y el autocuidado.

Los entrevistados enfatizan que una política efectiva debe reconocer la carga que supone el cuidado de las personas mayores y proporcionar mecanismos que permitan a los cuidadores mantener su vida laboral y personal sin comprometer la calidad del cuidado que brindan. Esto se relaciona estrechamente con la necesidad de promover políticas de conciliación laboral y familiar, que pueden ayudar a reducir el estrés de los cuidadores, mejorar su calidad de vida y, por extensión, la calidad de los cuidados que proporcionan.



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de consulta a expertos en cuidados de largo plazo de ocho países de la subregión.

Otro elemento clave identificado es el acceso a recursos financieros por parte de quienes requieren cuidado de largo plazo. Los especialistas subrayan que este aspecto es crucial para asegurar que las personas que necesitan cuidados puedan acceder a servicios de calidad sin enfrentar dificultades económicas insuperables. En una política bien diseñada, según los entrevistados, se deben considerar mecanismos de financiamiento que hagan accesibles los cuidados de largo plazo para todos los sectores de la población.

El fortalecimiento de la regulación de los servicios de cuidado de largo plazo es otro elemento que los especialistas consideran fundamental. Esta regulación es crucial para garantizar estándares básicos de calidad en la prestación de servicios, proteger los derechos de las personas que reciben cuidados y establecer un marco normativo claro para los proveedores de servicios. Los entrevistados señalan que una regulación efectiva puede ayudar a prevenir abusos, mejorar la transparencia y fomentar la confianza en el sistema de cuidados de largo plazo.

La mejora de la infraestructura de cuidados también se identifica como una prioridad. Esto podría implicar la construcción o renovación de instalaciones de cuidado, la implementación de tecnologías de asistencia, o la creación de espacios comunitarios adaptados para el cuidado. Los especialistas argumentan que una mejor infraestructura puede contribuir significativamente a la calidad y eficiencia de los servicios de cuidado de largo plazo.

Un aspecto que los entrevistados consideran que no puede ser ignorado en el diseño de una política de cuidados de largo plazo es la implementación de sanciones legales para las instituciones que vulneren los derechos de las personas atendidas. Este elemento es central para garantizar la calidad de los servicios y proteger a las personas mayores y dependientes de posibles abusos o negligencias.

Aunque menos mencionado en las respuestas, pero no menos importante según los especialistas, es la necesidad de un enfoque integral que considere la prevención, la promoción de la vida independiente y la atención a las necesidades cambiantes de las personas a lo largo del tiempo. Los entrevistados señalan que una política efectiva debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a las diferentes etapas y grados de dependencia que pueden presentarse en el cuidado de largo plazo.

Estos elementos no son mutuamente excluyentes sino que están interrelacionados. Por ejemplo, la profesionalización del personal de cuidados está estrechamente vinculada con la regulación de los servicios, ya que establecer estándares de formación y certificación sería parte de un marco regulatorio robusto. De igual forma, las políticas de conciliación laboral y familiar pueden verse como parte de un enfoque más amplio para profesionalizar y valorizar el trabajo de cuidados.

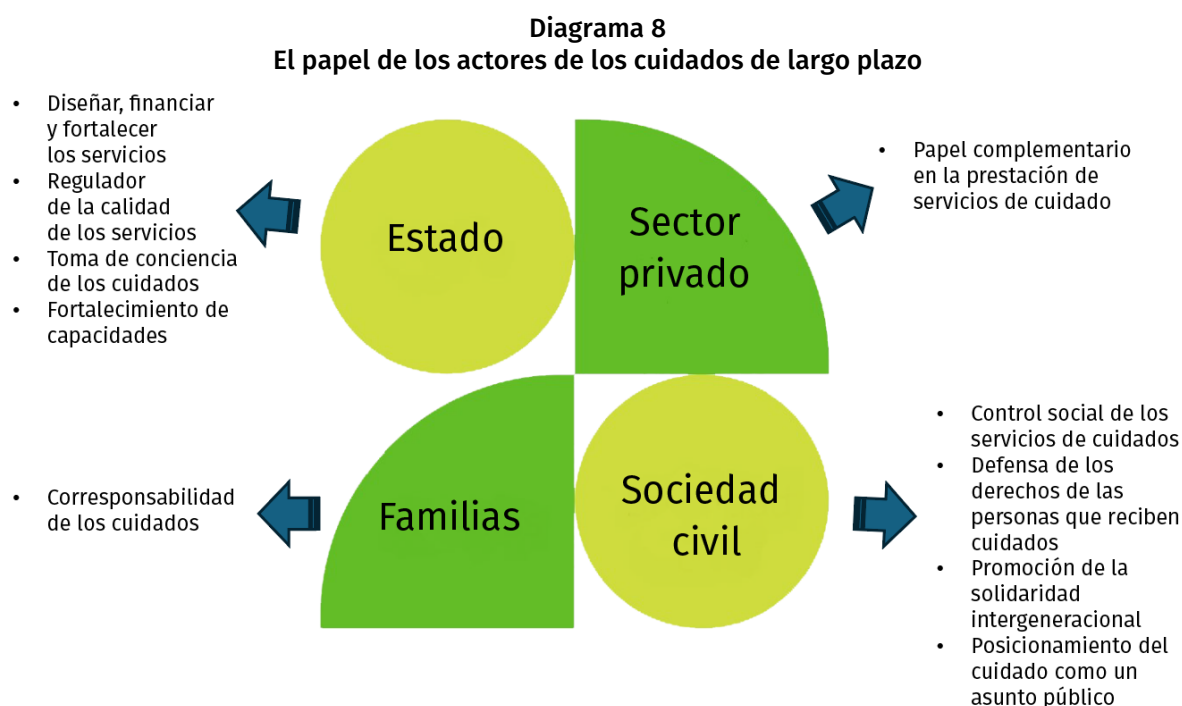
4. El papel de los diferentes actores en los cuidados de largo plazo

Los especialistas consultados coinciden en que el fortalecimiento de los cuidados de largo plazo requiere la participación coordinada de diversos actores sociales. Sus respuestas enfatizan la necesidad de un enfoque integral y colaborativo entre el Estado, la sociedad civil, el sector privado y las familias (véase el diagrama 8). El papel del Estado emerge como fundamental y multidimensional en las respuestas de los entrevistados. En cambio, el sector privado es visto solo como un complemento en la provisión de servicios de cuidado de largo plazo. Al Estado se le atribuye la responsabilidad primaria de diseñar, financiar y

fortalecer una serie de servicios para los cuidados a largo plazo, tanto en comunidad como en residencias.

Los especialistas enfatizan que esto debe incluir la creación de políticas públicas integrales que aborden el envejecimiento y los cuidados desde una perspectiva de derechos humanos. Además, subrayan la necesidad de que el Estado asuma un rol de liderazgo en la coordinación de los diferentes escenarios de cuidado, actuando como ente regulador para garantizar la calidad de los servicios proporcionados tanto por instituciones públicas como privadas.

Los entrevistados también destacan la importancia de que el Estado promueva la conciencia sobre la transición demográfica y fomente un enfoque de envejecimiento saludable desde edades tempranas. Sugieren que esto podría lograrse mediante la integración de contenidos específicos en el currículo escolar y académico, preparando así a la sociedad en su conjunto para los desafíos del envejecimiento y los cuidados.



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de consulta a expertos en cuidados de largo plazo de ocho países de la subregión.

En cuanto a la sociedad civil, los especialistas la perciben como un actor clave en la vigilancia y demanda de derechos. Esperan que las organizaciones de la sociedad civil monitoreen activamente las políticas de cuidado de largo plazo, denuncien casos de vulneración de derechos y presionen a las autoridades para corregir deficiencias y sancionar a los responsables. También mencionan el papel crucial de la sociedad civil en la promoción de la empatía y la solidaridad, fomentando valores éticos y morales de igualdad y justicia social.

Las familias son reconocidas como actores fundamentales en el cuidado directo y en la garantía de la calidad de vida de las personas mayores. Identifican la necesidad de capacitar a las familias para que puedan colaborar efectivamente con los profesionales en la prestación de servicios de calidad. También destacan el papel de las familias en la preservación de valores de solidaridad y en la provisión de un cuidado basado en el afecto y el respeto.

Un tema recurrente en las respuestas de los entrevistados es la necesidad de articulación y coordinación entre todos estos actores. Sugieren que el funcionamiento coherente es crucial para crear oportunidades de acceso y servicios que se adapten a las preferencias y posibilidades de cada persona mayor. La descentralización de servicios y la participación de los gobiernos locales se mencionan como estrategias para lograr una mayor proximidad con la población.

5. Iniciativas innovadoras que abordan los desafíos de los cuidados de largo plazo

Pese a los desafíos mencionados, los especialistas destacan la existencia de iniciativas innovadoras en varios países de la subregión que abordan los retos de los cuidados de largo plazo. En el ámbito legislativo, por ejemplo, se mencionan avances significativos. En Cuba, el nuevo Código de las Familias incluye una sección específica sobre los derechos y deberes de los cuidadores familiares, así como incentivos sucesorios para aquellos que asumen responsabilidades de cuidado. Los entrevistados señalan que esta iniciativa legislativa tiene una trascendencia práctica importante, ya que reconoce y valora el papel fundamental de los cuidadores familiares.

La capacitación y profesionalización de los cuidadores es otra área donde se han desarrollado iniciativas innovadoras. Los especialistas mencionan, por ejemplo, el trabajo realizado en México en colaboración con el gobierno de Japón, a través de la Agencia Japonesa de Cooperación (JICA), en el proyecto “Cuidado integral comunitario para las personas mayores en México”. Este proyecto ha resultado en cursos de capacitación enfocados en la profesionalización del cuidado e intervenciones terapéuticas no farmacológicas para personas mayores.

En el campo de la investigación y la academia, los entrevistados destacan iniciativas como la existencia de centros especializados de investigación sobre envejecimiento y salud física y mental, como el Instituto de Investigaciones Científicas y Servicios de Alta Tecnología de Panamá (INDICASAP). Además, mencionan propuestas académicas para la formación de cuidadores y la promoción de experiencias piloto de centros de día con miras a replicarse en otros municipios.

Los especialistas también resaltan el papel activo que está desempeñando la sociedad civil en varios países. Mencionan el fortalecimiento de organizaciones de la sociedad civil que velan por los derechos de la población adulta mayor. En algunos países, por ejemplo, las organizaciones de mujeres mayores feministas están visibilizando y demandando sus derechos, incluyendo el derecho al cuidado, a través de programas radiales. Estas iniciativas, aunque todavía limitadas en su alcance, dan cuenta de la posibilidad de innovar con respecto a los cuidados de largo plazo. Los especialistas coinciden en que el intercambio de estas experiencias exitosas entre países podría ser una estrategia valiosa para fortalecer los sistemas de cuidados de largo plazo en toda la subregión.

C. Conclusiones

De este capítulo sobre la situación de los cuidados de largo plazo en la subregión, se pueden obtener conclusiones significativas. En primer lugar, los países de la subregión están enfrentando desafíos comunes en cuanto a la creciente demanda de servicios de cuidados de largo plazo, lo que no siempre está asociado a su nivel de envejecimiento, sino también a la disminución del tamaño de las familias, la migración de la población en edad de trabajar, principalmente jóvenes, y la incorporación de las mujeres al mercado laboral. Las respuestas a estos desafíos varían de manera considerable entre ellos, reflejando sus diferentes contextos socioeconómicos, políticos y culturales.

Se analizaron los modelos de cuidados de largo plazo en Costa Rica, Cuba y la República Dominicana. Cada modelo ofrece lecciones valiosas y enfoques únicos para abordar las necesidades de las personas mayores. Como ya se señaló, Costa Rica se destaca por incorporar un componente comunitario a la tradicional atención institucional. Cuba es ejemplo de un modelo de servicios predominantemente estatales, que incluyen desde la atención comunitaria hasta la de personas mayores con discapacidad severa. La República Dominicana muestra un modelo en transición, con un creciente protagonismo del Estado en la regulación de servicios de cuidado y el desarrollo de centros de día que pertenecen al gobierno. A pesar de sus diferencias, estos tres modelos comparten la necesidad de ampliar la cobertura, mejorar la coordinación intersectorial y asegurar la sostenibilidad financiera de los servicios de cuidado de largo plazo.

El análisis de la consulta a especialistas de la subregión revela una serie de necesidades y desafíos compartidos. Entre ellos, destacan la falta de servicios especializados de calidad, la insuficiente profesionalización de los cuidadores, la escasez de recursos financieros y la persistencia de roles de género tradicionales en el cuidado. Se insiste en la necesidad de desarrollar políticas integrales de cuidado de largo plazo que aborden estos desafíos. Algunos elementos clave para el diseño de estas políticas incluyen el apoyo a la conciliación entre el trabajo y el cuidado, el acceso a recursos financieros para quienes requieren cuidados, el fortalecimiento de la regulación de los servicios y la mejora de la infraestructura de cuidados.

Un aspecto crucial que emerge del análisis es la necesidad de un enfoque multisectorial y colaborativo. Los especialistas enfatizan que el fortalecimiento de los cuidados de largo plazo requiere la participación coordinada del Estado, la sociedad civil, el sector privado y las familias. El Estado, en particular, debe asumir un papel de liderazgo en la coordinación, la prestación de servicios de cuidado y su regulación.

A pesar del papel predominante que se le otorga al Estado, el panorama de los cuidados de largo plazo en la subregión muestra que, con la excepción de Cuba, hay una concentración amplia en proveedores privados. Esta situación revela el papel subsidiario del Estado en la provisión de estos servicios, a diferencia de lo que ocurre con otros grupos sociales. En muchos casos, se ha visto que la retirada del Estado puede dejar desprotegidos a los segmentos más vulnerables de la población adulta mayor. Para que el principio de subsidiariedad funcione efectivamente, el Estado debe mantener un rol regulador fuerte para proteger los derechos de las personas usuarias de los servicios y prevenir abusos del mercado. De igual manera hay que contar con instituciones gubernamentales sólidas y transparentes que supervisen adecuadamente los servicios. Lamentablemente esta no siempre es la realidad de la subregión.

Los cuidados de largo plazo dependen por lo general de la asistencia social y no siempre se cuentan con presupuestos etiquetados que permitan conocer con rigor la inversión de los Estados en los cuidados de largo plazo. Como consecuencia, la sostenibilidad del gasto suele ser impredecible y se puede ver afectada por decisiones políticas o crisis económicas, que conducen a una restricción de financiamiento.

En la subregión, se reconoce el papel crucial que juegan las familias en el cuidado de sus miembros de edad avanzada, al tiempo que se busca un equilibrio con el apoyo y los servicios proporcionados por el Estado y otros actores sociales. Esto implica, entre otras cosas, que los familiares participen en el cuidado de sus miembros mayores, directamente o coordinando su atención; que proporcionen compañía, afecto y apoyo emocional, se involucren en las decisiones importantes sobre el cuidado y la vida de la persona mayor o que actúen como enlace entre la persona mayor y los servicios de salud y cuidado profesionales.

Por lo mismo, es importante impulsar acciones que apoyen a los cuidadores familiares (permisos laborales, formación o ayudas económicas), ofrezcan opciones de descanso y atención a los cuidadores familiares para prevenir el agotamiento, y resguardar que haya una distribución igualitaria entre los familiares de manera de no perpetuar las desigualdades de género, ya que las mujeres asumen una mayor carga de cuidado. Pese a lo anterior, hay que aceptar que hay situaciones donde el cuidado profesional es necesario y la familia no puede o no debe asumir toda la responsabilidad.

Es sustancial distinguir que esta corresponsabilidad de las familias no conlleva que sean las únicas responsables de proveer el cuidado en la vejez, sino más bien significa admitir que hay características idiosincráticas de las sociedades en estudio. Por ejemplo, la Encuesta Global de Envejecimiento del Instituto del Envejecimiento Poblacional de la Universidad de Oxford muestra que en México

“entre el 80% de las personas de 60 a 69 años y alrededor del 85% de las personas de 70 a 79 años mencionan a la familia como aquello con lo que se identifican cuando piensan en quiénes son. Más del 85% de las personas de 70 a 79 años en México sienten que es el deber de los adultos mantener a sus padres y suegros en tiempos de necesidad más adelante en la vida” (Leeson y Klein, 2023, pág. 1).

El papel de las familias en los cuidados de largo plazo es relevante, más allá de su participación directa en su provisión. En el estudio de Lehto-Niskala, Jolanki y Jylhä (2021) para Finlandia se señala al respecto que

“los cambios recientes en las políticas de cuidado, no hace más que subrayar el papel de las familias en el cuidado, especialmente los países con regímenes de cuidado tradicionalmente universalistas... y demostró que las familias tienen un papel importante como guardianes de la identidad y la dignidad de las personas mayores, facilitándoles las condiciones para que puedan mantener su personalidad cuando se encuentran ingresados en las instituciones de cuidado de largo plazo” (pág. 2).

En conclusión, el panorama de los cuidados de largo plazo en la subregión presenta desafíos significativos, pero también oportunidades para innovar y mejorar. Crear políticas públicas coherentes, mejorarla regulación, profesionalizar a los cuidadores e implementar mecanismos de financiamiento sostenibles son áreas clave que requieren atención

urgente. Al mismo tiempo, las experiencias exitosas y las iniciativas innovadoras ofrecen prácticas potenciales para el futuro desarrollo de los sistemas de cuidados de largo plazo en la región. El intercambio de conocimientos y experiencias entre países puede ser una estrategia valiosa para enfrentar los desafíos comunes y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

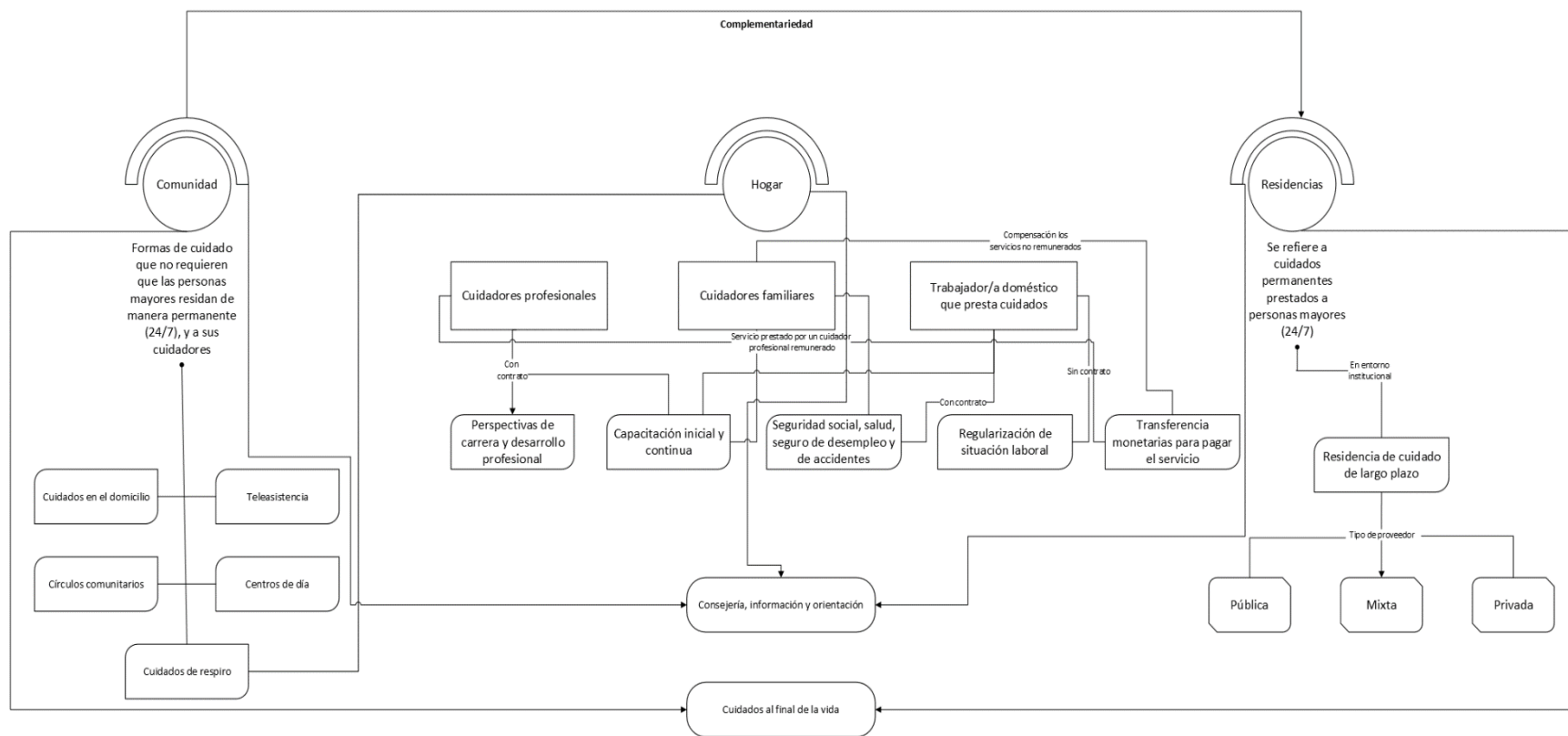
Bibliografía

- CONAPAM (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor) (2024), "Directorio" [en línea] <https://conapam.go.cr/directorio/>.
- Costa Rica (2022), Ley Núm. 10192. Creación del Sistema Nacional de Cuidados y Apoyos para Personas Adultas y Personas Adultas Mayores en Situación de Dependencia (SINCA), San José, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.
- Fernández, A. (2014), "Atención y protección del derecho humano a la salud de las personas mayores en Cuba", *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*, S. Huenchuan y R. Rodríguez, Ciudad de México, Publicación de las Naciones Unidas, LC/L.3942.
- Fernández, A., y C. Medina (2022), "Características en Cuba", *Envejecimiento saludable en Cuba*, C. Duniesky y A. Fernández, La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Gobierno de la República Dominicana (2023), "Estrategia piloto de comunidades de cuidado: ¿Por qué y en qué estamos trabajando?", Presentación realizada en el *Conversatorio sobre experiencias sobre cuidados*, Ciudad de México, 8 de agosto de 2023.
- Gómez, N., N. Mejías y Y. Alcántara (2024), "Desafíos legales y administrativos en la gestión no estatal del cuidado de las personas mayores en la República Dominicana", Taller Intercambio sobre Desafíos Legales y Administrativos en la Gestión, Ciudad de México, 30 de julio de 2021.
- Hjelmar, U. y otros (2018), "Public/private ownership and quality of care: Evidence from Danish nursing homes", *Social Science & Medicine*, vol. 216.
- IMAS (Instituto Mixto de Ayuda Social) (2021), *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, Instituto Mixto de Ayuda Social/Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión.
- Leeson, G., y A. Klein (2023), "The importance of family in Latin America", *The Oxford Institute of Population Ageing* [en línea] <https://www.ageing.ox.ac.uk/blog/The-Importance-of-Family-in-Latin-America>.
- Lehto-Niskala, V., O. Jolanki y M. Jylhä (2021), "Family's role in long-term. A qualitative study of Finnish family members' experiences on supporting the functional ability of an older relative", *Health & Social Care in the Community*, vol. 30, N° 5.
- López-Ortega, M. y N. Aranco (2019), Envejecimiento y atención a la dependencia en México, Nota técnica del BID; 1614, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- MEPyD (Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo) (2021), *Comunidades de cuidado. Construyendo una política nacional de cuidados con los actores del territorio*, Santo Domingo, Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD).
- Ministerio de Justicia (2024), Decreto 109/2024 "Sistema Nacional para el Cuidado Integral de la Vida", Gaceta Oficial de la República de Cuba.
- MINSAP (Ministerio de Salud Pública de Cuba) (2024), *Propuesta de implementación del Sistema Nacional para el cuidado integral de la vida en Cuba. Período 2025-2030*, Mimeo.
- Palmero, Y. (2021), *El cuidado de las personas dependientes y la sobrecarga doméstica como barreras para la incorporación de las mujeres a centros estudiantiles o laborales según la Encuesta Nacional sobre Igualdad de Género (ENIGH-2016)*, La Habana, Editorial de la Mujer.

- Ramos, A., M. Yordi y Z. Proenza (2023), *Los servicios estatales de cuidado para personas mayores institucionalizadas en Cuba desde 1959*, La Habana, Friedrich Ebert Stiftung.
- República de Cuba (1988), *Decreto Ley Núm. 139: Reglamento de la Ley de Salud Pública*, La Habana.
- _____(1976), *Constitución de 1976*, La Habana.
- República Dominicana (1998), “Ley Núm. 352-98 sobre Protección de la Persona Envejeciente”, *Gaceta Oficial*, Santo Domingo.
- Rivera, E. (2023a), “Cuidados en la vejez en Costa Rica. Experiencias de buenas prácticas”, Presentación realizada en el *Conversatorio sobre experiencias sobre cuidados*, Ciudad de México, 8 de agosto.
- _____(2023b) *Políticas de cuidado en la vejez en Costa Rica. Experiencia de buenas prácticas*, Ciudadanía, *Revista de Políticas Sociales Urbanas*, N° 13 [en línea] <https://revistas.untref.edu.ar/index.php/ciudadanias/article/view/1930>.
- Romero, M. y A. Rodríguez (2020), *La organización social del trabajo de cuidados en Cuba: análisis en clave de género para una ruta con equidad social*, Fundación Friedrich Ebert Stiftung.
- SEMLAC (Servicio de Noticias de la Mujer Latinoamericana y el Caribe) (2024), “En camino hacia un sistema de cuidados integrales para la vida en Cuba” [en línea] <https://www.redsemlac-cuba.net/redsemlac/sociedad-y-cultura/en-camino-hacia-un-sistema-de-cuidados-integrales-para-la-vida-en-cuba/>.

Anexo

Diagrama V.A1.1
Servicios de cuidados de largo plazo según tipo de entorno




Fuente: Elaboración propia, sobre la base de consulta a expertos en cuidados de largo plazo de ocho países de la subregión.



ENTREVISTA SOBRE CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Estimado(a) participante,
Gracias por aceptar responder esta entrevista semiestructurada en línea elaborada por la sede subregional de la CEPAL en México.
Su experiencia y conocimientos son fundamentales para comprender mejor los desafíos y oportunidades en el ámbito de los cuidados de largo plazo (CLP).
A continuación, encontrará una serie de preguntas abiertas y cerradas. Por favor, responda de manera detallada y proporcione ejemplos concretos cuando sea posible.

1. País *

Selecciona la respuesta 


2. Sexo *

- Mujer
- Hombre

3. Tipo de institución/organización a la que pertenece *

- Gubernamental
- Sociedad civil
- Academia
- Internacional
- Sector privado

4. A su juicio, ¿cuáles son las principales tendencias que influyen en la demanda de cuidados de largo plazo en su país? *

Selecciona la respuesta 

5. En su opinión, ¿cuáles son los mayores retos asociados a la longevidad que impactan la necesidad de cuidado de largo plazo en su país? *

Escriba su respuesta

6. ¿Cómo evalúa la capacidad de respuesta de su país frente a la demanda de cuidados a largo plazo? Considere factores como el apoyo a los cuidados familiares, las desigualdades de género y territoriales *

Selecciona la respuesta



7. Por favor, fundamente su respuesta (pregunta 6) *

Escriba su respuesta

8. ¿Cuáles son las principales brechas y desigualdades que ha observado en el acceso y la calidad de los servicios de cuidado de largo plazo en su país? *

Escriba su respuesta

9. ¿Qué buenas prácticas o iniciativas innovadoras conoce en su país que aborden los desafíos de los cuidados de largo plazo? Por favor, describa brevemente estas experiencias y su impacto potencial. *

Escriba su respuesta

10. ¿Cuáles son los elementos clave de incorporar en el diseño de una política de cuidado de largo plazo? Indique dos. *

Seleccione 2 opciones.

- Acceso a recursos financieros por parte de quienes requieren cuidado de largo plazo
- Acceso a alternativas de atención y apoyo para quienes brindan cuidado
- Ofrecer flexibilidad en cómo se combinan los cuidados y el trabajo remunerado
- Apoyo para tener tiempo para el cuidado, el trabajo remunerado y el autocuidado
- Sanciones legales para las instituciones de cuidado de largo plazo que vulneren los derechos de las personas residentes
- Otras



11. En su opinión, ¿cuáles deberían ser las áreas prioritarias de intervención para fortalecer los cuidados de largo plazo en su país, considerando los recursos y capacidades existentes? *

- Mejora de infraestructura de cuidados
- Capacitación y profesionalización del personal de cuidados
- Promoción de políticas de conciliación laboral y familiar
- Fortalecer la regulación de los servicios de cuidado de largo plazo
- Otras

12. Según su experiencia, ¿cuál de los siguientes elementos es el más importante para las personas mayores con respecto a una institución de cuidado de largo plazo? *

Selecciona la respuesta



13. ¿Cómo considera que se podrían abordar de manera efectiva las desigualdades de género en la provisión de cuidados de las personas mayores en su país? *

Escriba su respuesta

14. ¿Qué papel considera que deberían desempeñar los diferentes actores (Estado, sociedad, sector privado y familias) en el fortalecimiento de los cuidados de largo plazo en su país? *

Escriba su respuesta

VI. Recapitulación y recomendaciones

En este documento se examina la situación de los cuidados de largo plazo en el Caribe hispano, Centroamérica y México. El estudio abarca diversos aspectos del tema, desde los fundamentos conceptuales y el contexto demográfico y socioeconómico en el que se desenvuelven hasta los escenarios de la demanda de cuidados y la implementación de las políticas en la subregión.

En este capítulo se recapitulan los principales contenidos del trabajo, concentrándose en los hallazgos del estudio, junto con las recomendaciones emanadas del mismo. Se enfatiza la necesidad de incorporar los cuidados de largo plazo en los sistemas de protección social. La incertidumbre del riesgo y la distribución desigual de las necesidades de cuidados constituyen argumentos sólidos para tratarlos como un problema que afecta a toda la sociedad y, por lo tanto, exige solidaridad y acción colectiva.

A. Panorama y escenarios de los cuidados de largo plazo

1. Conceptualización de los cuidados de largo plazo

Los cuidados de largo plazo son “una pieza esencial del continuum de políticas y servicios de cuidado a lo largo de la vida” (Addati y otros, 2022, pág. 268). Para fines de este estudio, los cuidados en general tienen como aspiración mantener, continuar y reparar el mundo. Los cuidados se enmarcan en un proceso constante de dar y recibir, que se puede materializar en cuatro fases: preocuparse por, responsabilizarse por, dar cuidado y recibir cuidado (Tronto, 1993).

Este proceso no es abstracto, sino que transcurre en un contexto particular donde se ofrecen y se reciben cuidados. Sin embargo, al ser parte inherente de la vida humana puede estandarizarse para que sea justo y solidario. Los derechos humanos proporcionan un marco normativo esencial para estandarizarlos, ya que el cuidado es un derecho habilitante que ayuda a disfrutar de otros derechos humanos (Tessier, De Wulf y Momose, 2022). De igual manera, el cuidado es interdependiente ya que en él coexisten grados de autonomía y dependencia en distintos momentos de la existencia humana, por lo que en algunos momentos se es sujeto de cuidado y en otros se es dador de cuidados.

La finalidad de los cuidados de largo plazo es mantener la vida independiente de las personas con una capacidad funcional disminuida, en particular las personas mayores, que debido al envejecimiento individual suelen experimentar pérdidas biológicas y funcionales que les hacen requerir de la ayuda de otras personas para mantener su vida independiente. En este documento se conciben los cuidados de largo plazo como un ámbito de acción amplio que se extiende desde la ayuda para el desarrollo de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, el apoyo para mantener relaciones sociales que permitan una vida independiente, hasta los cuidados al final de la vida.

La interrelación, sin perder su especificidad, entre los cuidados de largo plazo y los cuidados al final de la vida es vital. Por una parte, tiene que ver con el manejo del dolor y el sufrimiento que puede estar asociado a ciertas enfermedades que afectan la calidad de vida de las personas mayores que reciben cuidados de largo plazo, y por otra con cómo los servicios de cuidado incluyen el tratamiento de estos padecimientos de manera particular.

Los cuidados al final de la vida son esenciales en los entornos institucionalizados donde las personas mayores, debido a una dependencia funcional severa, deben permanecer hasta su muerte. La atención especial desde el momento en que se diagnostica una enfermedad terminal hasta el fallecimiento facilita la persona mayor y a sus familiares una transición más suave y humana, evitando la sensación de abandono o la necesidad de adaptarse a un entorno completamente nuevo en un punto tan vulnerable. Todas las personas merecen dignidad, respeto y cuidado compasivo al instante de morir, sea cual sea su condición o lugar de residencia. Integrar los cuidados al final de la vida en los cuidados de largo plazo es un paso crucial para garantizar que esta visión se convierta en una realidad.

A diferencia de otros sujetos de cuidado, en el caso de las personas mayores el derecho al cuidado de largo plazo está establecido en un tratado jurídicamente vinculante, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores que, por medio de varios de sus artículos, especifica las medidas que el Estado debe adoptar para satisfacer el derecho.

En la Convención Interamericana, la dependencia se concibe como un riesgo para la vida independiente en la vejez, y la protección frente a ese riesgo es una obligación del Estado, y una responsabilidad de las familias, las comunidades y la sociedad en general. Hay que aclarar que esto último no conlleva una perspectiva familista de los cuidados de largo plazo²², sino más bien subraya que ante la vulnerabilidad que pueden experimentar las personas mayores al recibir cuidados, los miembros de la familia pueden tener un papel cardinal para favorecer la dignidad, integridad e identidad de las personas mayores.

2. Diversidad de los perfiles demográficos de la subregión

Las tendencias demográficas actuales están reconfigurando la demanda y provisión de cuidados de largo plazo. En la subregión, este fenómeno se manifiesta con características particulares que reflejan una transición demográfica compleja y notablemente heterogénea. La mayoría de los países de la subregión muestran una tendencia hacia el envejecimiento poblacional, aunque con ritmos diferentes, mientras que el crecimiento demográfico general persiste.

²² Una perspectiva familista consistiría en que la familia, y no el Estado, sea la principal proveedora de cuidado (Oliveira y LLena-Nozal, 2020).

Esta dinámica dual se explica generalmente por dos factores principales. En primer lugar, la tendencia decreciente en las tasas de fecundidad. Si bien se observa una disminución progresiva, en muchos países estas tasas aún se mantienen por encima del nivel de reemplazo, lo que contribuye al sostenimiento del crecimiento poblacional a corto y mediano plazo. En segundo lugar, los cambios en la estructura etaria. Actualmente, las pirámides poblacionales de varios países de la subregión muestran una concentración en los grupos de edad joven y adulta. Esta estructura demográfica sienta las bases para un envejecimiento poblacional acelerado en las próximas décadas, a medida que estas cohortes avancen en edad.

Sin embargo, dentro de esta tendencia general, algunos países de la subregión presentan perfiles demográficos distintivos que ilustran etapas más avanzadas de la transición demográfica. Costa Rica y Cuba son ejemplos notables de esta diversidad. Costa Rica se caracteriza por ser una sociedad envejecida, con una tasa global de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. Las proyecciones indican que su población se estabilizará en menos de dos décadas, marcando el fin de su período de crecimiento demográfico. Cuba presenta un perfil aún más avanzado, clasificándose como una sociedad muy envejecida. Su tasa global de fecundidad está significativamente por debajo del nivel de reemplazo por varios años y su población dejó de crecer en 2016. Esto posiciona al país en una etapa postransicional, en la que enfrenta desafíos demográficos propios de sociedades con estructuras etarias altamente envejecidas, como ocurre en los países europeos.

La diversidad de situaciones demográficas dentro de la subregión subraya la importancia de respuestas políticas diferenciadas. Las implicaciones de estas variadas tendencias demográficas son múltiples, entre ellas, los países se enfrentan al desafío de atender simultáneamente las necesidades de poblaciones en diferentes etapas del ciclo de vida. Sin embargo, la intensidad de estas presiones varía significativamente. Mientras que en algunos países el foco puede estar en balancear las demandas de una población joven aún considerable con una creciente población adulta mayor, y en otros casos la atención se centrará cada vez más en las necesidades de una población mayoritariamente adulta y adulta mayor.

A pesar de las diferencias observadas entre los países de la subregión, las proyecciones demográficas de escenario medio, presentadas en el segundo capítulo, revelan una tendencia inequívoca: el proceso de envejecimiento poblacional está en marcha en todos los países estudiados. Como señala acertadamente Puga (2022), “si bien esta transformación se experimenta a distintos ritmos y calendarios [en el corto y mediano plazo], no se volverá a las poblaciones jóvenes del pasado, sino que se evoluciona hacia poblaciones con individuos de más edad y de más edades” (pág. 113).

Este fenómeno se manifiesta de diversas formas. Por una parte, de manera simultánea al envejecimiento poblacional, se observa un aumento generalizado de la esperanza de vida. Esta tendencia contribuye a la expansión de los grupos de edad avanzada, no solo en términos relativos sino también absolutos. Por otra, la coexistencia de múltiples generaciones se está convirtiendo en un fenómeno cada vez más común, aunque sus causas varían según el contexto demográfico de cada país. En algunos, este fenómeno es principalmente el resultado del aumento de la longevidad y la expansión de las edades en la vejez. En otros, se debe más a la persistencia de tasas de fecundidad relativamente altas. En ciertos casos, se observa una combinación de ambos factores: longevidad creciente y natalidad sostenida, como en el caso de Panamá.

Independientemente de estas variaciones, la tendencia a largo plazo apunta hacia estructuras poblacionales con una mayor proporción de personas mayores en todos los países de la subregión. Este cambio demográfico fundamental plantea desafíos significativos y generalizados para los cuidados de largo plazo.

3. El contexto socioeconómico de los cuidados de largo plazo

El análisis del escenario socioeconómico de los cuidados de largo plazo en la subregión revela una compleja interacción entre los cambios demográficos, epidemiológicos y sociales, que están reconfigurando profundamente la demanda y provisión de estos cuidados. La evolución de los arreglos residenciales emerge como un factor crucial en este panorama. La tendencia general apunta hacia una mayor prevalencia de hogares multigeneracionales, pero con matices importantes entre países. En aquellos más envejecidos y muy envejecidos se observa un aumento en la proporción de hogares con jefatura adulta mayor; y en todos se observa que, a nivel de hogar, las personas mayores tienen una representación más alta que al nivel de persona, lo que plantea desafíos específicos en términos de cuidados y apoyo social.

El incremento de la longevidad y una esperanza de vida saludable más elevada que en el pasado son logros para celebrar. Sin embargo, en las condiciones actuales, a medida que se envejece aumentan las probabilidades de desarrollar una fragilidad o dependencia derivada de la sobrevivencia a enfermedades y a accidentes. El análisis de la esperanza de vida sana a los 60 años revela una realidad preocupante: en todos los países de la subregión, las mujeres mayores tienden a vivir más años con mala salud que sus coetáneos masculinos. Esta brecha de género es más profunda en países menos envejecidos como Haití y Honduras, y ocurre lo contrario en el más envejecido de la subregión (Cuba).

La carga de las enfermedades no transmisibles entre las personas mayores emerge como un factor categórico en la necesidad de cuidados de largo plazo. Para dar cuenta de ello, se utilizan los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), que “intentan captar la diversidad de la población adulta mayor con base a diferencias en su salud y capacidad funcional” (DAES, 2024, pág. 27). Este tipo de enfermedades no solo afecta la calidad de vida de las personas mayores, sino que también resultan en una pérdida significativa de años de vida saludables. La pandemia por COVID-19 ha añadido una nueva dimensión a este desafío, impactando de manera particular en la salud y la capacidad funcional de muchas personas mayores. De igual manera, las enfermedades neurodegenerativas, especialmente el Alzheimer y el Parkinson, se perfilan como causas importantes de pérdida de años de vida saludables.

Las proyecciones indican un aumento sustancial en la población adulta mayor con discapacidad severa para 2050. Este incremento plantea desafíos significativos para los cuidados de largo plazo, que deberán expandirse y adaptarse para satisfacer esta creciente demanda. Paralelamente, la necesidad de cuidados paliativos para aliviar el sufrimiento relacionado con la salud está en aumento, especialmente entre la población de muy avanzada edad.

Como se aprecia, el contexto de los cuidados de largo plazo en la subregión se caracteriza por su complejidad y diversidad. Los cambios en la estructura familiar, el envejecimiento poblacional, la prevalencia de enfermedades crónicas y las disparidades de género en salud convergen para crear un panorama que demanda respuestas políticas integrales y adaptativas.

Las condiciones de salud de la población en general, y en las que envejece la población tiene consecuencias importantes en la demanda de cuidados en el futuro. Se prevé que, en las próximas décadas, los países de la subregión enfrentarán escenarios complejos y diversos en relación con los cuidados de largo plazo, como revelan los diferentes indicadores analizados en el cuarto capítulo de este documento.

La tasa de dependencia ajustada por salud y la tasa de dependencia de cuidados proyectan panoramas dispares. Países como Cuba y Costa Rica, que han logrado aumentos significativos en la esperanza de vida, se enfrentarán a una mayor demanda de este tipo de cuidados. Haití y El Salvador, debido a condiciones socioeconómicas adversas, podrían experimentar altas tasas de dependencia por razones de salud, incluso con poblaciones relativamente jóvenes. Honduras, México, Guatemala, Panamá y Nicaragua, que actualmente presentan tasas más bajas en ambos indicadores, probablemente verán un aumento gradual en su demanda de cuidados de largo plazo a medida que avancen en su transición demográfica.

La relación de apoyo a los padres, por su parte, muestra un cambio drástico en toda la subregión. Se proyecta que entre 2000 y 2070, el valor de este indicador se cuadruplicará, pasando de 9,6 a 40 personas de edad muy avanzada por cada 100 adultos de entre 50 y 64 años. Este escenario sugiere una futura escasez de cuidadores familiares tradicionales. En 2070, Cuba podría tener 70,4 personas de edad muy avanzada por cada 100 adultos de mediana edad, mientras que Costa Rica y Panamá podrían alcanzar valores de 66,6 y 47,1 respectivamente. Incluso países en etapas más tempranas de la transición demográfica, como Haití y Guatemala, podrían ver duplicado este valor con respecto a 2024.

Estos datos demuestran que la demanda de cuidados de largo plazo podría incrementarse en todos los países en el futuro, sea por razones de salud o por un envejecimiento sin calidad. De manera paralela, la disponibilidad de personas que cuidan tradicionalmente a las personas mayores podría presentar una fuerte presión solo por el efecto demográfico. A ello habría que sumar la falta de servicios de cuidados de largo plazo en varios de los países analizados, lo que repercute en que las tareas asistenciales ejercerían una firme tensión sobre todo en las mujeres, quienes además de cuidar a sus dependientes deben conciliar estas tareas con sus responsabilidades en el trabajo remunerado y con el hecho que cada vez se jubilan más tarde. Como en promedio, las mujeres viven más años que los hombres y en condiciones de mala salud, muchas de ellas envejecerán cuidando y también requerirán cuidados de largo plazo en su vejez.

Pero los cuidados de largo plazo también representan una oportunidad para los países de la subregión. Los escenarios de inversión basados en el Simulador de la OIT proyectan impactos significativos en el empleo para 2030. En México, se podrían generar más de 4 millones de empleos netos, mientras que en Costa Rica la cifra rondaría los 170.000. En ambos países, más del 89% de estos empleos serían formales y más del 72% serían ocupados por mujeres.

Los escenarios futuros proyectados plantean desafíos significativos para las políticas de cuidados de largo plazo en toda la subregión. La creciente demanda de estos servicios, combinada con la disminución relativa de cuidadores familiares potenciales, sugiere la necesidad de transformaciones profundas en la organización social del cuidado. Paralelamente, el sector de cuidados de largo plazo emerge como un potencial motor de empleo formal y de mayor participación laboral femenina, lo que podría tener implicaciones importantes para las economías de la región.

4. Proyecciones y desafíos futuros

A pesar de estas evidencias, la mayoría de los países de la subregión aún no están plenamente preparados para resolver la actual y futura demanda de cuidados de largo plazo. El análisis detallado de los modelos de Costa Rica, Cuba y la República Dominicana revela que, aunque cada uno se organiza de manera diferenciada y enfatiza distintos actores del cuidado (Estado, familias, comunidades y sector privado), todos enfrentan desafíos significativos. Cuba, por ejemplo, debe ampliar la cobertura de los cuidados de largo plazo para una creciente población de edad avanzada cada vez más diversa en términos de sus necesidades, mientras que la República Dominicana y Costa Rica enfrentan el reto de ofrecer cobertura universal con un papel más activo del Estado en la provisión directa de los servicios de cuidados.

Las experiencias analizadas ofrecen valiosos aprendizajes. La participación directa del Estado en la provisión de cuidados de largo plazo garantiza la accesibilidad, calidad y cobertura universal de los servicios. Addati y otros (2022) recomiendan al respecto que “los gobiernos, sin necesidad de que presten la totalidad de los servicios asuman la responsabilidad general y principal de asegurar el funcionamiento de los servicios de cuidado de modo que se garanticen unos cuidados de largo plazo integrados que sean apropiados, accesibles y respetuosos de los derechos de las personas mayores y de los cuidadores por igual” (pág. 270). El papel de las comunidades, aunque distinto, también resulta fundamental, ya que ofrece la posibilidad de que las personas que reciben cuidados de largo plazo permanezcan en entornos conocidos, previniendo la institucionalización innecesaria.

Sin embargo, la insuficiente intervención estatal en varios países ha permitido la proliferación de instituciones privadas, lo que plantea problemas de igualdad y acceso, especialmente en zonas rurales y entre poblaciones de bajos recursos. Además, la falta de regulación adecuada ha resultado en normas de calidad deficientes, particularmente para el funcionamiento de las residencias de cuidado de largo plazo, y descuidando la regulación de la atención domiciliaria y los cuidados basados en la comunidad.

La precariedad laboral de los trabajadores de cuidado también emerge como una preocupación significativa. En muchos países, este sector se desenvuelve en el mercado de trabajo informal, sin prestaciones de seguridad social, salud, ni seguros de desempleo o accidentes, lo que lo hace poco atractivo y contribuye a la pérdida de mano de obra calificada. El financiamiento de los cuidados de largo plazo representa otro desafío importante. Al depender generalmente de los presupuestos de asistencia social, no siempre se garantiza su progresividad y se tiende a concebirlas más como un gasto que como una inversión, a pesar de los beneficios económicos que pueden generar cuando se diseñan e implementan correctamente.

Asimismo, la falta de coherencia entre las políticas de cuidado para distintos grupos de población es preocupante. En varios países, los sistemas de cuidado se están construyendo de manera aislada de otras políticas sectoriales como salud, empleo y educación, lo que los configura como anexos a las políticas existentes y desaprovecha la experiencia acumulada en el diseño, regulación o prestación de servicios.

Yendo más allá, es imperativo enfatizar que los cuidados trascienden la mera prestación de ayuda, cumpliendo un papel crucial en la prevención. Estos cuidados no solo buscan restablecer la salud física y mental de quienes los necesitan, sino que también

actúan como baluartes contra el deterioro, fortaleciendo la capacidad de las personas para mantener su independencia y mitigando los efectos de la soledad y el aislamiento social. Sin embargo, la realidad actual en que se desenvuelven los cuidados de largo plazo presenta un panorama desafiante. Las restricciones presupuestarias, las condiciones inadecuadas en las que se proporcionan los cuidados y la dificultad de supervisar las diversas modalidades de atención están socavando esta función esencial.

De igual modo, los cuidados al final de la vida representan una dimensión crucial y frecuentemente subestimada de los cuidados. La realidad actual revela una desconexión preocupante entre los cuidados de largo plazo y los cuidados al final de la vida. En las residencias de larga estadía, donde la probabilidad de fallecimiento es alta, estos cuidados deberían ser parte integral del servicio. Sin embargo, a menudo se considera que pertenecen exclusivamente al ámbito de la atención médica, resultando en el traslado innecesario y potencialmente traumático de las personas mayores a entornos hospitalarios en sus últimos momentos.

En el contexto de los cuidados domiciliarios, se observa una tendencia similar hacia la medicalización excesiva, privando a las personas de la posibilidad de fallecer en la familiaridad y el confort de su hogar. Los servicios de cuidado basados en la comunidad, por su parte, revelan una alarmante falta de preparación para abordar esta fase vital, resultando en un acompañamiento inadecuado y una falta de contención para las personas mayores y sus familias.

Esta negligencia en la integración de los cuidados al final de la vida tiene consecuencias profundas que dañan la integridad como ser humano. Puede conducir a situaciones de soledad, desarraigo o malos tratos comprometiendo seriamente la dignidad de la persona en sus últimos momentos. Las residencias de larga estadía no son meros alojamientos, ni los centros de día son simples espacios de recreación. Estos entornos deben recuperar y priorizar su dimensión humana, lo que implica necesariamente la implementación de mecanismos que proporcionen consuelo, contención y apoyo al final de la vida. Se debe aspirar a que los cuidados de largo plazo busquen no solo la prolongación de la vida independiente, sino que también aseguren que su final sea tan digno e íntegro como sea posible.

B. Hacia una protección social de los cuidados de largo plazo

La dependencia constituye un riesgo para la vida digna de todas las personas, en particular para aquellas que alcanzan la edad avanzada. Este riesgo se basa en el contexto en que hoy en día se desenvuelven, caracterizado no solo por el envejecimiento de la población, sino también por los cambios en las normas y estructuras sociales (por ejemplo, la composición de los hogares y la participación femenina en el mercado laboral) que limitan los cuidados disponibles para las personas mayores hoy y en los próximos años” (Oliveira y Llena-Nozal, 2020, pág. 10).

El cuidado puede conducir a una vulnerabilidad compartida entre quienes prestan cuidados como quien lo recibe. En primer lugar, “el cuidado familiar puede implicar un sacrificio económico sustancial, ya que los cuidadores informales pueden verse obligados a reducir su tiempo de trabajo o abandonar por completo el empleo remunerado. La obligación de cuidar a parientes ancianos puede causar pobreza, no solo mientras se prestan los cuidados sino también más adelante, si los cuidadores no pueden acumular suficientes derechos de pensión” (Comisión Europea, 2022, pág. 13).

En segundo lugar, la necesidad de cuidados de largo plazo está en aumento. Puede surgir cuando una persona experimenta una disminución de su capacidad intrínseca y requiere de ayuda de otros para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, así como para mantener relaciones sociales significativas. Se sabe que “las personas de todas las edades pueden desarrollar necesidades de largo plazo, pero a medida que la población envejece, las personas mayores (60 años y más) representan la mayor proporción de usuarios de los cuidados de largo plazo” (EURO, 2022, pág. 4).

En tercer lugar, la necesidad de cuidados de largo plazo puede conducir a la pobreza o a la falta de recursos económicos para solventar otras necesidades básicas. La evidencia demuestra que los elevados costos de los cuidados de largo plazo que suelen enfrentar las personas mayores constituyen un reto financiero sustancial, que a menudo consume toda o una parte considerable de sus ingresos disponibles (OCDE, 2023).

La dependencia de cuidados de largo plazo se debe considerar un riesgo debido a su naturaleza impredecible, su potencial impacto financiero significativo, su distribución desigual en la población y su creciente relevancia en el contexto del envejecimiento poblacional. Estas características hacen que los sistemas de protección social desempeñen un papel importante (Tessier, De Wulf y Momose, 2022). Por una parte, es necesario proteger a las personas que realizan el trabajo de cuidado de largo plazo y, por otra, a las personas que necesitan este tipo de cuidados. En este marco, los sistemas de protección social podrían adoptar un enfoque integral respecto a este tema, con tres objetivos interconectados:

- **Prevención:** Implementar medidas con el fin de prevenir o retrasar la pérdida de capacidad funcional y apoyar la vida independiente.
- **Acceso universal:** Garantizar que todas las personas mayores que requieran cuidados de largo plazo puedan acceder a servicios oportunos, de calidad, asequibles e integrales, en línea con los principios de cobertura universal de la protección social (véase el recuadro 6).
- **Protección de cuidadores:** Asegurar que tanto los cuidadores familiares no remunerados como los trabajadores de cuidados remunerados gocen de una cobertura de protección social continua y adecuada, promoviendo así el trabajo decente en el sector de cuidados.

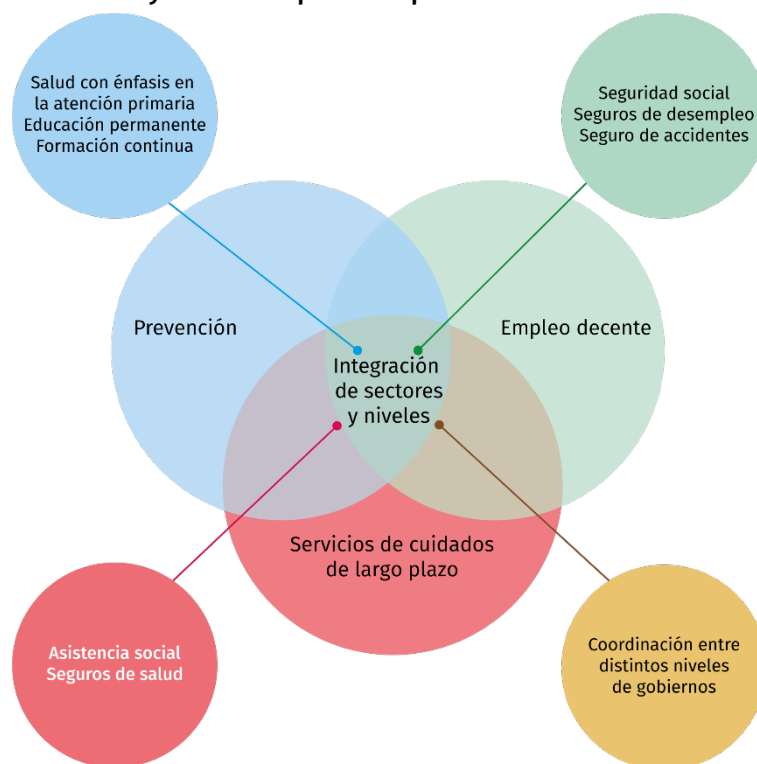
Algunos de estos objetivos se corresponden con distintas ramas de la protección social, lo que implica la apropiada integración de distintos sectores y la coordinación entre los distintos niveles de gobierno (véase el diagrama 9). En este sentido, la OMS recomienda que “los países no deben, ni deben esforzarse por consolidar todas las funciones de los cuidados de largo plazo dentro de sistemas independientes que funcionen por separado de los ámbitos más amplios de la salud y la política social” (EURO, 2022, pág. 15) sino, más bien, concentrar los esfuerzos en cómo planificar adecuadamente este tipo de cuidados, lograr un financiamiento sostenible, mejorar e integrar los cuidados familiares y remunerados, y favorecer la ampliación de la cobertura y calidad de los servicios de cuidado de largo plazo (véase el diagrama 9).

Recuadro 7**Principios fundamentales de los servicios de cuidados de largo plazo**

Los instrumentos internacionales de derechos humanos aportan algunos elementos que deben garantizarse para las personas mayores en materia de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de cuidado. En particular, en la Recomendación del Consejo de la Comisión Europea (2022) se señala que los cuidados de largo plazo deben ser:

- Oportunos, permitiendo que las personas que necesiten cuidados de larga duración reciban los cuidados necesarios tan pronto como sean requeridos y durante el tiempo indispensable,
- Integrales, es decir, que cubran todas las necesidades de cuidados de larga duración derivadas del deterioro mental o físico de la capacidad funcional, determinadas mediante una evaluación basada en criterios de admisibilidad claros y objetivos y en coordinación con otros servicios de asistencia y bienestar,
- Asequibles, permitiendo que las personas que necesiten cuidados de larga duración mantengan un nivel de vida digno y protegiéndolas de la pobreza y la exclusión social a causa de sus necesidades de cuidados de larga duración, así como preservando su dignidad
- Calidad, para los cuidados de larga duración que incluya la promoción de la vida independiente y la inclusión en la comunidad en todos los contextos de cuidados de larga duración, junto con garantizar la protección contra los abusos, el acoso, el abandono y cualquier forma de violencia para todas las personas necesitadas de cuidados y para todos los cuidadores.

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Consejo de la Unión Europea, “Council Recommendation of 8 December 2022 on access to affordable high-quality long-term care (2022/C 476/01)”, *Official Journal of the European Union*, Bruselas, 2022.

Diagrama 9**Integración multisectorial y multinivel para una protección social de cuidados de largo plazo**

Fuente: Elaboración propia.

A pesar de las ventajas que tiene incorporar los cuidados de largo plazo en la protección social, los países de la subregión enfrentan un desafío particularmente agudo, dado el acelerado proceso de envejecimiento poblacional en un contexto de cobertura limitada en salud y pensiones. Por una parte, la dependencia de la trayectoria laboral en los sistemas de protección social existentes puede conducir a la reproducción y perpetuación de brechas de cobertura preexistentes. En segundo lugar, cuando se introducen o expanden los cuidados de largo plazo sin un desarrollo paralelo en los sistemas de salud y pensiones, se puede generar un fenómeno conocido como transferencia de costos (*cost-shifting*) entre los diferentes sectores de la protección social. Este fenómeno se caracteriza por la redistribución inadecuada de cargas financieras y responsabilidades entre los distintos componentes del sistema.

Lo anterior significa que, si los beneficios de los cuidados de largo plazo se implementan con criterios de elegibilidad más restrictivos o con copagos significativos, mientras que los servicios de salud son más accesibles, puede producirse una sobrecarga en el sistema de salud. Los individuos podrían recurrir a servicios médicos para necesidades que serían más apropiadamente atendidas por servicios de cuidados de largo plazo, generando una utilización ineficiente de recursos y potencialmente comprometiendo la calidad de la atención. Asimismo, la falta de coordinación entre los sistemas puede resultar en desequilibrios en la demanda de servicios.

Si la tasa de reemplazo de las pensiones y jubilaciones es baja y no alcanza para cubrir los costos de los cuidados de largo plazo podría haber una subutilización de los servicios necesarios de cuidados de largo plazo y, por lo tanto, una subestimación de la demanda, por lo que el cuidado recaería en las familias y en particular en las mujeres. Esta dinámica puede tener implicaciones a largo plazo para la sostenibilidad financiera del sistema de protección social en su conjunto. La transferencia de costos puede ocultar las verdaderas necesidades y costos asociados con el envejecimiento de la población, dificultando la planificación y el diseño de políticas efectivas.

La complejidad de estos desafíos subraya la necesidad de una planificación estratégica que considere la interrelación entre los diferentes componentes de la protección social. Se requiere un diseño de políticas que no solo amplíe la cobertura de cuidados de largo plazo, sino que también reforme y fortalezca los sistemas de salud y pensiones de manera coordinada. Este enfoque es fundamental para mitigar los riesgos de fragmentación, inequidad y desequilibrios en la provisión de servicios y beneficios, asegurando así un sistema de protección social coherente y efectivo que responda adecuadamente a las necesidades de cuidados de largo plazo de la población adulta mayor.

C. Recomendaciones sobre los servicios de cuidado de largo plazo

A partir de los contenidos de este estudio, se presentan las siguientes recomendaciones para los países de la subregión, con el propósito de ampliar y mejorar los servicios de cuidados de largo plazo. Estas recomendaciones fundamentales deben adaptarse a cada contexto específico y pueden enriquecerse mediante un debate más amplio sobre el tema.

1. Desarrollar marcos legales y políticos

La creación de marcos legales y políticos robustos es fundamental para establecer una base sólida en la provisión de cuidados de largo plazo. Esto implica:

- Reconocer legalmente el derecho a los cuidados de largo plazo como un derecho humano, definiendo claramente su alcance, beneficiarios y las obligaciones del Estado en su provisión. Esta legislación debe alinearse con instrumentos internacionales como la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Desarrollar estrategias nacionales de cuidado de largo plazo que integren los servicios de salud, asistencia social y apoyo comunitario, abordando todo el continuo de cuidados, desde la prevención hasta los cuidados al final de la vida.

2. Fortalecer la coordinación intersectorial

La naturaleza multidimensional de los cuidados de largo plazo requiere una sólida coordinación entre diferentes sectores y niveles de gobierno. Se recomienda:

- Implementar mecanismos de coordinación entre los ministerios de salud, desarrollo social, trabajo y finanzas, entre otros.
- Establecer sistemas de información compartidos que permitan una visión integral de las necesidades y servicios de cuidado.

3. Diversificar y expandir los servicios de cuidado

Para responder a las diversas necesidades de la población que requiere cuidados de largo plazo, es crucial ofrecer una gama variada de servicios:

- Desarrollar una gama de servicios que incluyan cuidados domiciliarios, centros de día, residencias de larga estadía y cuidados al final de la vida.
- Promover modelos de atención centrados en la comunidad, como la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral en Costa Rica, los círculos de abuelos en Cuba o las familias de cariño en la República Dominicana.
- Fomentar la participación de la comunidad y el apoyo de los gobiernos locales en el diseño, provisión y supervisión de los servicios de cuidados de largo plazo.

4. Profesionalizar y valorizar el trabajo de cuidados

La calidad de los cuidados de largo plazo depende en gran medida de la calidad de la fuerza laboral que los proporciona. Se recomienda:

- Establecer programas de formación y certificación para cuidadores formales e informales, desarrollando currículos estandarizados que incluyan aspectos técnicos, éticos y de derechos humanos.
- Mejorar las condiciones laborales y salariales de los trabajadores del cuidado, estableciendo estándares mínimos de empleo, incluyendo salarios justos, horarios razonables y protección social.

5. Promover la igualdad de género en los cuidados

Dado que las mujeres constituyen la mayoría de los cuidadores, es crucial abordar las desigualdades de género en la división del trabajo de cuidados:

- Implementar políticas que fomenten una distribución más equitativa de las responsabilidades de cuidado, incluyendo licencias de cuidado que incluyan a los hombres.
- Ofrecer apoyo y reconocimiento a los cuidadores familiares, mediante programas de respiro, apoyo psicológico y consideración de compensaciones económicas o créditos de pensión.

6. Supervisión y control de servicios públicos y privados

Es fundamental establecer mecanismos robustos de supervisión y control, especialmente para los servicios privados de cuidados de largo plazo:

- Crear un marco regulatorio específico para residencias y otros servicios privados de cuidados de largo plazo, definiendo estándares mínimos de calidad, seguridad y atención.
- Implementar un sistema de inspecciones regulares y no anunciadas a las instalaciones de cuidados de largo plazo.
- Establecer un sistema de acreditación y evaluación continua para los proveedores de servicios de cuidados de largo plazo.
- Crear mecanismos de denuncia y respuesta rápida para los residentes y sus familias.
- Publicar informes de evaluación y calificaciones de los servicios para promover la transparencia y la elección informada.

7. Prevención del maltrato y la negligencia

La prevención del maltrato y la negligencia debe ser una prioridad en todos los servicios de cuidados de largo plazo:

- Desarrollar protocolos específicos para la detección, prevención y manejo de situaciones de maltrato en entornos de cuidados de largo plazo.
- Capacitar al personal en la identificación de signos de maltrato y en los procedimientos de denuncia.
- Establecer líneas de ayuda y mecanismos de denuncia accesibles para las personas mayores y sus familias.
- Implementar programas de sensibilización sobre el maltrato a personas mayores, dirigidos tanto al personal de cuidados como al público en general.
- Fortalecer las sanciones legales para casos de maltrato en entornos de cuidados de largo plazo.

8. Explorar esquemas de financiamiento sostenibles

La sostenibilidad financiera es uno de los mayores desafíos para los sistemas de cuidados de largo plazo. Se sugiere:

- Analizar la pertinencia de modelos mixtos de financiamiento, combinando impuestos generales, seguros sociales y contribuciones privadas.
- Explorar fuentes innovadoras de financiamiento, como impuestos específicos destinados a los cuidados de largo plazo.

- Promover alianzas público-privadas para la provisión de servicios.

9. Fortalecer la prevención y promoción de la salud

Invertir en la prevención y la promoción de la salud puede reducir significativamente la necesidad de cuidados de largo plazo en el futuro:

- Implementar programas de envejecimiento saludable y prevención de la dependencia.
- Integrar los cuidados de largo plazo en los programas de atención primaria de la salud.

10. Integrar la tecnología en los cuidados

La tecnología ofrece oportunidades significativas para mejorar la eficiencia y calidad de los cuidados de largo plazo:

- Fomentar el uso de tecnologías y telemedicina para el monitoreo y asistencia de personas mayores.
- Desarrollar sistemas de información para la gestión y monitoreo de los servicios de cuidado.
- Promover la inclusión digital de las personas mayores mediante programas de alfabetización digital.

11. Cuidados al final de la vida en entornos de cuidados de largo plazo

Los cuidados al final de la vida son una parte integral de los cuidados de largo plazo y requieren una atención especial en todos los entornos: hogar, comunidad y residencias. Se recomienda:

- Desarrollar e implementar protocolos específicos de cuidados paliativos adaptados a cada entorno de cuidados de largo plazo.
- Integrar servicios de psicología y trabajo social en los equipos de cuidados de largo plazo que faciliten el acceso a apoyo espiritual y religioso según las preferencias individuales.
- Desarrollar programas de apoyo al duelo para familiares y cuidadores, tanto en entornos domiciliarios como institucionales.
- Promover la coordinación entre los servicios de cuidados de largo plazo y los servicios especializados de cuidados paliativos, estableciendo criterios claros de derivación y modalidades de comunicación efectiva entre los diferentes niveles de atención.
- Adaptar espacios físicos en residencias de larga estadía para permitir la privacidad y el acompañamiento familiar durante el proceso de final de vida.

Con estas recomendaciones se busca respetar los derechos y la dignidad de las personas mayores, asegurando que se aborde todo el continuo de cuidados, desde la prevención hasta los últimos momentos de la vida, al tiempo que se abordan los desafíos prácticos y éticos asociados con este tipo de cuidados.

Bibliografía

- Addati, L. y otros (2022), *Los cuidados en el trabajo: Invertir en licencias y servicios de cuidados para una mayor igualdad en el mundo del trabajo*, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Comisión Europea (2022), “Recomendación del Consejo sobre el acceso a los cuidados de larga duración asequibles y de alta calidad”, COM (2022), 441 Final, Bruselas.
- Consejo de la Unión Europea (2022), “Council Recommendation of 8 December 2022 on access to affordable high-quality long-term care (2022/C 476/01)”, *Official Journal of the European Union*, Bruselas.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2023), *Mutual learning workshop on adequate social protection in long term care*, OECD Policy brief.
- Oliveira, T. y A. Llena-Nozal (2020), “The effectiveness of social protection for long term care in old age: is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs?”, *OECD Health Working Paper*, N° 117.
- Puga, D. (2022), *Transiciones pendientes en los cuidados de larga duración*, S. Huenchuan, *Visión multidisciplinaria de los derechos humanos de las personas mayores*, (LC/MEX/TS.2022/4), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Tessier, L., N. de Wulf y Y. Momose (2022), “Long-term care in the context of population ageing: What role for social protection policies?”, *International Social Security Review*, vol. 75.
- Tronto, J. (1993), *Moral Boundaries: Political Argument for an Ethic of Care*, Nueva York, Routledge.
- Naciones Unidas (2024), *World Population Prospects 2024: Summary of Results* (DAES/POP/2024/TR/NO. 9), Nueva York, Publicación de las Naciones Unidas.
- EURO (Oficina Regional de la OMS para Europa) (2022), *Rebuilding for Sustainability and Resilience: Strengthening the Integrated Delivery of Long-term Care in the European Region*, Copenhagen.

En este documento se ofrece un revelador análisis sobre el cuidado de largo plazo de las personas mayores. Se examina cómo la CEPAL ha sido pionera en impulsar su reconocimiento como un derecho humano fundamental, culminando en su inclusión en la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores en 2015.

Se profundiza en la concepción del cuidado como experiencia universal e interdependiente y se exploran los escenarios demográficos y sociales en el Caribe hispano, Centroamérica y México. A través de un análisis exhaustivo de las fuentes de datos disponibles y las perspectivas de actores clave, se fundamenta la responsabilidad estatal en la provisión de servicios de cuidado de largo plazo, posicionándolo como pilar esencial de los sistemas de protección social.

Este documento constituye una guía fundamental para comprender uno de los mayores retos sociales contemporáneos al ofrecer propuestas adaptables a las realidades de cada país y establecer bases sólidas para el desarrollo de políticas públicas.